



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA POST PARTO PRECOZ EN EL I NIVEL DE
ATENCIÓN. LIMA - 2017**

PRESENTADO POR:

CORREA INJANTE LUZ MILAGROS

ASESOR

DRA. HILDA ELIZABETH GUEVARA GOMEZ.

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA**

**CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA- PERÚ

2017

RESUMEN

El presente caso clínico; “Hemorragia post parto precoz en el I nivel de atención” hace referencia a esta complicación obstétrica q pone en peligro la vida de la madre. Detectar los factores de riesgo asociados va a permitir que el equipo que atiende a la gestante este alerta para actuar y disminuir las complicaciones de esta emergencia. La gestante acude a un establecimiento de salud que se encuentra en el nivel de atención I-4; establecimiento de salud con internamiento, (centro materno infantil) tras la atención del parto se presentó una hemorragia vaginal que pone alerta al personal de salud. Después de aplicar las medidas necesarias para recuperar a la madre, la misma es referida a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive por encontrarse con anemia severa. La referencia se realizó haciendo las coordinaciones con el hospital y con la puérpera en condición estable. El trabajo multidisciplinario para manejar este tipo de emergencia es fundamental, además de evitar demoras innecesarias que pueden desencadenar en un suceso fatal. Nuestro país tiene un gran desafío para disminuir la razón de muerte materna, como profesional de la salud nos corresponde involucrarnos directamente, capacitándonos para actuar de forma correcta, oportuna y educando a la gestante y a la población en general para que acudan a un establecimiento de salud a buscar ayuda en el momento preciso.

Palabras clave: Hemorragia Post Parto, Embarazo, Nacimiento

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Página de jurado.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	01
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	03
1.3. MARCO TEÓRICO.....	04
1.3.1. Antecedentes de la investigación.....	04
1.3.2. Bases teóricas.....	15
1.3.2.1. Definición.....	15
1.3.2.2. Aspectos Epidemiológicos.....	16
1.3.2.3. Etiología.....	17
1.3.2.4. Factores Asociados.....	18
1.3.2.5. Etiopatogenia.....	21
1.3.2.6. Clínica de la HPP.....	22
1.3.2.7. Diagnóstico.....	22

1.3.2.8. Diagnóstico diferencial.....	24
1.3.2.9. Exámenes auxiliares.....	24
1.3.2.10. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva	25
1.3.2.11. Complicaciones.....	27
1.3.2.12. Medidas preventivas de la Hemorragia por Atonía Uterina.....	36
1.3.2.13. Criterios de referencia y contra referencia.....	40
1.3.2.14. Flujograma de atención	41

CAPÍTULO II

2.1. Caso clínico.....	46
2.1.1 Introducción.	46
2.1.2. Objetivo.....	47
2.1.3 Método.....	47
2.1.4 Caso clínico.....	47

CAPÍTULO III

3.1. Conclusión	62
3.2 Recomendaciones.....	64
Revisión Bibliográfica.....	65
Anexo:.....	71

Carta de compromiso de Anti
plagio.....80

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna (MM) representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, además es un indicador que permite establecer las diferencias socioeconómicas entre los diferentes países. (7)

“La muerte o discapacidad de una mujer por causas relacionadas con la maternidad tiene un efecto devastador no sólo en ella, sino también en las condiciones y la esperanza de vida de sus hijos, por extensión en sus comunidades y los países de los que forman parte. Las muertes maternas cargan como ningún otro factor al desarrollo de las poblaciones, perpetuando el círculo de enfermedad y pobreza en los entornos en los que ocurren”. En la década del 2002-2011 en el Perú el mayor porcentaje de muerte materna ocurrió en el puerperio. (5)

Se estima que el 8.2% de las mujeres que han tenido parto en América Latina, sufrirán una hemorragia post parto grave que necesitará una transfusión. . "Ninguna mujer debería morir durante el proceso de ser mamá", afirmó la Directora de la OPS/OMS, Carissa F. Etienne, y señaló que "se cuenta con el conocimiento y las

herramientas para evitar que las mujeres mueran por causas que se pueden prevenir”. Esta iniciativa cubre 5 países siendo uno de ellos el Perú, Cero muertes maternas empezó a implementarse en los países donde la mortalidad materna es la más elevada y la hemorragia es la principal causa de muerte. Se han considerado una serie de acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud para las gestantes, así como la calidad de la atención prestada a mujeres con complicaciones en el embarazo. (8)

Las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la sierra y en la selva con el 51,6 y 38,4% respectivamente, y la HIE que es más frecuente en la costa con el 38,4%.(5)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA POR REGIONES

NATURALES

PERÚ 2002-2011

Región	Hemorragia	HIE	Aborto	Infección
Costa	21.8%	38.4%	11.9%	2.0%
Sierra	51.6%	20.8%	8.2%	0.6%
Selva	38.4%	19.3%	9.9%	0.8%

Fuente: DGE-MINSA-UNFPA

Si la hemorragia post parto no se controla, la puérpera puede llegar a hacer hipotensión severa, shock hipovolémico y muerte. La atonía uterina es una

complicación obstétrica que si no es manejada adecuadamente puede culminar en shock hipovolémico. La anemia y la desnutrición de las pacientes, las hace más vulnerables al sangrado. (9)

Es importante recalcar que la hemorragia post parto se puede prevenir, el equipo de profesionales que atiende el parto debe tener en consideración los factores asociados a la atonía uterina. Además se debe ser objetivo al momento de determinar la cantidad de sangrado post parto, pues se puede subestimar y ello conllevará a no tomar las medidas necesarias a tiempo. Sucede frecuentemente que la paciente inicia con un sangrado abundante y que la persona que atiende el parto no está capacitada para manejar la emergencia de forma adecuada y oportuna. (10)

1.2 JUSTIFICACIÓN

Siendo la hemorragia postparto una complicación obstétrica que pone en peligro la vida de la madre, es de vital importancia que el personal que atiende el parto esté preparado para atender la emergencia y tomar una decisión oportuna incluyendo la referencia de la puérpera a un establecimiento de mayor complejidad si fuera el caso. Decidí elegir el tema de “HEMORRAGIA POST PARTO PRECOZ EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN” con el objetivo de concientizar al personal que presta atención a la puérpera, haciendo énfasis en la importancia de contar con un equipo capacitado que sea capaz de realizar un diagnóstico precoz, brindar un tratamiento adecuado y oportuno para evitar complicaciones mayores inclusive la muerte.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son los que tienen el primer contacto con la población. Es importante que la atención prestada sea con

eficiencia, equidad y calidad además de seleccionar y derivar los casos que requieren atención de un nivel superior.

Es importante seguir trabajando para disminuir la razón de muerte materna en nuestro país, aun habiendo un descenso importante en este dato, el Perú se encuentra dentro de los países con más alta incidencia de muerte materna.(8)

Es importante contar con políticas públicas cuyas bases se encuentren en el respeto de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad. El esfuerzo conjunto de todos los actores involucrados incluyendo la comunidad nos ayudaran a mejorar la salud materna en nuestro país.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

La revista Matronas de España realizó un estudio en el complejo hospitalario de Jaen sobre “Prevención de las hemorragias post parto con el manejo activo del alumbramiento” en el año 2009, el cual tuvo como objetivo revisar evidencia científica sobre el alumbramiento dirigido frente al alumbramiento espontáneo. Para la búsqueda bibliográfica se usó la base de datos CUIDEN, MEDLINE Y The Cochrane. Este estudio concluye que las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como las OMS, la FIGO, la ICM y la Federación de asociaciones de matronas de España, abogan por la utilización de un manejo activo del tercer periodo del parto. La evidencia científica demuestra que

con el alumbramiento dirigido se obtiene mejores resultados de salud con el expectante. El manejo de este período es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. (11)

En un estudio realizado en México llamado “Estudio comparativo del uso de carbetocina vs. oxitocina en la prevención de atonía uterina posparto” en el año 2013, se atendieron a 776 con embarazo de término y factores de riesgo para la aparición de atonía uterina a quienes se les atendió por parto vaginal, de manera aleatoria, se realizó manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto tras la expulsión del hombro anterior, aplicándose carbetocina 100 µg IM dosis única u oxitocina 10 UI IM dosis única, previo consentimiento informado. Entre los resultados se determinó que el tiempo promedio durante el cual se logró un adecuado tono uterino se ubicó en el orden de los 3 a 4 minutos para ambos oxitócicos siendo superior la carbetocina con 61.24% en comparación con el 51.77% de la oxitocina, además el efecto tardío del oxitócico fue mayor para la oxitocina con el 29.8% en comparación con el 4.73% de la carbetocina, ambos fármacos presentan un perfil similar de efectos adversos, la incidencia de atonía uterina pese a la administración de uterotónicos fue del 0.9%, siendo mayor para el grupo de oxitocina con el 1.2% de los casos en comparación con el 0.51% del grupo de carbetocina. Los autores concluyen que la eficacia de la carbetocina es superior a la oxitocina para la prevención de atonía uterina postparto. (12)

