



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA OCULTA POR DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL.**

LIMA- 2017

PRESENTADO POR:

AMELIA MARTÍNEZ PARIÁN

ASESOR:

MAGISTER PIERINA CACERES CAVALLO

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 caso clínico que se presenta, es sobre una hemorragia postparto por un desprendimiento prematuro de placenta; una gestante de 20 años de edad que ingresa por el servicio de emergencia diagnosticándosele, Segundigesta nulípara de 41 semanas por ecografía de I trimestre; trabajo de parto fase latente, más feto grande, estuvo hospitalizada por 24 horas, encontrándose en trabajo de parto fase latente prolongada, no se le realizó ninguna ecografía en el establecimiento, dentro de los factores de riesgo tenía una altura uterina de 36cm. era necesario descartar una macrosomía fetal y con ello poder terminar el embarazo en buenas condiciones tanto maternas como fetales.

Fue sometida a un trabajo de parto innecesariamente, lo que ocasiono daño a la paciente y el recién nacido, el monitoreo fetal electrónico arrojó datos importantes para diagnosticar un sufrimiento fetal agudo, debido a que era un embarazo en vías de prolongación y su línea de base se encontraba a 154 latidos por minuto, para un embarazo de esta edad gestacional es elevado, indica un mayor cuidado, el feto por su mecanismo de defensa trata de compensar, para esta edad gestacional su línea de base es más bajo un promedio de 120 a 130 latidos por minuto.

En la sala de operaciones se produjo una atonía uterina como consecuencia de un trabajo de parto disfuncional, el útero posiblemente se encontró agotado, estuvo hospitalizado 04 días y el recién nacido con un pronóstico nada alentador, hasta el momento de recojo de la información se encontraba en la unidad de cuidados neonatales.

Palabras claves: Desprendimiento prematuro de placenta, morbimortalidad materna y perinatal, hemorragia obstétrica, atonía uterina.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ÍNDICE	v

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. MARCO TEÓRICO	3
Introducción	3
Antecedentes Internacionales	4
Antecedentes Nacionales	6
Hemorragia posparto	8
Definición	8
Incidencia	10
Características clínicas	11
Tipos de hemorragia	12
Fisiología	12
Etiología	14
Causas de la hemorragia	14
Diagnóstico	18
Tratamiento de la hemorragia obstétrica	23
Shock hemorrágico	33
Desprendimiento prematuro de placenta	35
Definición	35
Incidencia	36
Fisiopatología	37
Factores de riesgo	37
Complicaciones	38
Cuadro clínico	38
Diagnóstico	38

Clasificación	39
Tratamiento	41
CAPÍTULO II	
2.1. CASO CLÍNICO	46
CAPÍTULO III	
3.1. CONCLUSIONES	69
3.2. RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76
CARTA COMPROMISO ANTIPLAGIO	77

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los grandes desafíos del milenio, es disminuir la mortalidad materna, que representa un problema de salud pública de gran interés por tener alto impacto en todos los países a nivel mundial, en su mayoría provocada por causas potencialmente prevenibles a partir de estrategias médicas especializadas. Es muy conocido que la mayor cantidad de muertes maternas se producen en países en vías de desarrollo, como es el nuestro, muchas veces por la falta de seguimiento y control prenatal a las gestantes. Según datos epidemiológicos las primeras causas de mortalidad materna en nuestra región son las hemorragias, de ellas las posparto inmediato, unido a ellos algunos factores que condicionan son, la edad, paridad, estado nutricional, edad gestacional y el control prenatal reenfocado, este último es uno los indicadores que aún es débil a nivel nacional.

Las instituciones del sector salud, según los niveles establecidos, aun no cuentan con la disponibilidad tecnológica que debería tener para cubrir las diferentes

necesidades de la población en general. Todo embarazo debe de ser considerado de alto riesgo, la edad gestacional es muy importante para garantizar la sobrevivencia del producto es por ello que 1 de cada 10 embarazos, pasan las 40 semanas y de este porcentaje 10% se presenta complicaciones fetales. Las mujeres que llegan a las 42 semana de embarazo, el 7.5% lo hace con fecha de última regla confiable, 2.6% por ecografía temprana y 1.1 % por fecha de última regla más ecografía temprana. La mortalidad fetal aumenta 2.5 veces en gestaciones de 41a 42 semanas y se duplica a la semana 43. (1)

1.2. JUSTIFICACIÓN

La iniciativa del presente caso clínico, surge debido a que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio presenten una hemorragia posparto, que muchas veces termina en un desastre como son las muertes maternas, no solo es un problema obstétrico, sino también un problema neonatal, por lo que está asociado a un alto índice de morbimortalidad neonatal.

La importancia de este análisis de caso radica en que las complicaciones como el desprendimiento prematuro de placenta se puede presentar en cualquier momento del embarazo, contribuyendo a la mortalidad materna. El manejo de estas complicación en los establecimientos de nivel I y II muchas veces terminan en una morbimortalidad materno perinatal. El diagnóstico, manejo y tratamiento clínico del desprendimiento prematuro de placenta debe ser multidisciplinario. El gasto que produce en salud publica implica mayor tiempo de estancia materna hospitalaria y algunas veces el recién nacido permanece con estancias prolongadas

en la unidad de cuidados intensivos neonatales, lo que genera un problema social, económico y psicológico en la familia.

En el presente caso clínico vamos a evaluar la atención que se brinda a una gestante basada según protocolo institucional, de haber debilidades se plantearan propuesta de mejora y capacitación al personal.

1.3. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

En nuestros días la muerte materna por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, tienen consecuencias en la familia y la sociedad, es considerado como un problema de salud pública, esto sucede principalmente en países en vías de desarrollo, la mortalidad materna es un indicador negativo en aspectos de salud a nivel mundial, a través de este problema la sociedad, nos muestra la desigualdad social.

Algunas veces la mortalidad materna está relacionada a la pobreza, la desigualdad social, población con poco acceso de los servicios educativos. Hoy en día ocupa un lugar importante dentro de la agenda política. En nuestro país se pueden observar la brechas que existe entre los indicadores de salud, en nuestro país hubieron avances importantes en relación a la disminución de la incidencia de muerte materna durante los últimos años.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Elizalde,V., Calderón, A., García, A., y Díaz, M., (2015) en un estudio sobre mortalidad y los resultados perinatales realizado en México, es describir las

complicaciones maternas. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, obteniendo los siguientes resultados, La edad promedio de las pacientes son de 21 a 35 años (61.6%), mujeres mayores de 35 años en un 20.9%, el 17.4% menores de 20 años, en relación a la paridad, las primigestas fueron en un 33.7%, mientras que las multigestas en un 66.3%. los principales factores de riesgo que presentaron fueron: hipertensión en un 34.6%, rotura prematura de membranas con un 22.1%. de las pacientes que ingresaron con signos de DPP, presentaron shock hipovolémico el 15.1%, rotura uterina en un 8.1%, atonía uterina el 5.8%, y el 69.8% de las pacientes evolucionaron sin complicaciones; pacientes terminaron en histerectomía el 1.2%. La tasa de mortalidad perinatal fue del 10.5%, de esta el 8.1% fueron muertes fetales. Llegando a las conclusiones, que el desprendimiento prematuro de placenta es una complicación severa obstétrica, que lleva a un riesgo materno (2)