En un estudio realizado en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Acerca de los “Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013 - marzo 2014”. Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles, la población estuvo constituida por 165 pacientes ingresadas por presentar hemorragia postparto inmediato dentro de las primeras 24 horas, por lo que es necesario que las historias clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar la apreciación de los factores de riesgo de las pacientes y de no dudar del manejo activo del alumbramiento para disminuir la hemorragia postparto y mortalidad materno – fetal. La autora concluye que la mayoría de las hemorragias postparto se presentaron en mujeres nulíparas con un 50% debido a una falta de colaboración por las pacientes o falta de preparación antes del parto, teniendo en cuenta que la gran mayoría de mujeres embarazadas se realizaron menos de 3 controles durante su periodo de embarazo en un 59% los mismos que fueron ineficientes. La falta de controles prenatales se convierte en un factor de riesgo importante ya las pacientes no pueden adquirir la medicación necesaria, ni las indicaciones médicas correspondientes. Se pudo conocer que las lesiones del canal blando del parto 36%, las atonías 26%, y las retenciones placentarias 16% son las principales causas de las hemorragias postparto que se presentan en el Hospital José María Velasco Ibarra. (13)

Un estudio realizado en Ecuador sobre “Hemorragias Postparto en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba” tuvo como objetivo “determinar la frecuencia postparto en pacientes atendidas en el

H.P.G.D.R. durante el periodo de enero – Junio. 2010”. Se estudiaron 129 historias clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia, se tabularon valiéndose del programa Microsoft Excel, se evaluaron las siguientes variables: características generales, factores de riesgo, etiología de hemorragia postparto y tipo de tratamiento. Como resultados se encontró que la hemorragia postparto de tipo uterina se dio en un 70% al alumbramiento incompleto; en la hemorragia postparto de tipo no uterina con un 42% al desgarro vaginal, según el tipo de tratamiento el 38% requirió medicamentos de los cuales la oxitocina fue el más usado con 45% y obteniéndose que el tratamiento quirúrgico utilizado es revisión manual 65% del total de la muestra. Este estudio concluye que la frecuencia de hemorragia postparto en el HPGD de enero a junio 2010 es del 9%, ya que se han reportado 129 pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto de un total de 1395 pacientes embarazadas. (14)

Un estudio realizado en Ecuador en relación a los “Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato”. Se realizó un estudio transversal de hemorragia postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Puyo, se utilizaron 725 historias clínicas, valiéndose del programa Microsoft Excel se tabularon del universo, 43 casos presentaron como diagnóstico hemorragia postparto y se evaluaron las siguientes variables; incidencia, características generales, causa principal, antecedentes gineco-obstétricos y factores de riesgo. La autora concluye que la principal causa de hemorragia postparto destacó la Atonía Uterina (42%), seguido de alumbramiento incompleto (35%), y desgarros del canal del parto (23%). Los factores de riesgo

fueron múltiples, destacando en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37%, grandes multíparas con 21% y pacientes con anemia en un 14%.(15)

En Ecuador se realizó un estudio en relación a la “Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (hpp) en las pacientes del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso” en el año 2014. Esta investigación de tipo descriptivo retrospectivo estudió 5020 historias clínicas de pacientes que dieron a luz por parto y cesárea de las cuales se identificó que 104 mujeres presentaron hemorragia postparto. Entre los resultados tenemos que la prevalencia de hemorragia postparto fue de 2,07% siendo la causa principal la atonía uterina con el 70,2%. Entre los factores de riesgo más frecuentes tenemos conducción con oxitocina un 54,8%, multiparidad 52,9% y fase activa prolongada de trabajo de parto con el 50%. Los autores concluyen que la hemorragia postparto es una complicación importante con una prevalencia del 2,07% la cual está asociada a factores de riesgo que aumentan su prevalencia; como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo de parto. La principal causa de hemorragia postparto en este estudio fue la atonía uterina. (6)

En Guatemala se realizó un estudio sobre la “Incidencia de la Hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Regional de Escuintla” en el año 2011, se tuvo por objetivo determinar la incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina, independientemente de la vía del nacimiento, en la sala de labor y partos. Entre los resultados tenemos que el 35.82 % tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años seguidas del 34.32% con edad de 20 a 24 años. El 40.30% eran terciplas o más y el 32.83 % nulíparas. El 77,61 tenían embarazo a término y parto eutócico en el 68.65%. El 31.25 % de las cesáreas fueron por desproporción cefalopélvica y el

25% por sufrimiento fetal agudo. Al 73.13% de las pacientes se le administró Misoprostol 800 mcg rectal única dosis, oxitocina intravenosa a 20u/lit sol a 30-60 gotas minuto, en el 52.23% de los casos. El 77.61% llevaron atención prenatal. Los principales factores de riesgo Intraparto fueron la oxito-conducción en 52.24% y parto precipitado con un 14.93%. El autor concluye que la edad predominante fue entre los 15 a 19 años y las que tenían tres partos o más, embarazo a término y parto eutócico, las principales causas de cesáreas fueron la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo. Las acciones realizadas fueron administración de Misoprostol, Oxitocina, Carbetocina y Metilergonovina. El 77.61 % de las pacientes llevó atención prenatal y el principal factor de riesgo Intraparto fue la oxitoconducción. (16)

En un estudio realizado en Ecuador en relación a “Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco–obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el período de 01 de enero al 31 de diciembre del 2011”, se tuvo como objetivo conocer la prevalencia y los factores de riesgo determinantes de la hemorragia posparto, se atendieron un total de 598 partos de los cuales 61 casos presentaron hemorragia posparto que representa una prevalencia del 10%. El 64% son hemorragias posparto moderadas, 25% leves y 11% graves. El tratamiento utilizado en la hemorragia posparto fue: 52% oxitócicos, 46% masaje uterino y 2% transferencia por la gravedad. Entre los factores de riesgo obstétrico que predominan son: Hipotonía uterina con un 87%, el 8% corresponde a retención de restos placentarios y el 5% a laceraciones del tracto genital. Los autores concluyen principalmente que del total de 598 partos atendidos 61 partos

terminaron en hemorragias posparto con una prevalencia de 10%, y su principal factor de riesgo es la hipotonía uterina con 87%.(17)

ANTECEDENTES NACIONALES

Un estudio realizado en Ica sobre “Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú” entre los años 2006 a 2012, tuvo como objetivo describir los principales factores relacionados con la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) en gestantes o púerperas, encontrándose 58 casos con MMEG. Se identificó que las causas principales fueron las hemorragias en el posparto (35%) y embarazo ectópico complicado (31%). El 31% de las pacientes fue internado en UCI para su manejo. La razón de MMEG fue de 3,57 por 1 000 nacidos vivos, con un índice de mortalidad de 6,1 y una relación MMEG/MM de 0,1. Los autores concluyen que las causas más frecuentes de MMEG en el grupo estudiado fueron las hemorragias en el posparto y el embarazo ectópico complicado. Solo un tercio de las pacientes ingresó a UCI. (18)

En Lima se realizó un estudio referido a “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia posparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009”, la población estuvo constituida por todas las púerperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Entre los resultados tenemos que la frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %,

ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. La autora que concluye que las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario siendo la frecuencia de Hemorragia Postparto de 1.52%.(19)

En Ica se realizó un estudio acerca de “Hemorragia post parto - atonía uterina” en el año 2015, este estudio de tipo descriptivo retrospectivo consistió en revisar literatura, trabajos de investigación y tesis sobre el tema, se escogió al azar una historia clínica con diagnóstico, de hemorragia postparto y ambos se contrastaron, encontrándose como coincidencia que las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía la Atonía Uterina; además es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Los datos de estudio servirán para llevar un buen tratamiento a las pacientes con hemorragias postparto. (20)

En Lima se estudió el “Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del HNHU periodo enero-noviembre 2015”, este estudio de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles consistió en analizar 85 historias clínicas de las cuales 38 fueron casos y 47 controles que cumplieron con los criterios de selección. Entre los

resultados tenemos que se determinó asociación entre el factor de riesgo y la presencia de atonía uterina y/o hemorragia postparto y la fase latente prolongada es un factor de riesgo para atonía uterina. Palabras clave: parto disfuncional, fase latente prolongada, atonía uterina, hemorragia postparto. (21)

En Lima se realizó un estudio acerca de la “Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012” se realiza un análisis respecto a la situación de la mortalidad materna en el Perú, se toma como fuente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, así como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Se evidencia una disminución en las razones de mortalidad materna entre los años 2000 y 2012, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna. La cobertura de atención se ha incrementado en los últimos años pero todavía es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna en el Perú está relacionada con la inequidad y la falta de empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos. Es necesario fortalecer las estrategias que se han implementado para cumplir con la meta de la reducción de la mortalidad materna en el Perú. (8)

Se realizó un estudio en Huancavelica sobre “Antecedentes obstétricos y hemorragias post parto en púerperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica” entre los años 2009 - 2013, encontró que entre los principales antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto se

mencionan: 16(80%) tienen antecedente de ser nulíparas y multíparas), 16 (14%) antecedente de aborto, 2 (14%) con antecedente de cesárea , del cual podemos destacar que el 100% de las cesareadas presentaron hemorragia ; el 7 (29%) registran antecedente de periodo intergenésico corto. Los autores concluyen que el 6% de puérperas padeció hemorragia postparto inmediato teniendo como principales síntomas: anemia, taquicardia e hipotensión; 9 de cada 10 puérperas tienen antecedente de paridad extrema, del total de puérperas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 16(80%) tuvieron tienen como antecedente de paridad extrema, 2(14%) antecedente de aborto, antecedente de cesárea 2 (100%) y periodo intergenésico 7 (29%). Concluyendo que existe asociación significativa entre paridad extrema y hemorragia postparto, aumentando 4 veces el riesgo de padecer esta patología obstétrica. (22)

En Lima se realizó un estudio sobre “Factores asociados a hemorragia postparto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero-septiembre del 2015”, cuya población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron hemorragia post parto inmediato por atonía uterina que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Entre los resultados encontrados se encontró que los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia postparto por atonía uterina en este estudio fueron la edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina. El antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando 65,4%. (23)

En Lima se realizó un estudio acerca de “Causas de hemorragias ocurridas en el período del alumbramiento dirigido en el servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio-Ayacucho. Agosto 2012 - mayo 2013”, el estudio consideró una población de 176 parturientas, de las cuales 25 presentaron hemorragias en la etapa de alumbramiento dirigido. Las principales causas de hemorragias se relacionaron con: retención de restos placentarios en un 8,52%, por atonía uterina 3,41%, retención de placenta 2,27%, la edad y el grado instruccional de las gestantes, así como la paridad, duración del trabajo de parto y problema placentario mostraron relación estadísticamente significativa con la hemorragia del periodo de alumbramiento dirigido. Se concluye que las hemorragias posparto se mantienen a pesar del protocolo de alumbramiento dirigido. (24)

1.3.2 BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA POST PARTO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS

1.3.2.1 DEFINICIÓN

HEMORRAGIA POST PARTO: (HPP)

“Se define comúnmente como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas

podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado”. (1)

Otra definición:

- Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión sanguínea.(9)
- Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso.(9)

1.3.2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Mejorar la salud materna es de vital importancia porque a través de ella se disminuirá la mortalidad materna la cual constituye un problema de salud pública.

Según la OMS:

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos. (1)

La hemorragia intraparto y post parto se presenta hasta en el 10% de los partos, es la primera causa de muerte materna en el Perú. (9)

A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, existen aún grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Es por ello, que las políticas de calidad de los servicios de salud materna son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes. La ENDES 2012 señaló que la tasa de mortalidad materna es de 93 por 100,000 nacidos vivos, si bien es cierto la tasa de mortalidad materna ha descendido, sin embargo se está lejos de la meta programada para el 2015, que fue de 66.3 por 100.000 nacidos vivos. (25)

Aproximadamente el 4% de los partos vaginales y el 6% de las cesáreas cursan con hemorragia postparto. La muerte en el mundo en países en vías de desarrollo como consecuencia de hemorragia después del parto es de 1 por mil partos. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones las complicaciones maternas después del parto por hemorragia. (26)

1.3.2.3 ETIOLOGÍA:

Según la Guía Técnica: “Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria” la hemorragia post parto es una complicación obstétrica grave, sin embargo se puede prevenir, por ello es muy importante detectar los factores de riesgo que la pueden originar para que así el personal de salud este prevenido y pueda minimizar los efectos de esta emergencia.

Determinar de forma objetiva el volumen de pérdida sanguínea después del parto es fundamental, pues es frecuente subestimar este valor lo que va a ocasionar no tomar las medidas necesarias oportunas.

-Atonía Uterina.

-Retención de restos o alumbramiento incompleto.

-Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas).

-Inversión uterina.

-Coagulación intravascular diseminada. (9)

1.3.2.4 FACTORES ASOCIADOS

❖ ATONIA UTERINA:

Antecedentes:

-Multípara (mayor de 4 hijos)

-Gestante mayor de 35 años.

Características:

-Macrosomía.

-Polihidramnios.

-Embarazo múltiple.

-DPP.

-Parto prolongado.

-Parto precipitado.

-Corioamnionitis.

-Fibromatosis Uterina.

-Obesidad.

Intervenciones:

-Mal uso de oxitócicos, anestésicos generales, sulfato de magnesio, relajantes uterinos.

❖ **RETENCIÓN DE LA PLACENTA:**

Antecedentes:

-Cicatriz uterina previa
-Multiple legrados uterinos.

Características:

-Fibromatosis uterina.
-Adherencia anormal de la placenta.
-Anomalías uterinas.
-Corioamnionitis.
-Prematuridad.

Intervenciones:

-Mala conducción del parto.
-Mal manejo del alumbramiento.

❖ **RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS:**

Antecedentes

-Cicatriz uterina previa.
-Múltiples legrados uterinos.

Características:

- Adherencia anormal de la placenta
- Lóbulo placentario aberrante.
- Historia de abortos.

Intervenciones:

- Mala conducción del parto.
- Inadecuado manejo del alumbramiento.

❖ **LESION DEL CANAL DEL PARTO:**

Antecedentes

- Primigesta.

Características

- Feto macrosómico.
- Parto precipitado.
- Expulsivo prolongado.
- Parto instrumentado.
- Extracción podálica.
- Periné corto fibroso.
- Varices vulvar y vaginal.

Intervenciones

- Inadecuada técnica de atención del periodo expulsivo.

❖ **INVERSION UTERINA:**

Antecedentes

-Inversión uterina previa.

Características

-Placenta Adherida.

Intervenciones

-Inadecuada técnica de atención del alumbramiento.

-Mala técnica de la extracción de la placenta. (9)

1.3.2.5 ETIOPATOGENIA

El miometrio es la parte muscular del útero, que está compuesto por fibras musculares dispuestas en tres capas, la capa intermedia es la que tiene que ver directamente con la hemostasia del lecho placentario y tiene forma de ocho. Durante la retracción normal del útero, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, ocasionando en forma evidente la pérdida de sangre. En el periodo del alumbramiento las fibras musculares del útero se contraen y se retraen, el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. A medida que la superficie del útero es menor la placenta empieza a desprenderse. Cuando la placenta se va desprendiendo por esta incoordinación de superficies, el útero es globuloso y consistente, encontrándose a la altura del ombligo o por debajo de este. (6)

Es normal que exista cierta pérdida de sangre durante el alumbramiento debido a la separación parcial transitoria de la placenta. Según la placenta se desprenda la sangre proveniente del sitio de implantación irá saliendo por la vagina(mecanismo de Duncan) o puede quedar oculta detrás de la placenta y las membranas , hasta que se produzca el alumbramiento(mecanismo de Schultze).Después del alumbramiento se debe palpar el fondo del útero para confirmar que el útero esté bien contraído. La atonía uterina es la incapacidad del útero para contraerse de forma apropiada después del parto, es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. (27)

1.3.2.6 CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.(pulso mayor de 100 por minuto)
- Hipotensión arterial.(Presión arterial menor de 90/60)
- Taquipnea.(9)

CUADRO CLÍNICO SEGÚN INTENSIDAD DE LA PÉRDIDA SANGUÍNEA

Parámetros	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Perdida de volemia (%)	< 15%	15-30%	30-40%	>40%
Frecuencia del pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión Ortostática	Baja	Baja

Diuresis(ml/hora)	>30	20-30	15-20	<15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico.

FUENTE: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.

1.3.2.7 DIAGNÓSTICO

Según el MINSA a través de las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive:

-Atonía uterina: Sangrado vaginal en abundante cantidad, el útero se encuentra aumentado de tamaño y no se contrae.

-Retención de la placenta: Cuando la placenta sigue adherida más allá de los 30 minutos en un alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos en alumbramiento dirigido.

-Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: La placenta se encuentra incompleta (faltan cotiledones y/o partes de las membranas ovulares) Útero su involucionado. (9)

Después del parto, debe realizarse la revisión de la placenta. Si se constata que el alumbramiento es incompleto es necesario explorar el útero y extraer los restos retenidos en la cavidad uterina. (27)

-Lesión del canal del parto: El sangrado es continuo, al examen el útero se encuentra contraído. Considerada como la segunda causa de hemorragia después del parto, esta complicación se puede producir de forma espontánea o por manipulación para extraer al feto. Puede ocurrir a causa de un trabajo de parto prolongado, en gestantes con desproporción céfalo pélvica y en útero que ha sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas. Puede ocurrir también como consecuencia de la manipulación para extraer manualmente la placenta. (10)

-Inversión uterina: El útero no se palpa a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en la vagina o sala a través de ella. La paciente presenta dolor hipogástrico agudo. El principal signo de la inversión uterina es la hemorragia que ocurre en más del 94% de púerperas, en 40% de los casos la hipovolemia y el shock están presentes. (10)

1.3.2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Transtorno de la coagulación. (9)

1.3.2.9 EXAMENES AUXILIARES

Según el MINSA a través de las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive:

De patología clínica

- ✓ Hemoglobina o hematocrito.
- ✓ Grupo sanguíneo y factor Rh.
- ✓ Perfil de coagulación.
- ✓ Pruebas cruzadas.
- ✓ RPR o VDRL
- ✓ Test de Elisa VIH O prueba rápida
- ✓ Urea, creatina. De imágenes
- ✓ Ecografía Obstétrica (9)

1.3.2.10 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

El manejo de la hemorragia postparto será de acuerdo a la capacidad resolutiva de cada establecimiento de salud. El siguiente manejo corresponde a un establecimiento con funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE). (10)

Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas: De acuerdo a las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva:

- Proceder de manera simultánea: canalizar otra vía endovenosa con catéter N° 18. Con ClNa 9% 1000cc, considerar uso de oxitocina (debe tener dos vías seguras).

Si la puérpera no logra recuperarse actuar según protocolo de shock hipovolémico.

- Evacuar la vejiga de forma espontánea, si es necesario evacuar la vejiga con sonda Foley bolsa colectora.
- Llevar a cabo consentimiento informado a la paciente y/ o familiares de la intervención a realizar y las complicaciones probables.
- Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto con valvas para determinar las causas probables.
- Tratamiento según la causa.