Calderón, A. (2014), en un estudio sobre Desprendimiento prematuro de placenta. México. 2012. Se planteó los objetivos de poder describir las complicaciones maternas en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron 86 casos en gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 22% presento hipertónia uterina, shock hipovolémico en un 15%, atonía uterina en un 5%, se reportaron 2 muertes maternas como consecuencia de un desprendimiento prematuro de placenta. (3)

Cerón, M., (2014), en un estudio sobre desprendimiento prematuro de placenta. Guatemala. 2010 a 2012. Se planteó el objetivo de poder determinar la morbilidad

y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta, es un estudio retrospectivo y descriptivo, obteniendo los siguientes resultados. La morbilidad y mortalidad materna perinatal, presentando las patologías de la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, no se encontró ninguna muerte a consecuencia de del DPP, siendo la edad más frecuente entre 16 a 25 años (51.72%), las pacientes que presentaron el cuadro se encontraban con una edad gestacional que cursaba el tercer trimestre correspondiendo al 96.5%, este entre las 28 y 40 semanas. en relación a la paridad un 39.6 % eran primigestas, mientras que un 22.4% son multigestas, las patologías que se asociaron al DPP fueron la hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, el 55.1% de la pacientes tuvieron control prenatal. En relación al recién nacido el 87.9% no presentaron ninguna complicación, un 5% fueron prematuros, solo dos casos de asfisia perinatal, se presentaron dos casos de muerte fetal. (4)

Yépez, M., Raque, P. (2013), se realizó un estudio sobre “Hemorragia uterina durante el tercer trimestre de embarazo Guayaquil-Ecuador. Se plantearon los objetivos de Identificar los tipos de las hemorragias uterinas del tercer trimestre del embarazo en el Hospital “Enrique C. Sotomayor”, en la ciudad de Guayaquil., la metodología utilizada es retrospectiva y descriptivo, no experimental, la recolección de muestra se hizo en función a las historias clínicas, constituido por 128 pacientes, que cursaban de 32 a 36 semanas de gestación, obteniendo los resultados, casos de DPP con un 53.9%, PP con un 42.9%, rotura uterina con 0.7%, las patologías que contribuyeron al DPP fueron la anemia y la hipertensión arterial, como consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta, el 96.8%

terminaron con una anemia aguda, coagulopatías con un 2.3% y shock hipovolémico en un 0.7%. (5)

Mendoza, M (2013) realizó un estudio para determinar la morbilidad y mortalidad en hemorragia Obstétrica. México. se plantearon el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad de Hemorragia obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil México. Método: es un estudio, constituido por 100 pacientes, obteniendo los resultados, la multípara en un 16%. Pacientes con cesárea previa en un 9%, pacientes con preeclampsia en un 8%, la ruptura prematura de membranas en un 4%, obteniendo las siguientes conclusiones, los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica fueron principalmente multiparidad, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y cesárea previa. La mortalidad materna podría ser evitada en un alto porcentaje mediante la identificación temprana de factores de riesgo de las pacientes. (6)

ANTECEDENTES NACIONALES

Guerrero, E., Oña, J., Cardoza, K., Meza, J., Rotnel, M. (2014), se realizó un estudio para identificar los Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital II-2 Sullana. Piura. Es un estudio basado en casos y controles, en un tiempo retrospectivo, participantes todas las gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo. Obteniendo los siguientes resultados: Se identificó como factores de riesgo: la edad mayor de 35 años, la multiparidad y la cirugía uterina previa se asoció también a complicaciones maternas y perinatales. Conclusiones: La hemorragia de la segunda mitad del

embarazo se asoció a edad mayor de 35 años, multiparidad, cirugía uterina previa y complicación materna perinatal. (7)

Acho, C., Salvador, J., Díaz, J., Herrera, J., Paredes, J., (2011), realizaron un estudio para determinar la frecuencia de la hemorragia de la Segunda mitad del embarazo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima. se revisaron 161 historias clínicas, de gestantes que presentaron hemorragias de la segunda mitad del embarazo, durante un período de enero de 2008 a diciembre del 2009. considerado como un estudio de tipo retrospectivo. La muestra del presente trabajo de investigación representa el 1,68% de las atenciones obstétricas en el hospital. La edad de las gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo varió entre los 14 y 43 años, con una mediana de 28 años; pacientes que presentaron un DPP fueron un 62,7%, pacientes con placenta previa con un total de 34,8%, y pacientes que terminaron con una rotura uterina en un 2,5%, de todas estas pacientes solo un 7,5%, tenía un control prenatal adecuado, y 92,6% menos de 5 controles; en relación a la edad gestacional, paciente con hemorragia de la segunda mitad el 77.6% de las gestante tenían entre 36 y 40 semanas y 13% entre 32 y 35 semanas. Los días de hospitalización fueron 3 a 20 días, con una mediana de 3 días. Se identificó 16 óbitos fetales, que constituyeron 9,9% del total de madres con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, siendo la tasa de letalidad 0,62%. Conclusiones: La hemorragia de la segunda mitad del embarazo comprometió 1,68% de la población obstétrica en el periodo estudiado y produjo morbimortalidad materna y perinatal. (8)

Torres E, (2007), hizo un estudio para conocer la frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Las hemorragias, con énfasis en el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) constituye el 31% de las Hemorragias del Tercer Trimestre, que presenta una incidencia muy variable que va desde el 0.12% a 3%; a nivel mundial, cifras encontradas en numerosos estudios; a nivel nacional estas cifras varían de 0.2% a 2%; lo cual concuerda con datos estadísticos obtenidos en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé que arroja una incidencia de 0.45%; en la maternidad de lima la incidencia es del 1%; algunas literaturas refieren que los desprendimientos Prematuros de Placenta que son extensos pueden provocar la muerte del feto, se dan en 0.11% a 1.29% mientras que las mujeres que han tenido previamente esta complicación la tasa de recidiva es del 10%. La tasa de mortalidad materna en el desprendimiento prematuro de placenta se encuentra entre 0.5% y 5% dependiendo que la ecografía para el diagnóstico sea muy precoz, la mortalidad fetal oscila entre 50% a 80%, la perinatal entre 20% y el 40% y los que sobreviven tienen un 40% a 50% de enfermedad neonatal. (9)

HEMORRAGIA POSPARTO

DEFINICIÓN

Hay muchas definiciones sobre hemorragia postparto. (HPP), clásicamente, se define a la Hemorragia postparto, como la pérdida sanguínea mayor de 500 ml. en un parto vaginal y más de 1000 ml. en una cesárea. Otra manera de poder definir es cuando se observa que hay una disminución del hematocrito en 10 puntos, después de la expulsión de la placenta, en relación a los valores de hemoglobina cuando se

encuentran con valores por debajo de 10 g/dl, o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. (10)

La ausencia de una nomenclatura estandarizada hace que la evaluación de una hemorragia sea dificultosa, y los criterios varían de acuerdo a los reportes de uno y otro. Para definir una hemorragia postparto se pueden tener en consideración dos aspectos: (11)

- Cuando la paciente haya perdido sangre estimada de 2 500 ml. a más.
- Existe la necesidad de transfundir 5 o más unidades de sangre globular.
- Es necesario instaurar el tratamiento para coagulopatía.