Atonía Uterina:

- Colocar vía endovenosa segura con CINA 9%ml con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) 40 A 60 gotas por minuto, con catéter N° 18. Si el sangrado es en abundante cantidad instalar una segunda vía solo con CINA, pasar 500cc a chorro y continuar con 30 gotas por minuto.
- Realizar revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Masaje uterino bimanual.
- Colocar Ergometrina 0.2mg intramuscular, que después de 15 minutos se puede volver a repetir.
- Si la hemorragia no cede , pasar a sala de operaciones :
 - Infiltración de los cuernos uterinos con oxitocina.
 - Puntos de B. Lynch, si la paciente desea conservar la fertilidad, siempre y cuando se logre controlar la hemorragia.
 - Histerectomía total.

Laceración del canal del parto:

- Revisar el canal del parto con valvas de Doyen, identificar el origen del sangrado y proceder a suturar.

Los desgarros perineales y vaginales se realizaran con catgut crómico 2/0.

Para el caso del desgarro cervical pinzar con pinzas de anillo los bordes del desgarro y suturar con catgut crómico 2/0.

- Antibioticoterapia, Ampicilina 1gr EV cada 6 hrs y Gentamicina 160mg/día en desgarro de IV grado.

Rotura Uterina:

Se procederá a reparar las laceraciones uterinas o realizar histerectomía según la extensión de la rotura, su ubicación, estado de la puérpera y sus expectativas reproductivas.

Retención de restos placentarios:

- Colocar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ más 20 UI de oxitocina.
- Si hay certeza de restos placentarios endouterinos proceder legrado uterino.

Inversión uterina

- Pasar a sala de operaciones y administrar anestesia general.
- Si la placenta no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después.
- Reposición manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba.

- Se realizará histerectomía total abdominal en caso no se logre reponer al útero. (9)

1.3.2.11 COMPLICACIONES:

- ✓ Anemia aguda.
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ CID
- ✓ Insuficiencia renal.
- ✓ Panhipopituitarismo.(9)

ESTANDARIZACIÓN DEL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

CLAVE ROJA:

El Doctor Raúl Estuardo Arroyo Tirado y el equipo técnico del Centro Materno Perinatal de Tarapoto, establecimiento referencial en el área materno perinatal de la región San Martín diseñaron protocolos para la atención inmediata de las emergencias obstétricas, llamándolas claves, clave roja para el shock hipovolémico, clave azul para la eclampsia, clave amarilla para el shock séptico. Debido a que la implementación de estas claves ayudó a evitar muertes maternas, su aplicación se difundió a nivel nacional. La clave roja determina las pautas a seguir en orden de prioridad para el manejo inmediato del shock hipovolémico de origen obstétrico, se puede aplicar desde el primer nivel de atención, permite brindar las primeras

medidas a gestantes y puérperas con shock hipovolémico antes de ser referidas a una institución de mayor nivel de atención.(9)

Ventajas:

- Permite estabilizar rápidamente a la gestante o puérpera ante la presencia de una hemorragia de origen obstétrico.
- Que las pacientes lleguen en mejores condiciones cuando son referidas a otro establecimiento de salud.
- Fortalecimiento del sistema de referencia.
- Mejora el trabajo en equipo.
- Evitar el número de muertes maternas por esta causa.(9)

CLAVE ROJA

MANEJO INMEDIATO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO GINECO-OBSTÉTRICO

- Técnico de enfermería coordina apoyo con agente comunitario o familiar de la paciente
- Asegurar potencial donante de sangre
- Vigilante y/o personal de limpieza apoya en lo que sea necesario
- Se pone a disponibilidad permanente del jefe de equipo

2B

TÉCNICO DE ENFERMERÍA

- 1° Llamar al médico y al equipo de atención
- 2° Alcanzar Kit de Clave Roja y otros materiales que sean necesarios y llevarlos durante el transporte
- 3° Alcanzar y conectar aspirador de secreciones, tener disponible equipo de resucitación
- 4° Preparación de la paciente para SOP
- 5° Coordina apoyo a enfermera y cumplir con indicaciones médicas

1A



PERÚ

Ministerio de Salud

MÉDICO GENERAL

- 1° Evaluación Diagnóstica: FV, estado de conciencia, Evaluación Obstétrica y Examen Clínico general
- 2° Tratamiento según caso:
 - Atonia Uterina: coloque balón intrauterino si dispone y ayude a la compresión bimanual
 - Retención Placentaria: Si no hay sangrado activo refiera la paciente, si la hemorragia es severa intente extracción manual de placenta de acuerdo a técnica
 - Laceración del canal del parto: Controle hemorragia, con sutura, pinzamiento o taponamiento
- 3° Definir lugar de referencia y comunicar con la debida anticipación
- 4° Hablar con familiares sobre la severidad del caso y necesidad de transfusión sanguínea

2

GESTANTE O PUÉRPERA CON SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE

con pulso > 100 x min ó presión sistólica < 60 mmHg u otros signos de shock: Pálidos, marcada, sudoración profusa, piel fría, pulso filiforme y alteraciones del estado mental

ENFERMERA

- 1° Verificar y mantener vía aérea permeable y oxigenoterapia según necesidad
- 2° Monitoreo de FV (PA, FC, Pulso, FR) cada 15 minutos
- 3° Colocar 2 vías de CINA 9‰, una en cada brazo hasta reponer volumen perdido, si no se estabiliza aplicar reto de fluidos y en caso necesario aplicar poligelina relación 1 a 3. Si se trata de puérpera agregar 30 UI de oxicitocina a uno de los frascos de CINA 9‰.
- 4° Si no es posible canalizar vía, comunicar al médico para que considere flebotomía
- 5° Colocar Sonda Foley N° 14 y bolsa colectora y control de diuresis horaria
- 6° Tomar nota de medicamentos administrados
- 7° Cumplir indicaciones
- 8° Verificar kit de medicamentos para SOP o referencia según sea el caso
- 9° Verificar y cumplir requisitos para SOP

1

3

4

OBSTETRIZ/OBSTETRA

- 1° Si es gestante ≥ 22 semanas: monitoreo obstétrico: dinámica uterina, latidos fetales, no lacto vaginal, no especuloscopia
- 2° Si es gestante < 22 semanas: verificar presencia de restos en vagina y retirarlos manualmente
- 3° Si es hemorragia postparto: comuníquese al médico, mientras tanto compresión bimanual externa o combinada. Ergonometrina 200 Ug, IM Misoprostol 4 Tab vía rectal. Faja puerperal. Vendaje de miembros inferiores y/o compresión de aorta según necesidad
- 4° Control de sangrado vaginal

1B

LABORATORISTA

- 1° Muestras que serán tomadas sin indicación médica: Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor RH; tiempo de coagulación y de sangría, urea, creatinina, prueba cruzada, lámina periférica
- 2° Otras muestras serán solicitadas por el médico responsable

2A

LEYENDA

- Actividades indispensables que deben aplicarse DESDE el nivel primario
- Actividades que se DEBEN realizar en el establecimiento donde se va a dar el manejo definitivo
- Los números de los recuadros sugieren el orden de prioridad de los procedimientos

INSTRUCCIONES

El protocolo de la CLAVE ROJA ha sido diseñado para ser aplicado en establecimientos de primer nivel de atención y en todo servicio de emergencia, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El manejo de la emergencia es multidisciplinario y en forma simultánea cumpliendo cada cual los roles establecidos.
2. Las indicaciones deben ser cumplidas de acuerdo a la capacidad resolutive de cada establecimiento.
3. En los establecimientos que cuentan con médico, obstetra, enfermera, técnico de enfermería y técnicos de laboratorio, se cumplirán las tareas de acuerdo a lo asignado.
4. En los establecimientos que no se cuente con todo el personal, deberán de organizarse con la finalidad que se cumplan todas las indicaciones.
5. Los números que aparecen al costado de cada cuadro, indican el orden de prioridad en que se deben realizar los procedimientos.
6. En el caso que los establecimientos solo cuente con técnico de enfermería, este deberá cumplir con lo indicado en 1.2 2ª.luego referir a la paciente.

FUENTE: GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA R.M. N°695-2006/MINSA

Kit de Clave Roja:

1. ClNa al 9%	2 Fcos.
2. Poligelina	2 Fcos
3. Equipo de venoclisis	2 Unidades
4. Cateter endovenoso N° 16 o 18	3 unidades
5. Jeringas de 5cc	3 unidades
6. Oxitocina 10UI	10 ampollas
7. Ergometrina Maleto 0.2mg	2amp.
8. Misoprosol 200ug	4 tab.
9. Tubo de Mayo N° 4	1 unidad
10. Guantes quirúrgicos	3 unidades
11. Sonda Foley N° 14	1 unidad
12. Bolsa colectora	1 unidad
13. Esparadrapo pequeño	1 unidad
14. Ligadura	1unidad
15. Alcohol 50cc	1 unidad
16. Algodón en torunda	8 unidades

FUENTE: GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA R.M. N°695-2006/MINSA

MORTALIDAD MATERNA:

La hemorragia post parto al no ser tratada de manera adecuada y oportuna puede terminar ocasionando una muerte materna.

En el año de 1998, el Ministerio de Salud de nuestro país declara la tercera semana de mayo como la “Semana de la Maternidad Saludable y Segura” con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a las instituciones públicas, privadas y a la población en general referente a la maternidad sin riesgos.