Según el ACOG, la definición de la hemorragia postparto es La hemorragia posparto es cuando hay una pérdida de más de 500ml de sangre en un parto vaginal y en una cesárea mayor de 1000 ml, con los valores de hematocrito un descenso del 10% de su valor previo al parto. (12)

Cuando hay una pérdida sanguínea de más de 1500 ml, o una reducción de hemoglobina igual o mayor de 4 g/dl, es considerada como una hemorragia grave, por lo tanto es necesario la transfusión sanguínea de por lo menos 04 unidades. La hemorragia severa se caracteriza por la pérdida de 50% del volumen sanguíneo en un tiempo de 3 horas o una pérdida de 150 ml/minuto. (13).

INCIDENCIA

No hay un dato preciso sobre la incidencia exacta de la hemorragia obstétrica por la definición imprecisa, así como por la dificultad para identificar y establecer un diagnóstico.

Un indicador es el número de mujeres que reciben transfusión, y es probable que haya disminuido por las posturas conservadoras que prevalecen hacia la restitución sanguínea. Por ejemplo, en estudios antiguos la incidencia de hemorragia posparto era de 3.9% para mujeres que dieron a luz por vía vaginal y 6 a 8% en mujeres en quienes se practicó cesárea. (14)

Sosa, et al., (2009) en una investigación que realizó en Argentina y Uruguay sobre los factores de riesgo para la hemorragia posparto en partos vaginales de la población latinoamericana, en 24 establecimientos de salud, usaron unas hojas plásticas hechas de manera especial para recoger la sangre que se pierde durante el trabajo parto, reportando que 10.8% de las mujeres perdía más de 500 ml y solamente un 1.9% perdía más de 1 000 ml. (15)

Alexander, et al., (2009) en un estudio que realizó sobre el uso de sangre entera en la gestión de hipovolemia por hemorragia obstétrica en una población reciente en más de 66 000 mujeres que dieron a luz, en el hospital Parkland, Dallas, EEUU. Entre 2002 y 2006. Informaron que 2.3% había recibido transfusiones sanguíneas por hipovolemia. La mitad de ellas se había sometido a cesárea, lo que guarda relación con el aumento sustancial de la mortalidad materna y de la tasa de morbilidad grave con la cesárea, comparada con el parto vaginal. (16)

Berg, et al. (2009) en un estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades en el hospital de Estados Unidos, hicieron un muestreo de casi 185000 hospitalizaciones por partos de la base de datos resumen de alta hospitalaria nacional que representaba más de 40 millones de partos de 2001 a 2005. Siendo la incidencias de hemorragia posparto de 2.6%, El índice de transfusiones en estas

mujeres entre 1991 y 2003 aumentó de tres por 1 000 partos a cinco por 1 000. Estas incidencias son mucho menores a las informadas en los estudios mencionados. (17)

Queda de manifiesto que la hemorragia grave puede ocurrir en cualquier momento durante todo el embarazo y el puerperio. Si bien el momento en que ocurre la hemorragia se usa de manera generalizada para clasificar la hemorragia obstétrica, el término hemorragia durante. (14)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La hemorragia posparto puede tener un inicio antes o después del desprendimiento de la placenta, cuando hay una hemorragia abundante de inicio súbito, siempre se evidencia un sangrado constante y en un tiempo determinado, algunas veces pueden parecer moderado, de continuar producen una hipovolemia grave, muchas veces después del alumbramiento, la pérdida sanguínea constante puede terminar con una hemorragia muy abundante. Un dato que siempre puede engañar cuando hay una hemorragia posparto, es que el pulso y la presión se alteran un poco, mientras la mujer no ha perdido grandes cantidades de sangre. Al inicio la mujer embarazada normotensa, en realidad puede tener cierto grado de hipertensión en respuesta a una hemorragia. En algunas ocasiones una mujer hipertensa puede considerarse como normotensa, aunque presenta hipovolemia notoria, por lo tanto en algunas ocasiones la hipovolemia no se identifica sino hasta que el cuadro clínico este muy grave. (14)

TIPOS DE HEMORRAGIA

Hemorragia Antes del parto

Cuando una gestante presenta sangrado vaginal después de las 22 semanas de gestación, esto sucede en el 2 a 5% de todos los embarazos. Teniendo como etiología a la cervicitis, mala inserción de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta. (13)

Hemorragia Posparto

FISIOLOGÍA

La hemorragia posparto primaria ocurre entre las 24 horas y es probable que se desenlace en morbi-mortalidad materna. Mientras tanto la hemorragia posparto secundaria se presenta después de las 24 horas hasta los 42 días posparto. Existen muchas definiciones sobre hemorragia materna y sus respectivas limitaciones, es importante relacionar la presentación clínica del sangrado con los datos objetivo, siempre teniendo la probabilidad de una hemorragia obstétrica, la realidad de la cuantificación de la pérdida sanguínea es inexacta e inadecuada, por lo que cualquier sangrado en cantidad y duración después del parto debe hacernos sospechar en diagnosticar que estamos frente a una hemorragia posparto, el equipo de profesionales de salud deben de tener las habilidades para el manejo activo de la tercera fase de trabajo de parto, para prevenir la hemorragia a través de la valoración, reconocimiento y tratar oportunamente la pérdida de sangre. (13)

Etiopatogenia de la Hemorragia posparto:

A nivel del miometrio capa fundamental la intermedia, que participa directamente produciendo una hemostasia a nivel del lecho placentario, durante la contracción del útero, los vasos sanguíneos de madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo la cantidad de sangrado. La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término es de 500- 800 ml. por minuto. Es por eso cuando la placenta se desprende del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones uterinas continuadas y coordinadas del músculo van comprimiendo los vasos locales, por se produce una disminución del sangrado, además de permitir la formación del coágulo retroplacentario. Si el útero no realiza las contracciones se produce atonía uterina, debido a que los vasos no fueron ocluidos y se produce una hemorragia, en poco tiempo puede tener un desenlace fatal. (18)

Podrían deberse a las siguientes causas: (19)

- Hemorragia posparto previa
- Embarazo múltiple
- Trabajo de parto prolongado
- Polihidramnios
- Parto instrumentado
- Desprendimiento de placenta
- Terapia de anticoagulación
- Multiparidad
- Tumores fibroides

- Uso prolongado de oxitocina
- Feto grande (macrosomía)
- Cesáreas previas
- Placenta previa
- Acretismo placentario
- Corioamnionitis
- Uso de anestesia general.

ETIOLOGÍA

La hemorragia posparto, tiene tres causas muy frecuentes que son: atonía uterina, retención placentaria y traumas durante el parto los desgarro del periné, vagina y/o cervical, estas son responsables en su mayoría de todos los casos. (20).