En septiembre de 2000, 189 países proponen ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. El ODM 5, referente a “Mejorar la salud materna” a través de la reducción de la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. (28)

Como la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio terminó al final del 2015, en 2016 se ha establecido una nueva agenda que insta a los países a iniciar esfuerzos para lograr 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en los próximos 15 años. El objetivo 3 establece: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Una de las metas del objetivo 3 para el 2030 es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.(1)(28)

Se realizó un informe de 2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el cual se reporta que desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha descendido en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000. En Asia meridional, la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 64% entre 1990 y

2013, y en África subsahariana cayó en un 49%. Más del 71% de los nacimientos en todo el mundo fueron atendidos en 2014 por personal de salud capacitado, lo que significa un aumento a partir del 59% de 1990. En África septentrional, la proporción de mujeres embarazadas que ha recibido cuatro o más visitas prenatales se incrementó del 50% al 89% entre 1990 y 2014. La prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en pareja, se incrementó del 55% a nivel mundial en 1990 al 64% en 2015. (28)

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, en tanto que en los países desarrollados alcanza solo 12 por 100 000. Hay grandes diferencias entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos económicos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. En los países en desarrollo, las mujeres tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. (26)

En el Perú la meta de disminución de la muerte materna para 2015 es lograr menos de 66 muertes de mujeres, por causas vinculadas al embarazo y parto, por cada 100 mil nacidos vivos. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES 2011) se ha disminuido la muerte materna de 185 en el 2000 a 93 por 100,000 nacidos vivos en el 2011. La mortalidad materna es relativamente más alta en las edades extremas del ciclo reproductivo. El uso oportuno y adecuado de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en estas edades de mayor riesgo podría contribuir a una reducción de la mortalidad materna. El 77% de las muertes maternas registradas en 2011 fueron por causas directas (obstétricas) y 23% por

causas indirectas, incluyendo suicidio. Ocurrió además un 5% adicional de muertes incidentales (accidentes u homicidios) que no se contabilizan en el cálculo de la muerte materna. Entre las muertes por causa directa, en 2011 el 46% de las muertes ocurrieron por hemorragias, 31% por hipertensión inducida por el embarazo (HIE), 16% por infección y 7% por aborto.

La disminución de muertes maternas en nuestro país ha sido desigual y en algunos departamentos no hay mejoras. Cajamarca y Amazonas son los que tienen alta mortalidad materna y no manifiestan ningún progreso. (28)

La razón de muerte materna (RMM) es un indicador que mide el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio. Así como es importante conocer las causas frecuentes de muerte materna también es importante saber cómo sucedió. No se trata de señalar culpables, sino de cómo se pudo evitar la muerte, para en el futuro saber cómo responder a este nefasto suceso.

Para realizar el análisis de una muerte materna se utiliza el modelo descrito por la doctora Deborah Maine de la Universidad de Columbia. El modelo se basa en el supuesto que para disminuir la mortalidad materna no basta que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan un sin número de retrasos para poder acceder a ellos y usarlos. Estas barreras pueden ser económicas, geográficas, culturales. El modelo se conoce como “las tres demoras” Para el país se consideran cuatro tiempos de demora: demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en llegar a la institución de atención, demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución. (29)

En el contexto internacional se han considerado algunas intervenciones para disminuir la muerte materna, las cuales se pueden aplicar a tres niveles:

-Reducción de las posibilidades de embarazo; referente a la disminución de embarazos no deseados, por lo tanto se garantiza una maternidad de forma voluntaria.

-Reducción de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio , identificando a las gestantes de mayor riesgo y con signos de alarma, aun conociendo que la mayoría de las complicaciones y muertes maternas ocurren de manera inesperada y en gestantes que, aparentemente, no tienen estos factores, también difundiendo el parto institucional, como acción preventiva de las complicaciones intraparto y post parto, con el manejo activo del alumbramiento para disminuir la hemorragia post parto y la sepsis puerperal.

-Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones. Con el enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia, propuestos por la Doctora Deborah Maine. Si a estas intervenciones se agrega la educación para que la mujer conozca sus derechos y se empodere para ejercerlos, se podría lograr una mayor disminución de la mortalidad materna. (8)

1.3.2.12 MEDIDAS PREVENTIVAS:

Reducir la mortalidad materna por HPP es una tarea ardua por ello es importante realizar un diagnóstico precoz y detectar tempranamente los factores de riesgo y minimizar las consecuencias. Se debe tener en claro que la HPP es una situación de urgencia y gravedad y que cualquier mujer puede presentar esta complicación.

La hemorragia vaginal asociada a atonía uterina puede sospecharse antes del parto, aun conociendo los factores de riesgo, las posibilidades de identificar a la mujer que hará atonía son bajas. (27)

RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LA CONDUCTA ACTIVA DEL ALUMBRAMIENTO: (AMTSL) 2012

1. Se recomienda el uso de agente uterotónicos para la prevención de la hemorragia post parto (postpartum haemorrhage, PPH) durante el alumbramiento, en todos los partos.
2. La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la PPH.
3. En los lugares donde se dispone de parteras capacitadas, se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical (controlled cord traction, CCT) para los partos vaginales si el prestador de atención de la salud y la parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y en la duración del alumbramiento.
4. En los lugares donde no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la CCT.
5. No se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la PPH en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.
6. Se recomienda la evaluación abdominal post parto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina en todas las mujeres.
7. La CCT es el método recomendado para la extracción de la placenta en la cesárea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a inicios del 2012 realizó una reunión de consulta técnica para revisar pruebas científicas globales relacionadas con la prevención y el tratamiento de la hemorragia post parto (PPH), la cual continúa siendo la causa más común de muerte materna durante el embarazo. Es a partir del 2007, que las recomendaciones de la OMS han apoyado la conducta activa en el alumbramiento (active management of the third stage of labour, AMTSL) como una intervención crítica para la prevención de la PPH. La AMTSL se ha convertido en un componente central de las estrategias de los gobiernos para la reducción de la PPH en todo el mundo. La AMTSL está compuesta por tres componentes: aplicación de un uterotónico, preferentemente oxitocina, inmediatamente de producido el nacimiento; tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento de la placenta; masaje en el fondo uterino después del alumbramiento de la placenta. Como resultado de la reunión de 2012, la OMS ha formulado nuevas recomendaciones respecto de la AMTSL, que pueden utilizarse para reforzar y focalizar la implementación de esta intervención que salva vidas. (28)

En 2012, se publicaron los resultados de un estudio clínico multicéntrico grande dirigido por la OMS cuyos resultados determinaron que el componente más importante de la AMTSL era la administración del agente uterotónico. De acuerdo a los datos de este estudio clínico y las pruebas científicas existentes respecto de la función del masaje uterino de rutina en la prevención de la PPH, la OMS formuló nuevas recomendaciones dejando en claro que, si bien la administración de un agente uterotónico sigue siendo central para la implementación de la

AMTSL, la realización de la CCT y el masaje inmediato en el fondo uterino son componentes opcionales. (28)

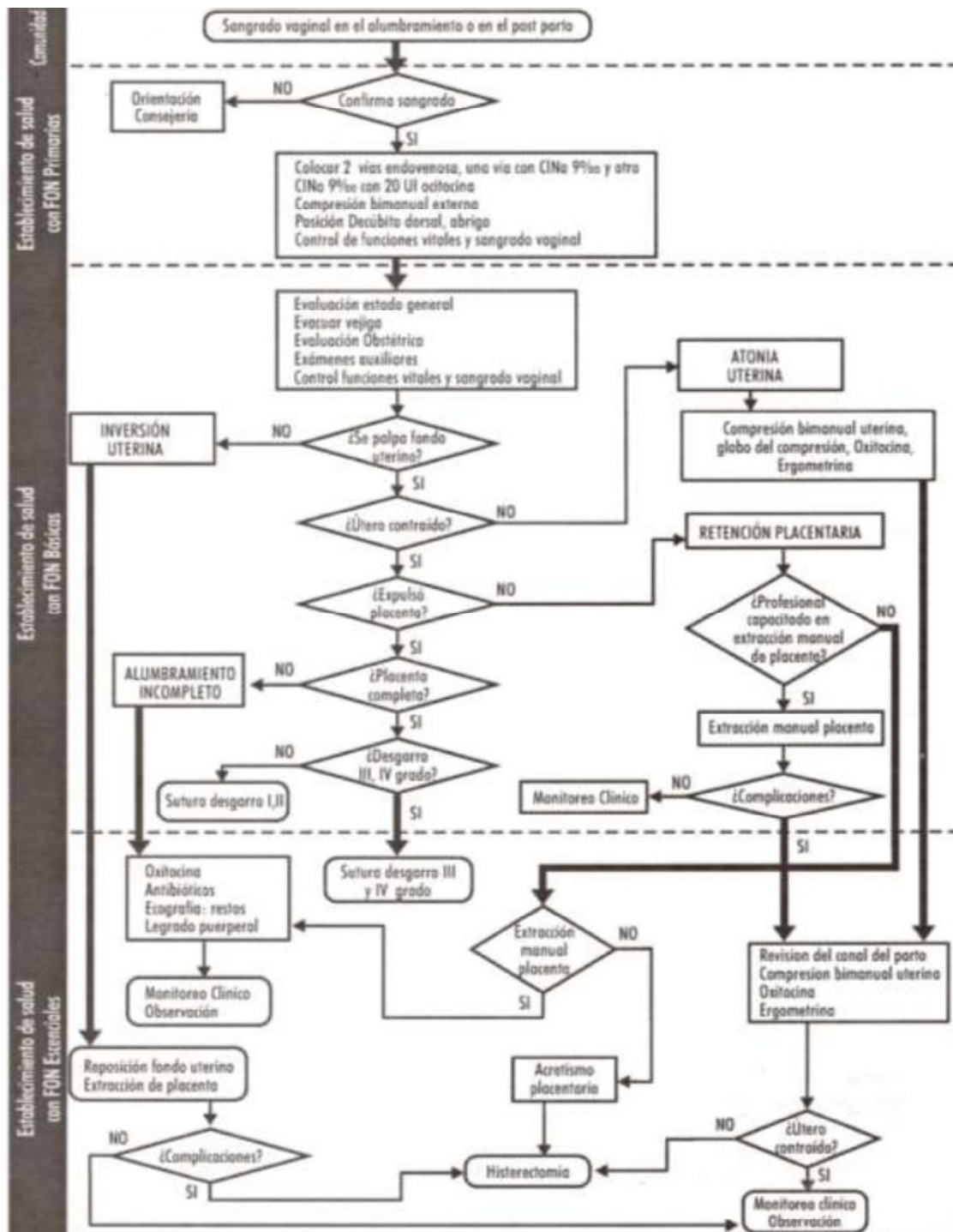
UN NUEVO ENFOQUE PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