CAUSAS DE HEMORRAGIAS POSPARTO

Desprendimiento prematuro de placenta

Cuando se presenta la separación de la placenta de su sitio de implantación, antes del parto, en gran Bretaña se llama hemorragia accidental. Proviene del termino latín “Abruptio placentae” que significa desgarro de la placenta por pedazos, es considerado un accidente repentino. Mientras tanto el termino más largo podría ser la separación prematura de la placenta normoinserta de la placen que es más descriptivo. La hemorragia propia del DPP, el sangrado se filtra entre las membranas y el útero, para luego ser expulsado por el cuello uterino y visualizarse hacia el exterior, en algunos casos la sangre no se visualiza al exterior, quedando

retenido entre la placenta y el útero, generando una hemorragia oculta, siendo más peligrosa para la madre y el feto. (14)

Retención Placentaria

Es la segunda causa más importante de la hemorragia posparto que afecta entre un 20 a 30% de los casos, debemos de tener mucho cuidado que siempre se asocia a una atonía uterina pasando inadvertida. Se diagnostica cuando la placenta no es expulsada al exterior, si el alumbramiento se prolonga, se debe de realizar la extracción manual de la placenta, bajo anestesia si es posible, con la finalidad de vaciar el útero. (21).

Atonía Uterina (22)

La atonía uterina representa de 50 a 60% de todas las hemorragias posparto, se produce por una falta de contracción uterina después de la expulsión de la placenta y complica cerca de 1 cada 20 partos, Los factores de riesgo son:

- a) Condiciones en las cuales hay una sobre distensión uterina, puede ser por embarazo múltiple, Polihidramnios y macrosomía fetal.
- b) Trabajo de parto prolongado, debido a una fatiga por la madre.
- c) Uso de tocolíticos lo que lleva a una incapacidad de contractibilidad también el uso de anestésicos

El tratamiento inicial de la atonía uterina es terminar con los agentes que está causando a producirse la atonía uterina que pueden ser anestésicos inhalados, luego se debe de realizar el vaciamiento de la vejiga, compresión bimanual, masaje en el uterino, luego el empleo de medicamentos uterotónicos, con la finalidad de

disminuir el sangrado, se debe comprimir el útero para expulsar sangre acumulada y coágulos, con la finalidad de ganar tiempo para luego aplicar medidas farmacológicas o terminar en procedimientos quirúrgicos.

Cuando se produce una atonía uterina es por la incapacidad que tiene el útero para contraerse después del parto, siendo la causa más frecuente de hemorragias obstétrica, en muchas mujeres se puede sospechar de una hemorragias, los factores son bien conocidos y hay pocas posibilidades de poder identificar a la parturienta que sufrirá de atonía, una mujer embarazada con un útero sobre distendido esta propenso a presentar hipotonía posparto, son las que tienen feto grande, fetos múltiples, polihidramnios, o en aquellas que el trabajo de parto se haya caracterizado por una actividad uterina muy vigorosa, tendrán la posibilidad de presentar una hemorragia posparto; algunas veces el uso de oxitocina aumenta la posibilidad de producir una hemorragia, una paridad elevada podría ser un factor de riesgo para atonía uterina.(14)

Trauma obstétrico

Las complicaciones más comunes durante el parto son las laceraciones, desgarros y hematomas de periné, vagina y cérvix, la mayoría de los casos son leves que no producen hemorragias, que pueden ser solucionados oportunamente por el que atiende el parto.

Los factores para daños de la vasculatura pélvica y formación de hematomas son la nuliparidad, episiotomía, edad materna avanzada, operación cesárea, presentación podálica, embarazo múltiple y macrosomía fetal. Muchos de los hematomas retro

perineales en el puerperio inmediato, que pueden estar acompañado de fiebre, dolor de musculo y presencia de edemas de piernas. (21)

Coagulopatía

La posibilidad de la coagulación heredada debe de ser considerada en situaciones de hemorragias recurrentes e inexplicables. Algunas veces la hemorragia posparto puede ser la manifestación de una enfermedad de von Willebrand, el cual tiene un papel importante en la hemostasia, facilitando la adhesión de las plaquetas y como portador de proteínas para el factor VIII. Dentro de las coagulopatías menos comunes que estas asociadas a hemorragias posparto están considerados la deficiencia de protrombina, fibrinógeno y los factores V, VII, IX y XI. El tamizaje de mujeres embarazadas con antecedentes de hemorragias debe de ser una estrategia para identificar gestante con riesgo, con ello poder disminuir de alguna manera las hemorragias posparto. Por lo que se recomienda que toda gestante en el tercer trimestre de embarazo deben de tener una consulta con el servicio de hematología para asegurar el perfil hemostático antes del parto. (23).

Inversión uterina

La inversión uterina está considerada como una iatrogenia rara que se presenta 1 cada 1000 partos, en que el útero es parcial o completamente exteriorizado por la vagina. Como elemento coadyuvante se presenta la atonía uterina, generalmente ocurre por una mala tracción del cordón umbilical que es excesiva o por la presión que se ejerce en el fondo del útero, el diagnóstico es generalmente clínico.

La paciente tendrá un dolor abdominal intenso, con una inestabilidad hemodinámica, de producirse esto la reversión uterina debe de ser inmediatamente por el profesional que asiste el parto, que puede ser ayudado por una Tocólisis de acción rápida. (21).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe ser claro, se reconoce con la acumulación de sangre intravaginal, cuando se da una rotura uterina con hemorragia intraperitoneal, mientras tanto una hemorragia por atonía uterina y los desgarró genitales, se diferencia de manera tentativa con base en factores de riesgo predisponentes con el estado del útero, si el sangrado continúa a pesar de que el útero este bien contraído, es posible que el sangrado se deba a un desgarró y que debe de ser solucionado inmediatamente. Si el examinador observa un sangrado vaginal con características de color rojo brillante, nos indica que es una hemorragia arterial procedente de algún desgarró del canal de parto. Para confirmar el desgarró es la causa que los desgarró de la hemorragia es preciso realizar una inspección cuidadosa a nivel del periné, vagina, cuello uterino y el útero, muchas veces la hemorragia puede originarse de una atonía o un traumatismo, en especial después de un parto quirúrgico mayor. Si existe la posibilidad de contar con la presencia de un anestesiólogo, se podría pedir la administración de un analgésico potente, para revisar la vagina y el cuello uterino, no olvidarse que la vagina debe de revisado cuidadosamente después de cada parto, buscando desgarró o laceraciones, a fin de identificar la causa exacta de la hemorragia, más aun si el parto fue en presentación

podálica. Algunas veces sucede lo mismo cuando se presenta sangrado durante el segundo periodo de parto. (14)

Para realizar un diagnóstico de Hemorragia es básicamente clínico, con la aparición excesiva de sangre antes del periodo de la expulsión de la placenta, denominado muchas veces como una hemorragia del tercer periodo de parto o posparto, además de intentar cuantificar la hemorragia necesario valorar la perfusión de la misma gestante sobre el estado hemodinámico, por ello es necesario tomar en cuenta las siguientes referencias: Presión arterial Sistólica, nos indica una afección hemodinámica que pueden ser leve (100-80 mmHg.), moderada (80-70 mmHg.), grave (70-50 mmHg.). Síntomas: nos indicaran el grado de severidad en la que se encuentra la paciente: cuando la hemorragia es Leve, la paciente presenta debilidad, sudor, taquicardia; cuando la hemorragia es moderada, la paciente presentará una palidez, oliguria; cuando la hemorragia es grave, la paciente presentará, shock hipovolémico, fallo renal con anuria, disnea, síndrome de Sheehan, todas estas manifestaciones clínicas serán durante el puerperio inmediato. (24)

Criterios para definir la hemorragia en Obstetricia: (25)

- Cuando hay una pérdida del volumen sanguíneo total en 24 horas.
- Pérdida del 50% del volumen sanguíneo en un tiempo de 3 horas.
- Presencia de una hemorragia severa de 1000ml a más.
- Sangrado temprana o primaria dentro de las 24 horas.
- Sangrado tardía o secundaria por más de 24 horas.