1. Agentes uterotónicos: Asegurarse de que todas las mujeres reciban un agente uterotónico inmediatamente después del nacimiento del neonato. La oxitocina es medicamento preferido para prevenir la PPH.
2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical: Demorar el pinzamiento del cordón umbilical durante, al menos, entre 1 y 3 minutos para reducir las tasas de anemia en el lactante.
3. CCT: Realizar la CCT, si es necesario.
4. Vigilancia post parto: Evaluar inmediatamente el tono uterino para asegurar un útero contraído; continuar controlándolo cada 15 minutos durante 2 horas. Si hay atonía uterina, realizar un masaje en el fondo uterino y un monitoreo más frecuente.
5. Calidad y suministro de la oxitocina: Asegurar el suministro continuo de oxitocina de alta calidad. Mantener la cadena de frío de la oxitocina y recordar que la potencia se ve afectada la oxitocina si se expone al calor.(1)(28)

1.3.2.13 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- **Establecimiento con FONP:** Identifica y realiza la referencia de las gestantes con factores de riesgo. Al detectar la presencia de hemorragia, canaliza dos vías endovenosas seguras con CINA al 9‰ y refiere al nivel FONE.
- **Establecimiento con FONB:** Identifica y diagnóstica la etiología de la patología y realiza la referencia a un establecimiento con FONE con dos vías endovenosas seguras, en el tiempo más corto posible.
- **Establecimiento con FONE:** Realiza exámenes auxiliares para precisar el diagnóstico, realiza el diagnóstico etiológico y brinda solución al mismo, sea quirúrgico o no.(9)

1.3.2.14 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



1.3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ANEMIA: Es la disminución de la concentración de la hemoglobina por debajo de los límites aceptados como normales: variables según edad, sexo y condiciones del medio ambiente. Se acompaña de un descenso del hematocrito casi siempre del número de glóbulos rojos (1)

Según la OMS

Hombres < 13 gr/dl

Mujeres < 12 gr/dl

Embarazadas < 11gr/dl

ATONIA UTERINA: Es la incapacidad del útero de contraerse de manera apropiada después del parto, es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. (27)

CLAVE ROJA: Protocolo para ser aplicado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y en todo servicio de emergencia en el caso de una hemorragia uterina. (9)

COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO: Técnica por la cual se inserta una mano en la vagina y se cierra conformando un puño. Esta mano se sitúa en el fondo de saco anterior y se aplica presión contra la pared anterior del útero. Con la otra mano, presionar profundamente el abdomen detrás del útero, aplicando presión

contra la pared posterior del órgano. Mantener la presión hasta que el sangrado sea controlado y el útero se encuentre bien retraído. (30)

ERGONOVINA: También conocida como ergometrina, produce un incremento en la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones. La contracción inicial prolongada que produce controla la hemorragia uterina, en tanto la vasoconstricción ayuda a la disminución del sangrado. Es útil en la prevención y tratamiento de la hemorragia post parto y posaborto causada por atonía uterina. En el control de la hemorragia post parto se utiliza después de la expulsión de la placenta Después de su aplicación por vía intramuscular su efecto se inicia después de 2 a 3 minutos y dura tres horas. (31)

HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ: Se ha definido como la pérdida de 500cc o más de sangre después que se completa el tercer periodo del trabajo de parto durante las primeras 24 horas después del parto vaginal o más de 1000cc por cesárea.(9)

HEMORRAGIA POSTPARTO TARDIA: Pérdida sanguínea después de las 24 horas después del parto hasta la culminación del puerperio. (9)

MISOPROSTOL: Fármaco que se utiliza en la HPP, medicamento incluido en la clave roja, dosis habitual: 4 comprimidos de 200ug vía rectal, consiguiendo una mayor velocidad de absorción, puede administrarse en pacientes con asma o hipertensión arterial. (9)

MUERTE MATERNA: La Organización Mundial de la Salud define la defunción **materna** como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (27)

MUERTE MATERNA DIRECTA: Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. (5)

MUERTE MATERNA INDIRECTA: Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.(5)

MUERTE MATERNA INCIDENTAL: Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc.

La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas. (5)

OXITOCINA: Es un nonapéptido sintetizado en el hipotálamo y almacenado en la neurohipófisis. La oxitocina actúa sobre receptores del útero humano y sobre la glándula mamaria. La contracción del útero inducida por oxitocina es dependiente de la dosis, se caracteriza por una motilidad rítmica similar la que ocurre en un parto espontáneo. (32)

La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la PPH en la actualidad. (28)

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO: Síndrome clínico agudo caracterizado por hipo perfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo). (9)

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

Por ser la hemorragia post parto precoz (HPP), dentro de las primeras 24 horas, una causa frecuente de muerte materna, los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de estar capacitados para brindar una atención oportuna a la madre. Si bien es cierto que hay factores asociados, debemos tener en cuenta que esta complicación se puede presentar en una gestante sin riesgo aparente. Realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento donde nos encontramos nos permitirá salvar la vida de la madre y a través de ella proteger a la familia. El trabajo en equipo es la clave para salir exitosos frente a esta complicación que se presenta después del parto.

2.1.2 OBJETIVO

Describir la importancia de realizar el diagnóstico precoz de la hemorragia post parto en el I nivel de atención.

2.1.3 MÉTODO

Para el presente caso clínico “Hemorragia post parto en el I nivel de atención- 2017, se utilizó metodología retrospectiva, revisión de historia clínica.

2.1.4. “HEMORRAGIA POST PARTO PRECOZ EN UN CENTRO MATERNO INFANTIL - 2017”

FILIACIÓN:

NOMBRE: xxxx

EDAD: 37 años.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Lima.

ESTADO CIVIL: Conviviente

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria Completa.

OCUPACIÓN: Ama de casa.

FECHA DE INGRESO: 11-11-2016HORA: 14:50

ENFERMEDAD ACTUAL:

TIEMPO DE ENFERMEDAD.....8 hrs.

SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES:Contracciones uterinas de mediana intensidad desde las las 7 am aproximadamente.Además de “perdida de líquido color claro”, sin olor, en poca cantidad.

FUNCIONES BIOLÓGICAS :

APETITO.....Normal

ORINA.....Normal

SUEÑO.....Normal.

SED.....Normal

HECES.....Normal.

PESO ANTES DEL EMBARAZO.....65kg

PESO ACTUAL.....74Kg.

VARIACION DE PESO.....9 Kg.

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES:

VIVIENDA.....De material noble.

ALIMENTACIÓN.....Balanceada.

VESTIMENTA.....Adecuada
HABITOS NOCIVOS.....Ninguno
ALERGIA MEDICAMENTOS.....Ninguno
TRANSFUSIONES.....No

EXAMENES AUXILIARES: Hemoglobina.....12.9%.

Grupo y Factor Rh.....0 +

Examen orina.....Negativo

HIV..... No reactivo ...22/10 2016

RPR.....No reactivo 22/10/2016

Glucosa.....83mg/dl 22/10/2016

ANTECEDENTES PERSONALES GINECOLÓGICOS:

Menarquia: 12 años

IRS: 17 años

Antecedente de cáncer mama, cérvix.....Niega.

ANTECEDENTES PERSONALES OBSTÉTRICOS:

G 3 P 2012

G1: Parto eutócico –recien nacido RN mujer peso 3,000kg (2000)

G2: Aborto (2004)

G3: PE recién nacido mujer peso 3,600kg (2006)

FUR: 15/ 02 /2016

FPP: 22/ 11/ 16

EG: 38 5/7 semanas

FUP: 02 05 2006

PI: 10 años. Tipo de partos: Eutócicos.

RN con mayor peso: 3600gr.

-Antecedentes Patológicos: Ninguno de importancia.

-Antecedentes Quirúrgicos: Embarazo ectópico en el año 2004.

-Antecedentes familiares: Padre con diabetes recibe tratamiento.

EXAMEN FÍSICO.

PA: 120/70mm Hg FC:72 x min R:20 x min T°: 36.3°C

Examen regional:

- Piel: rosada, hidratada, mucosas húmedas.
- Cabeza, cuello: Normal.
- Ojos: oído, nariz garganta, boca:
- Dientes: Caries.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos roncales, ni sibilantes.
- Mamas: turgentes.
- Abdomen:
- AU: 35cm. Leopold: Longitudinal cefálico izquierda LCF:144xmin
- Ponderado fetal: 3500gr por ecografía

Tacto Vaginal:

- Dilatación: 4 cm Incorporación:85%
- Altura de presentación : -2
- Membranas: Integras
- Pelvis: Ginecoide.
- Dinámica uterina: Frecuencia: 2/10 Duración:30seg Intensidad:++

DIAGNÓSTICO: - Multigesta de 38 5/7 semanas

-Fase activa de trabajo de parto

PLAN DE TRABAJO:

-Hospitalización en Centro obstétrico.

-Cl Na al 9‰, vía.

-Control obstétrico.

-Control de funciones vitales.

REPORTE: CENTRO OBSTÉTRICO

11/11/2016 15:10

Paciente gestante de 37 años ingresa a sala de dilatación en compañía de obstetra proveniente de tópico de emergencia con

Diagnóstico:- Multigesta de 38 5/7 semanas.

-Fase activa de trabajo de parto.

Se encuentra con vía permeable periférica con catéter N° 18 en brazo izquierdo y conectado a frasco de Cl Na al 9‰.

Refiere contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, niega alguna otra molestia, niega sangrado vaginal.

Al examen: Aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona

- Piel y mucosas: tibia hidratada y elástica.
- Mamas: blandas, no dolorosas, escaso calostro.
- Abdomen: ocupado por feto único, activo.

Altura uterina: 36cm.

Leopold: Longitudinal cefálico izquierda.

Latidos cardiacos fetales: 146x min.

Movimientos fetales: ++

Dinámica uterina: frecuencia: 3/10 intensidad: ++ duración: 30seg.

Miembros inferiores: sin edemas.

- Tacto vaginal:

Dilatación: 5cm.

Incorporación: 85%

Altura de presentación: -3

Membranas: íntegras.

11/11/2016 17:00

Refiere una disminución de la intensidad de las contracciones uterinas, siente movimientos fetales.

Dinámica uterina: frecuencia: 3/10 intensidad: ++ duración: 30seg.

Latidos cardiacos fetales: 150 x min.

Tacto Vaginal:

Dilatación: 6cm.

Incorporación: 90%

Altura de presentación: -3

Membranas: íntegras.

Queda gestante en sala de dilatación acompañada de su esposo.

11/11/2016 19:30

PA: 110/70mm Hg FC:82 x min R:20 x min T°: 36.7°C

Se recibe turno encontrando gestante en sala de dilatación, en labor de parto, en decúbito lateral izquierdo.

Dinámica uterina: frecuencia: 3/10 intensidad: ++ duración: 30seg.

Latidos cardiacos fetales: 152 x min.

Tacto Vaginal:

Dilatación: 6cm.

Incorporación: 90%

Altura de presentación: -2

Membranas: íntegras.

Médico especialista indica acentuación de labor de parto para mejorar dinámica uterina.

Se coloca 10UI de oxitocina en el frasco de Cl de Na.

11/11/2016 21:30

Dinámica uterina: frecuencia: 3/10 intensidad: +++ duración: 45 seg.

Latidos cardiacos fetales: 146 x min.

Tacto Vaginal:

Dilatación: 8cm.

Incorporación: 95%

Altura de presentación: -2

Membranas: íntegras.

11/11/2016 23:15

Gestante con sensación de pujo.

Al examen:

Dinámica uterina: frecuencia: 3/10 intensidad: +++ duración: 45seg.

Latidos cardiacos fetales: 140 x min.

Tacto Vaginal:

Dilatación: 10cm.

Incorporación: 100%

Altura de presentación: -1

Membranas: Se produce rotura espontanea de membranas, líquido amniótico claro.

Gestante pasa a sala de partos.

REPORTE DE PARTO

11/11/2016

23:25 Gestante en periodo expulsivo pasa a sala de parto, se coloca en posición ginecológica, se realiza asepsia y antisepsia del área genital, y se procede a la atención de parto.

23:30 Se produce parto eutócico, recién nacido vivo sexo femenino, APGAR 9 al minuto, 10 a los 5 minutos, circular simple al cuello

rechazable. Peso: 3850gr. Talla: 49.5cm, perímetro cefálico: 34.2cm, perímetro torácico: 34cm.

Se aplica una ampolla de oxitocina intramuscular para alumbramiento dirigido.

Recién nacido en contacto piel a piel con su madre.

Se realiza clampaje tardío del cordón umbilical.

23:40 Se produce alumbramiento modalidad Shultze, placenta de 18cm x 20cm, de diámetro, 2 arterias 1 vena, anexos y membranas aparentemente completas.

Se procede a revisar genitales externos, se constata periné íntegro. Se realiza higiene perineal.

Sangrado vaginal aproximadamente 300cc.

23:50 Se evidencia sangrado vaginal en abundante cantidad con coágulos,

Se realiza masaje uterino, se encuentra útero hipotónico.

Se cambia un nuevo frasco de ClNa al 9‰ de 1 litro y se agrega 20 unidades internacionales de oxitocina a razón de 40 gotas por minuto.

Funciones vitales:

Presión arterial 80/40 Pulso: 120 x minuto Respiraciones: 22 x minuto.

Puérpera con sangrado vaginal en abundante cantidad, aproximadamente 800cc.

Puérpera confusa, con sueño, mareada, pálida, con escalofríos.

Se coloca una nueva vía de CINA al 9‰ de 1 litro en el otro brazo con catéter N° 18. Se pasa CINA a chorro.

00:00 Se aplica 1 ampolla de ergometrina 0,2 mg intramuscular. Se realizó masaje uterino externo y bimanual.

00:10 Se controla funciones vitales: presión arterial de 70/30 mmHg y pulso de 130 por minuto.

00:15 Médico ginecólogo realizó extracción digital de coágulos en abundante cantidad.

00:20 Se controla funciones vitales: presión arterial de 70/40 mmHg y pulso de 126 por minuto.

➤ Se coloca sonda vesical con bolsa colectora para control de diuresis.

Médico ginecólogo explora canal del parto, no encontrándose ningún desgarro, inmediatamente se procedió a realizar revisión de cavidad uterina por una posible retención de restos placentarios. Se observa útero con periodos de relajación con sangrado.

Se solicita hematocrito y hemoglobina de control.

Se coloca expansor plasmático, Poligelina (2 frascos x 500ml) a razón de 60 gotas x minuto.

Se administró Misoprostol rectal 800 mcgs.

Se continuó con el masaje uterino.

Funciones vitales:

Horas postparto	00:30	00:45
Temperatura	35.5°C	35.4°C
Pulso x min	120	118
Pres. Art.	80/40	80/50
Invol. Uterina	contraído	Contraído
Sangrado	moderado	Moderado
Periné	íntegro	Íntegro

00:45 llega resultado de hemoglobina.(5/dl)

Diuresis: 15 ml/hora

Sangrado aproximado de 1300cc, sangrado se estabiliza.

Paciente con **anemia severa**

Se coordina referencia con Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para manejo de anemia severa aguda.

Paciente que justifica su referencia hospital de mayor nivel resolutivo

Paciente es referida con Dx: Puérpera inmediata de 1hr 30min.

Hemorragia postparto: atonía uterina.

Anemia severa aguda.

En el hospital se le aplica 4 unidades de paquete globular compatible con Grupo O +, además 3 unidades de plasma. Paciente es dada de alta con hemoglobina de 9gr/dl después de 5 días de hospitalización.

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos) (1,2)

Según las estimaciones de la razón de mortalidad materna (1990 a 2015) realizadas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, la razón de mortalidad materna para el período 2004 - 2010 llegó a 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, por lo que se considera que nuestro país ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna y el logro del OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5: **Mejorar la salud materna.**

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA. 2015 refiere que el 63% de los casos de muertes maternas ocurren en el puerperio, siendo el 57.8% en el puerperio inmediato (las primeras 24 horas post parto).

Del total de casos de muerte materna el 33% ocurre por causa obstétrica indirecta , el 24% fallece a consecuencia de hemorragia obstétrica, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo , la sepsis y otras causas obstétricas directas.

Las principales causas de muerte materna directa son: las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia

uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos.

El lugar de fallecimiento corresponde en un 64 % a EESS de nivel II y III; las muertes ocurridas en domicilio y trayecto representan un 25.2%.

La hemorragia postparto es una complicación obstétrica severa que puede desencadenar en muerte materna. El personal que se encuentra brindando atención a la madre debe estar capacitado para hacer un diagnóstico precoz, brindar un tratamiento oportuno y efectivo teniendo en consideración la capacidad resolutive del establecimiento de salud.

El presente caso clínico se desarrolla en un Centro Materno Infantil, (Categoría I-4) podemos evidenciar que existen factores de riesgo asociados a la ocurrencia de una hemorragia postparto como son: la edad mayor de 35 años y trabajo de parto prolongado.

La gestante se encuentra en labor de parto aproximadamente 16 horas.

En el partograma se observa que existe un enlentecimiento de la fase activa de la labor de parto, en promedio esta fase dura 8 horas en multíparas la dilatación avanza menos de 1cm por hora por ello a las 19:30 el médico ginecólogo decide acentuar la labor de parto , como resultado se obtiene una mejor dinámica uterina; se incrementa la frecuencia y la duración de las contracciones, es así que en dos horas la gestante completa la dilatación pasando a sala de partos y culmina en un parto eutócico con un recién nacido en buenas condiciones.