Guía práctica para orientarse ante una hemorragia obstétrica. (25)

a) Periodo anteparto e intraparto: debemos tener en cuenta los siguientes síntomas y signos como son:

- **Vasa previa:** es un sangrado acompañado de dolor, hemorragia y alteraciones del tono uterino. La existencia de sufrimiento fetal severo con presencia de sangrado brusco al momento de producirse el rompimiento de membranas.
- **Placenta previa:** el sangrado es indoloro, o puede ser dolorosa con presencia de contracciones uterinas.
- **Hematoma retroplacentario:** el sangrado está asociado a dolor abdominal y aumento del tono uterino.
- **Rotura uterina:** es la presencia de un sangrado externo algunas veces interno acompañado de dolor intenso y disociación entre la clínica y las pérdidas.

La conducta de una actitud frente a una hemorragia es por las siguientes razones:

- Una consideración que caracteriza la hemorragia anteparto e intraparto es que en ella el clínico se orienta muy rápido hacia la intervención quirúrgica.
- Toda hemorragia se resuelve con tratamiento quirúrgico.
- Hay una necesidad de entregar a un recién nacido en buen estado.

b) **Periodo posparto:** Después de la salida del feto se tendrá como referencia la remoción placentaria

- **Acretismo placentario:** si la placenta no fue expulsada y no aparece zona de clivaje.
- **Restos ovulares:** es cuando se presenta una expulsión incompleta de la placenta y sus anexos.
- **Atonía uterina:** Es cuando la placenta es expulsada de forma completa, se debe evaluar la consistencia y el tamaño del útero, si el útero se encuentra involucionado y atónico.
- **Inversión uterina:** es la identificación del fondo de útero en vagina después que se haya expulsado la placenta, estará acompañado de dolor y sangrado vaginal abundante.
- **Hemorragia oculta:** Es la presencia de signos de hipovolemia, sin observa la hemorragia o no existe correlación con la pérdida, muchas veces se puede localizar en el retroperitoneo, ligamento ancho, hematomas del suelo pélvico y tabique recto vaginal.

La conducta de una actitud frente a una hemorragia es por las siguientes razones:

- Una de las principales consideraciones que caracteriza la hemorragia posparto es que algunas de ellas se pueden solucionar con tratamiento médico.
- La orientación para el diagnóstico suele ser más difícil.
- Después de haberse producido el parto y obtenido un recién nacido óptimo, se puede crear una falsa confiabilidad de un parto exitoso, muchas veces hay una demora en la toma de decisión.

- Frente a un sangrado continuo por el tracto genital bajo, hay que pensar en la posibilidad de que existe una rotura uterina concomitante.

Diagnóstico precoz (26)

Para realizar el diagnóstico en esta etapa se debe de asegura la intervención en forma temprana, con ellos se deberá de reducir las complicaciones que ponen en peligro a la paciente. Los elementos detallados, la aparición de cada uno de los signos y síntomas precoces, en esta etapa del diagnóstico solo se llega con el reconocimiento adecuado de estos y la vigilancia personalizada del paciente.

Los signos muy precoces

- Disminución de la intensidad del pulso en la inspiración
- Test de hipotensión Ortostática

Signos precoces

- Taquicardia
- Palidez, sudoración y frialdad
- Disminución de la presión del pulso
- Lentificación capilar
- Gradiente distal

Signos tardíos

- Hipotensión arterial (menos de 90/60 mm de Hg)
- Oligoanuria (menos de 30 ml/ hora o de 0,5 ml/kg/hora)

- Acidosis metabólica (pH menor de 7,25)
- Alteraciones del estado de vigilia

Signos de letalidad

- Hipotermia
- Trastorno de la coagulación
- Acidosis metabólica

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICA

PRINCIPIOS GENERALES (27)

Debido al alto porcentaje de morbi-mortalidad materna, que es producto de la pérdida sanguínea, por una inadecuada reposición del volumen y demora en el manejo, es muy importante aplicar los cinco pasos para el manejo de hemorragias obstétricas.

1. Organización de un equipo multidisciplinario.
2. Reposición del volumen sanguíneo utilizando líquidos o concentrados eritrocitarios.
3. Corrección de los defectos de coagulación, con productos sanguíneos y factores de coagulación.
4. Evaluar a la paciente sobre la respuesta al tratamiento, mediante monitoreo hemodinámico por exámenes de laboratorio.
5. El tratamiento específico de las causas del sangrado. la demanda

MANEJO CON LÍQUIDO (28)

Dependerá de la valoración del paciente con hemorragia Obstétrica:

- Realizar una historia clínica minuciosa, luego examinar para buscar el origen del sangrado.
- Evacuar la vejiga.
- Asegurarse de que no exista retención de restos placentarios y/o desgarros a nivel del tracto genital, que puede ser utilizado el uso de anestésicos.
- Cuantificar un aproximado en la pérdida de sanguínea.
- Vigilar el estado hemodinámico, de ser posible iniciar una reanimación.

La reanimación materna consiste en la reposición de volumen sanguíneo, para mantener la perfusión tisular, que consiste en:

- Administrar Oxígeno de 10 a 15 litros por minuto.
- Si la paciente se encuentra en la etapa parto, deberá optar una posición de cubito lateral izquierdo.
- Contar con vías seguras, se recomienda contar con dos accesos venosos con catéter N°18 G.
- Tomar muestra de sangre para tener control hemático, perfil de coagulación, cruce de concentrados eritrocitarios.

Cuando se realiza el reemplazo del volumen con soluciones cristaloides, se debe de iniciar con 1000 cc a través de cada Catéter, hasta poder contar con la disponibilidad de hemoderivados. Toda paciente debe de estar con un monitoreo

estricto y de gran ayuda podría ser el uso de una línea central para poder valorar la eficacia del reemplazo hídrico. (28)

El uso de coloides fue asociado con un incremento de 4% en el riesgo absoluto de mortalidad materna, en caso que se pueda utilizar coloides estas no deben de sobrepasar los 1500 ml en 24 horas, se recomienda que los coloides sean transfundidos después de 2000ml de cristaloides en mujeres con Preeclampsia que desarrollen la hemorragia posparto.

Las soluciones cristaloides como el lactato de Ringer y el C1Na 9%o deben de ser considerados como la primera línea de reanimación, la infusión de 1litro de Lactato de Ringer incrementara 200 ml el volumen plasmático, esto debido a que el 80% de la solución administrada pasara al espacio extravascular. (28)

TRANSFUSIÓN (23).