Aun no se identificara factor de riesgo alguno, el equipo multidisciplinario que atiende a la puérpera debe mantenerse alerta ante cualquier complicación, pues las estadísticas así lo exigen.

El haber realizado un diagnóstico clínico oportuno y un manejo adecuado a la puérpera que presenta sangrado vaginal ha permitido evitar una muerte materna, se logra estabilizar a la puérpera, sin embargo se refiere por encontrarse con anemia severa como consecuencia del sangrado abundante, en tanto esta complicación debe ser tratada por el hospital de referencia.

El Centro Materno Infantil cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado, además el kit de clave roja se encuentra disponible para ser usado ante una hemorragia obstétrica.

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES

- En el presente trabajo se ha descrito la importancia de realizar el diagnóstico precoz de la hemorragia post parto en el I nivel de atención y la referencia oportuna al nivel superior.
- El equipo multidisciplinario encargado de atender a la paciente obstétrica debe estar capacitado para reaccionar frente a una hemorragia, en este caso después del parto.
- Si bien es cierto existen factores asociados que se relacionan con una hemorragia después del parto, considerar que esta emergencia se puede presentar aun sin existir factor alguno. El personal de salud debe mantener una actitud expectante después del parto.
- El control estricto de la puérpera durante dos horas después del parto con un intervalo de 15 minutos nos ayudará a detectar precozmente la hemorragia. Se controla presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura. Vigilar la contracción uterina y el sangrado vaginal.

- Brindar atención obstétrica de acuerdo a la Guía Técnica: GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.
- Referir oportunamente a la puérpera a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, previa coordinación con la familia, el establecimiento de salud a donde será referida en ambulancia y con personal capacitado.
- Realizar seguimiento de la referencia, para conocer como fue la evolución de la puérpera y brindar consejería respectiva.

3.2. RECOMENDACIONES:

- El equipo que presta atención a la gestante debe estar capacitado para afrontar la presencia de una emergencia obstétrica, como la hemorragia post parto.
- Existen factores asociados a la hemorragia post parto sin embargo cualquier gestante podría presentar esta complicación.
- Cumplir con las recomendaciones dadas por la OMS, para la prevención de la hemorragia post parto; asegurar el alumbramiento dirigido en la atención a la paciente es de vital importancia, la oxitocina es el medicamento indicado.
- Vigilancia estricta durante el puerperio, asegurarse que el útero este contraído, control de funciones vitales cada 15 minutos durante 2 horas.
- Si la paciente presentara alguna alteración en su estado general aun no habiendo hemorragia, corresponde evaluar buscando identificar el origen del sangrado y poder dar tratamiento correspondiente.
- Si la ocurrencia de esta complicación se produce en un lugar q no permita realizar algunos procedimientos, coordinar y referir a la paciente a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- La paciente debe ser referida en forma oportuna, de acuerdo al protocolo de atención para clave roja y acompañada de un personal capacitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS.[internet] Mortalidad Materna. Washington[actualizado setiembre del 2016; citado 30 de julio del 2017] Centro de prensa de OMS [aprox 2 pantallas] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Say, et al.Global Causes of Maternal Death:A WHO Systematic Analysis. Lancet Globl Health[internet] 2014 [10 de agosto del 2017] 1(5):323-333.disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
3. OMS/OPS. [internet]Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Washington.[actualizado a 22 de mayo del 2015,citado el 18 de agosto del 2017]Centro de prensa de OPS /OMS [aprox. 2 pantallas] disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id
4. INEI [internet] Encuesta demografica y de salud familiar ENDES-2014. Perú [actualizado abril 2015; citado 01 de setiembre del 2017] ENDES 2010 [aprox 4 pantallas] disponible en : https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
5. Maguiña & Miranda. Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Rev. De Epidemiem. MINSA[internet]2013 [citado el 12 de julio del 2017]. 3(2): 15-20 disponible en: www.paho.org/.../Alfredo-Guzman-El-drama-de-la-muerte-materna-en-el-Peru.-Casos.

6. Calle & Espinoza, Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en las pacientes de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.[tesis pregrado] Ecuador. Servicio de publicaciones . Universidad estatal de Cuenca.2010
7. Asturizaga & Toledo. Hemorragia Obstétrica. Rev. Méd. La Paz[internet]2014[citado 02 de setiembre del 2017] 20(2):57-68 disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
8. Del Carpio .Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000-2012. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [internet] 2013[citado el 18 de julio del 2017] 30(3):461-464.disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a15v30n3.pdf>
9. MINSA[internet] Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima.[actualizado enero del 2017; citado en julio del 2017] MINSA sitio oficial [aprox 6 pantallas] disponible en: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/03-Peru-Clinical-Practice-Guide-on-Emergency-Obstetric-Care-Ministry-of-Health-2007.pdf>
10. Calle,Barrera & Guerrero .Diagnóstico y manejo de la hemorragia pos parto. Rev. Per. Ginecol y Obstet.[internet]2008[citada el 01 de agosto 2017] 20(53):233-253.disponible en: www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/1147/pdf_137

11. Martínez-Galiano Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Rev. Matronas Prof.[internet] 2009[citado el 14 de julio de 2017]10(4):20-26 disponible en: www.federacion-matronas.org/rs/642/d112d6ad-54ec.../vol10n4pag20-26.pdf
12. Álvarez & Almaguer. Estudio comparativo del uso de carbetocina vs oxitocina en la prevención de atonía uterina posparto.[tesis de posgrado] México.servicio de publicaciones.Universidad autónoma de México 2014
13. Cruz Factores de riesgo asociados a hemorragia posparto inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra octubre 2013 – marzo 2014. [tesis de pregrado] Ecuador. Servicio de publicaciones. Universidad Regional Autónoma de los Andes.2016
14. Bonifaz J. Hemorragias posparto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital provincial general de Riobamba.[tesis pregrado] Ecuador.Servicio de publicaciones.Escuela superior politecnica de Chimborazo.2010
15. Orozco, J. Factores de riesgo de hemorragia posparto en pacientes con puerperio inmediato. Servicio de Ginecología. Hospital Provincial Puyo. 2010 [tesis pregrado] Ecuador. Repositorio Institucional de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.2014
16. Palomo, J. Incidencia de la Hemorragia posparto por atonía uterina en el Hospital Regional de Escuintla. [tesis posgrado] Guatemala. Repositorio de universidad San Carlos.Universidad San Carlos de Guatemala.2014

17. Castellano, G. & Quilumba, M. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidas en el área de gineco obstetricia del Hospital Básico de Machachi, en el periodo de 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2011.[tesis pregrado] Ecuador.unidad de publicaciones.Universidad central del Ecuador 2012
18. Bendezú, G., & Bendezú-Quispe, G. Caracterización dela morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. Tesis pregrado Rev. Per. de Ginecol. y Obstet.[internet] 2014[citado el 20 de junio del 2017]60(4):291-297 disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a04v60n4.pdf>
19. Altamirano, P. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el HospitalMaría Auxiliadora durante el 2009. [tesis pregrado] Perú.cybertesis .Universidad Ricardo Palma 2012
20. Cruz. T .Hemorragia postparto-Atonía Uterina. Abril 2016 [tesis posgrado] Perú.repositorio de la Universidad Privada de Ica.Universidad Privada de Ica. 2016.
21. Vela, S. Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del Hospital HNHU periodo enero noviembre del 2015. [tesis pregrado] Perú. Cybertesis .Universidad Ricardo Palma.2016
22. Diaz, D., & Lapa, L. Antecedentes obstétricos y hemorragias post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de

- Huancavelica. [tesis pregrado] Perú .Repositorio de la Universidad de Huancavelica.Universidad Nacional de Huancavelica .2014
23. Gil, M. (2015). Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero - septiembre del 2015 [tesis pregrado] Perú.cybertesis. Universidad Ricardo Palma .2016
24. Ormeño, M. (2013). Causas de hemorragias ocurridas en el periodo del alumbramiento dirigido en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala. Ayacucho-2012-2013.[tesis pregrado] Perú.Repositorio de la UAP.Universidad Alas Peruanas.2015
25. INEI [internet] Encuesta demografica y de salud familiar ENDES-2012. Perú [actualizado abril 2015; citado 15 de agosto del 2017] ENDES 2012 [aprox 6 pantallas] disponible en : https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
26. Cabrera ,S .Hemorragia Pos parto. Rev. Per. de Ginecol y Obstet,[internet] 2010 [citado 12 de julio del 2017] 20(10) :23-31.disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf
27. Cunningham, Leveno, Blom, Hauth, Rouse, & Spong. Williams obstetricia.Washington. Editorial Medica Panamericana .(2013)

28. OMS.[internet] Objetivos del milenio . Washington[actualizado setiembre del 2017; citado 30 de julio del 2017] Centro de prensa de OMS [aprox 2 pantallas] disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
29. Maine, D., Akalin, M., Ward, V., & Kamara, A. Diseño y Evaluación de programas para mortalidad materna. [intranet] 1997 [citado el 18 de julio del 2017] . disponible en: <http://amanece.carlosslim.org/archive>.
30. Salcedo, L., Fabiano, P., & Bolatti, H. Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica. [internet] 2005[citado 30 de agosto del 2017] disponible en: www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf
31. Carranza, R.Vademecun académico de medicamentos. Mexico: Mc Graw Hill.2013
32. Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J., Moro, M., & Portolés, A. Velasquez.Farmacología básica y clínica. Madrid: Panamericana.2008