Esta debe de basarse en las siguientes:

- a) Una evaluación clínica de la paciente.
- b) Como es la respuesta inicial a la reanimación hídrica.
- c) La concentración inicial de la hemoglobina.
- d) Tener en cuenta el conteo plaquetario.
- e) Contar con las pruebas de coagulación.
- f) Control estricto de la saturación de oxígeno.

Cuando hay pacientes jóvenes que no presentan otras patologías puede mantenerse una adecuada oxigenación con niveles bajos de hemoglobina de 6 a 7 gr/dl.

La transfusión de hemoderivados debe de iniciarse en las pacientes obstétricas con hemoglobina menor a 7g/dl

Si la hemorragia es acompañada de alteraciones de coagulación debe de administrarse 15 a 20ml/kg de plasma fresco como primera opción al tratamiento, nuestro objetivo de la hemoglobina será superior a 8g/dl. (23)

Indicaciones para la transfusión de concentrados eritrocitarios. (29)

- Cuando existe pérdida de al menos un 15% equivalente a 750ml (VSC) no es necesario la transfusión de concentrados eritrocitarios, salvo exista una anemia severa o quizás tenga enfermedades cardiacas o pulmonares que hayan sido diagnosticadas antes del embarazo y/o parto.
- Con un sangrado de 15 a 30% equivalente a 750 a 1500ml del volumen sanguíneo circulante, el manejo será con cristaloides, muchas veces no es necesario el uso de transfusión sanguíneo, salvo continúe con sangrado masivo o se diagnostique anemia severa.
- Pérdidas de 30 a 40% equivalente a 1500 a 2000 ml del volumen sanguíneo circulante, demos corregir la hipovolemia con cristaloides, coloides e incluso la transfusión de concentrados eritrocitarios.
- Pérdidas de más de 40% equivalente a 2000ml, es necesario corregir la hipovolemia y transfusión eritrocitarios.

Indicaciones para la transfusión de concentrados eritrocitarios de acuerdo con el nivel de hemoglobina:

- Pacientes con hemoglobina mayores de 10g/dl, se encuentra con estabilidad hemodinámica, no es necesario la transfusión.
- En pacientes con un valor de hemoglobina de 6 a 10%, la indicación de una transfusión estará basado en el contexto del estado clínico.
- Pacientes con hemoglobina menores de 6 g/dl, siempre se debe de indicar la transfusión. (30)

Indicaciones para la transfusión de plasma fresco congelado:

- Con presencia de las hemorragias activas y con el tiempo de protrombina o tiempo de tromboplastina se encuentran prolongados más de 1.5 veces
- Si no hay hemorragia no se deberá de utilizar la transfusión para la corrección de la hipovolemia o para normalizar los índices de coagulación.
- Las dosis recomendadas son de 10 a 15 ml/kg que harán un promedio de 3 a 4 unidades para una paciente de 70 kg aproximadamente. (29).

CONCENTRADO DE FIBRINOGENO

Para controlar una hemorragia es muy importante tener la cantidad suficiente de fibrinógeno, muchos estudios han demostrado que el reemplazo temprano y agresivo de fibrinógeno pueden mejorar la fuerza del coagulo y la supervivencia de los pacientes. El método clásico para incrementar los niveles de fibrinógeno es realizar el crioprecipitados, el uso de este concentrado en pacientes con hemorragias presento una reducción significativa de eritrocitos, plasma fresco congelado y

requerimiento plaquetario, lo que se puede traducir en una reducción de la pérdida sanguínea. La utilización también se ha reportado en cuadros de desprendimiento placentario con hipofibrinogenemia. (31)

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Tenemos dos categorías para el tratamiento médico de la hemorragia obstétrica siendo las más importantes: medicamentos para corregir la contracción y otros que ayuden en el proceso de la coagulación.

Oxitocina

Es un medicamento que se utiliza para ayudar en la contracción uterina y es considerado como el primer medicamento para la prevención y tratamiento de las hemorragias obstétricas, inicialmente en las hemorragias posparto. (32)

Es utilizado para mantener el tono uterino durante el procedimiento de la cesárea se puede administrar vía intravenosa o vía intramuscular, la dosis parenteral es de 10 UI. Este medicamento es bien tolerado por los pacientes y presenta pocos efectos adversos, pero los bolos intravenosos pueden causar hipotensión.

Svanstrom 2008, realizó un estudio de investigación, donde la administración de 10 UI, durante la cesárea produce hipotensión, también hubieron evidencias electrocardiográficas de isquemia miocárdica. Habitualmente se administra en la infusión intravenosa de 10 a 20 IU en 1000ml en cloruro de sodio al 9%, titulando así la tasa de infusión para lograr una buena contracción. (32)

Carbetocina

Este medicamento es un análogo sintético de larga acción derivado de la oxitocina que puede administrarse en dosis única, ya sea por vía Intramuscular o Intravenosa, tiene una vida media de aproximadamente 40 minutos, alrededor de 4 a 10 veces más que la reportada para la oxitocina. Una vez administrado la Carbetocina alcanza concentraciones plasmáticas en menos de 30 minutos y tiene 80% de biodisponibilidad. (33)

Evidencias de estudios controlados aleatorios indican que una dosis única de 100g IM, o EV, reduce significativamente las necesidades de intervenciones uterotónicas, adicionales para mantener un adecuado tono uterino y por otra parte es más conveniente que una infusión continua de oxitocina la cual requiere de una línea intravenosa. (34).

Metilergonovina

Son alcaloides de ergotamina que inducen rápidamente fuertes contracciones uterinas tetánicas, su acción de este agente es a través de receptores alfa adrenérgicos, se utiliza para la prevención y tratamiento de las hemorragias posparto, la vías de administración es vía oral o parenteral, sin embargo la vía de acción inmediata es la intramuscular a una dosis de 0.2mg, algunas veces puede causar rápidamente un incremento de la presión arterial, por lo que está contraindicado en pacientes con hipertensión arterial o Preeclampsia, que pueden presentar náuseas y vómitos son efectos adversos más comunes. (22).

Prostaglandinas

Es considerado como un agente útero tónico con una prolongada acción. Puede administrarse en dosis de 250 microgramos vía intravenosa, intramuscular, algunas veces inyectada directamente en el miometrio se puede administrar cada 20 minutos hasta un total de 2mg. Puede provocar bronco constricción y elevación de la presión arterial.

El misoprostol es un análogo de las prostaglandinas E1, se utiliza en Obstetricia en forma primaria para ayudar en la dilatación cervical e inducción del parto, es considerado como un uterotónico potente y ha sido empleado para prevenir y tratar las hemorragias posparto. Algunos estudios han hallado que el misoprostol es un alternativa adecuada para el tratamiento de la hemorragia posparto causada por atonía uterina, que puede ser administrada por vía oral, vaginal o rectal, la dosis típica es de 400 a 1000 microgramos y los efectos secundarios son la diarrea y fiebre. En un estudio clínico de 14 mujeres con hemorragias obstétricas severas, se administró 1 gramos de misoprostol vía rectal, se logró una contracción uterina sostenida y control de la hemorragia a los 3 minuto (22).

TRATAMIENTO INVASIVO

Cuando el tratamiento conservador ha fallado y continua con el sangrado vaginal se debe de iniciar con el tratamiento invasivo entre los que podemos mencionar son:

a) Taponamiento con balón intrauterino.

Existen una gran variedad de balones, la sonda esofágica de sengstaken-blakemore, es la más utilizada, este dispositivo requiere analgesia mínima,

preserva la fertilidad, es menos invasivo, es un método rápido y con menor riesgo de complicaciones. Permite detener el sangrado, esta sonda es insertada en la cavidad uterina y se llena con agua estéril hasta que el útero se vuelva firme a la palpación y hasta que cese el sangrado, con esta técnica se evitara una laparotomía, en caso de continuar con sangrado abundante se indicara la necesidad de una intervención quirúrgica. (35)

b) Sutura de compresión uterina.

Este procedimiento es similar a la compresión manual, es por eso que se utiliza como terapia coadyuvante para mantener la contractibilidad uterina a través del taponamiento, generalmente se indica en casos de atonía uterina refractaria y de placenta retenida y coagulopatías. (36).

Entre las ventajas está el alto porcentaje de éxito, es un procedimiento sencillo durante la laparotomía, es realizado cuando se busca la preservación de la fertilidad y las desventajas que podría presentarse esta de terminar en una laparotomía con riesgo de histerectomía, erosión de la pared uterina, necrosis uterina y piometrio. (22).

c) Embolización arterial mediante angiografía

Este procedimiento requiere de una guía fluoroscópica y se debe de realizar por un radiólogo intervencionista con mucha experiencia. La paciente debe de estar hemodinámicamente estable, los balones con oclusión deben colocarse a nivel de la arteria hipogástrica o en las arterias iliacas comunes como una medida

temporal sobre todo en casos con alto riesgo de sangrado, como placenta previa, acreta. El porcentaje de éxito se de 85 a 95%.(13).

Las, complicaciones reportadas son fiebre, perforación vascular, isquemia de las extremidades inferiores, necrosis de la pared rectal o vesical. El flujo de estos vasos sanguíneos se normaliza a lo largo del tiempo, por lo que se puede preservar el útero y continuar con la fertilidad. (36)

d) Ligadura arterial

Este procedimiento se debe de emplear cuando los métodos anteriores hayan fallado, la ligadura de este modo provoca una hemostasia a través de la formación del coagulo. Para garantizar un buen procedimiento se debe de ligar ambas arterias uterinas, es considerado como una buena opción que la ligadura de las arterias iliacas debido a su fácil acceso, este procedimiento tiene un mayor porcentaje de éxito y el área de disección se encuentra distante del útero y las venas iliacas. (37)

e) Histerectomía

Es el tratamiento definitivo para las hemorragias graves, como son la atonía uterina y acretismo placentario. (13).

Es muy importante controlar inmediatamente la hemorragia uterina, para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, debido a que el sangrado continuo puede provocar un CID, dentro de las complicaciones asociadas son infecciones, daño vesical o ureteral, hemorragias intra abdominales y daño a otros órganos. (37)

SHOCK HEMORRÁGICO (38)

Se denomina así cuando una paciente se encuentra en shock, debido a una pérdida aguda y masiva de sangre. Clínicamente encontramos una presión arterial menor de 90 mmHg, taquicardia mayor de 120 por minuto, sensación intensa de sed y ansiedad o sopor, frialdad en extremidades y oliguria, asociados a una hemorragia de origen obstétrico.

a. Medidas Generales

- Canalizar dos vías venosas con catéteres N° 18 e iniciar infusión rápida de Solución salina 9 o/oo
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Dar Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
- Administrar una sonda Foley más bolsa colectora e iniciar control horario de la diuresis.
- Realizar un control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- Interconsulta a Unidad de cuidados intensivos.

b. Medidas Específicas

Fluidoterapia: Administrar 2000 cc de cloruro de sodio al 9%o, a chorro, más 1000 cc de coloides, continuar la misma secuencia hasta que la paciente se mejore o presente los siguientes parámetros:

- Taquicardia > 120 / min.
- Las extremidades están frías.
- Sensación de sed

- Diuresis menor de 0.5 cc /kilo / hora.
- Presión Arterial Media (PAM), menor o igual de 65 mmHg.

Considerar limitar la repleción volumétrica del intravascular en cualquiera de los siguientes casos

- a. Si tiene Presión Arterial Media (PAM), mayor de 65 mmHg
- b. Si la paciente presenta taquicardia, que no mejore o lo haga solo en forma transitoria, debe considerarse que hay sangrado activo. En ese caso se debe mantener la reposición agresiva de fluidos asegurándose de mantener un flujo urinario mayor de 0.5 cc por kilo por hora.
- c. Si existe la sospecha de hemoperitoneo proceder a la paracentesis diagnostica. En caso de ser positiva se procederá a manejo quirúrgico urgente.
- d. Si hay oliguria, sed y palidez marcada o depresión del sensorio, deberá iniciarse la reanimación con paquetes globulares, desde el inicio.

Hemoderivados: Se usarán sólo fracciones de la sangre, paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas o crioprecipitado. Siguiendo las siguientes recomendaciones:

- a. Administrar 2 paquetes a goteo rápido y ordenar la preparación de 2 paquetes más mientras llega el resultado inicial de la Hemoglobina.
- b. Después de cada 04 paquetes globulares deberá administrarse una unidad de Plasma Fresco Congelado.

- c. Después de transfundir 04 unidades de cualquier hemoderivado deberá administrarse Gluconato de Calcio, para neutralizar el citrato y evitar una coagulopatía por dilución.

Cirugía: Toda paciente que haya presentado sangrado masivo, debe de tener la posibilidad de terminar en una exploración quirúrgica. En el caso de pacientes obstétricas o ginecológicas toda hemorragia que lleve a un estado de choque es de necesidad quirúrgica y terminar en una histerectomía.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

DEFINICIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta consiste en la separación de la placenta del útero, desde las 22 semanas de embarazo hasta antes del periodo de alumbramiento. (39)

Generalmente esta patología se presenta en la segunda mitad del embarazo y su complicación representa el 1% de los embarazos. (39)

El desprendimiento se evidencia cuando la sangre traspasa las membranas y se exterioriza por el cérvix hacia la vagina. Algunas veces el DPP puede ser oculta y es la menos común, sin embargo este tipo son las más complicadas. Si el desprendimiento prematuro de placenta es total, puede producirse una muerte fetal, en pocos minutos .DPP varía desde un sangrado mínimo sin complicaciones hasta un sangrado masivo que muchas veces puede provocar la muerte fetal y la mortalidad materna. El riesgo para el producto dependerá de la gravedad del desprendimiento y la edad gestacional en la que ocurre el suceso, mientras tanto el

riego para la mujer embarazada dependerá del grado la gravedad de desprendimiento.

La hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta, está asociado a una alta tasa de mortalidad perinatal debido a que se relacionan con partos pretérminos. El desprendimiento prematuro de la placenta antes del trabajo de parto, priva de oxígeno al feto, provocando gran discapacidad en los sobrevivientes. (20)

INCIDENCIA

Según cifras de la maternidad de lima en el año 2013, se presentaron 90 casos de DPP, haciendo un total de 15.3 %. La tasa de mortalidad materna fue de 35.1% representado por 6 casos. Siendo la hemorragia la segunda causa de mortalidad antecedido por la Preeclampsia. (7)

FISIOPATOLOGÍA

El DPP, es una hemorragia entre la interfase de la placenta y decidua. El vasoespasmo agudo de los pequeños vasos pueden ser el evento que preceda inmediatamente al desprendimiento de la placenta, puede haber trombosis de los vasos de la decidua asociada a necrosis decidual y hemorragia venosa. En algunas ocasiones el desprendimiento puede resultar de un proceso agudo, como en el caso de fuerza de cizallamiento resultado de trauma, este puede ser el mecanismo por el que ocurre el desprendimiento. Muchas veces el DPP, priva al feto de oxígeno y nutrientes y provocando la muerte fetal. En este proceso del DPP, se produce la activación de la cascada de coagulación con gran consumo de los factores de coagulación y finalmente se produce el CID. Si el desprendimiento es muy grande,

el riesgo de mortalidad fetal será mayor. El sangrado puede ocurrir dentro del miometrio uterino provocando un útero blando de color púrpura, conocido como útero de Couvelaire. (20).

FACTORES DE RIESGO

Los factores son: (25).

- ✓ La hipertensión arterial.
- ✓ Preeclampsia.
- ✓ Edad materna avanzada.
- ✓ Multiparidad
- ✓ Consumo de tabaco y cocaína.
- ✓ Ruptura prematura de membranas.
- ✓ Corioamnionitis.
- ✓ Antecedentes de desprendimiento en embarazo previo.

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones maternas (10)

- Hemorragia obstétrica
- Requerimiento de transfusiones
- Insuficiencia renal aguda
- Histerectomía total o sub total.
- La coagulación intravascular diseminada
- Mortalidad materna

CUADRO CLÍNICO (10)

Es un sangrado transvaginal, la paciente se queja de un dolor intenso a nivel del útero acompañado de dinámica uterina. Muchas veces la cantidad del sangrado vaginal no se correlaciona con el grado de desprendimiento.

Cuando se presenta un DPP, La gravedad de los síntomas dependerá de la localización y del grado de desprendimiento si es evidente u oculto.

Generalmente hay un incremento del tono uterino asociado con una elevada frecuencia de contracciones de baja amplitud. A la palpación el útero se encuentra rígido y muy doloroso, o puede estar acompañado de dolor en la espalda, o cuando la placenta está ubicado en la parte poster posterior.

Se presenta sufrimiento fetal cuando hay un desprendimiento prematuro de placenta mayor a 50%, pudiendo terminar en óbito fetal.

El DPP puede condicionar a una necrosis tubular y cortical aguda, terminando en una oliguria e insuficiencia renal, aunque la necrosis tubular puede ser consecuencia de la hipovolemia aguda, se ha demostrado que la necrosis cortical es el resultado del daño renal provocado por los productos de la cascada de coagulación.

DIAGNÓSTICO

Básicamente el diagnóstico es clínico, se pueden realizar a través de valores de hemograma y las pruebas de coagulación, también nos pueden ayudar el aumento del dímero-D y la disminución de fibrinógeno. El trombo elastograma es una prueba no habitual, pero es muy importante para poder saber las diferentes etapas de

coagulación, con ello nos permitirá conocer las necesidades del paciente en estados de shock, si esto sucede se debe de terminar en cesárea urgente, independientemente de la edad gestacional y la condición del feto. (40)

La utilización de la ecografía en el desprendimiento prematuro de placenta dependerá de la extensión y localización del sangrado, también es muy importante el tiempo de inicio del sangrado. Tener mucho cuidado al utilizar la ecografía por la presión que se ejerce con el transductor sobre la placenta, lo que se conoce como el “signo de la gelatina”. El resultado de una ecografía negativo no descarta la presencia de desprendimiento. (13)

CLASIFICACIÓN (13).

En el DPP se derrama la sangre extravasada que proviene de los vasos maternos de la región pélvica. Al desprenderse los cotiledones la sangre materna de los espacios intervillosos se forma el hematoma retroplacentario el volumen que se forma, está en relación con la extensión del desprendimiento, de la cual van a depender las manifestaciones clínicas y nos va a permitir clasificar a esta patología en grados:

Grado 0: En este desprendimiento muchas veces es asintomática, según la clasificación de Page, aquí el desprendimiento es menor a 1/6 de superficie placentaria, y el diagnóstico es retrospectivo, cuando se hace un examen de la placenta en el momento del alumbramiento donde se observa un acúmulo de un coágulo sanguíneo oscuro.

Grado I: Aquí el sangrado es leve que corresponde al desprendimiento de la placenta en un diámetro menor al 30 % de la superficie placentaria, muchas veces

la paciente presentan escasa sintomatología, hemorragia vaginal mínima de color oscuro y pequeños coágulos, dolor abdominal leve, levemente hipertónico, feto vivo y estado general conservado de madre, la mortalidad perinatal no está comprometida.

Grado II: la hemorragia es de tipo moderado, que corresponde al desprendimiento del 30 - 50 % de la superficie placentaria, la paciente se queja de un dolor agudo en el abdomen como primer síntoma, a nivel del útero la hemorragia externa es escasa, de color oscuro o la hemorragia interna en donde aumenta el tamaño del útero por la presencia del hematoma. Estas últimas son de peor pronóstico porque llevan a un diagnóstico tardío y están asociadas a las formas graves. La hemorragia también puede ser mixta es decir interna y externa. El útero se presenta hipertónico, de consistencia leñosa y esto no permite palpar las partes fetales. Como resultado de la hipertonía y el desprendimiento ocurre la abolición de una zona importante de la circulación placentaria y el feto muere en el 20 al 30 % de los casos y en el 90 % de los casos presenta sufrimiento fetal agudo, La mortalidad perinatal esta incrementada.

Grado III: el cuadro es muy grave, el desprendimiento es total, de un inicio brusco, presenta hemorragia externa abundante aunque esta puede faltar, dolor abdominal intenso, estado general comprometido: shock hipovolémico, anemia aguda, con el aspecto típico de una paciente intoxicada, útero de consistencia leñoso, el feto muere en el 100 % de los casos.

EXAMENES AUXILIARES (38).

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Perfil de Coagulación
- Glucosa, Urea y Creatinina Séricas
- Perfil Hepático
- Pruebas Cruzadas
- Examen Completo de Orina

Imágenes:

- Ecografía Obstétrica.
- Ecografía Transvaginal, para determinar si es placenta previa.
- No descarta sospecha clínica de DPP, sino para determinar el bienestar fetal.

TRATAMIENTO (13).

Dependerá de la edad gestacional del embarazo, la presentación fetal y el grado de compromiso materno fetal. Las complicaciones más importantes del desprendimiento prematuro de placenta son: el shock, insuficiencia renal aguda, coagulopatía y muerte fetal. El desprendimiento prematuro de placenta es la causa más común de un cuadro de CID en el embarazo.

Cuando se produce un DPP grave con muerte fetal, independientemente de la edad gestacional, estado hemodinámico de la madre y la ausencia de contraindicaciones para un parto vaginal, se recomienda un parto vaginal, ya que de manera habitual el útero continúa con las contracciones lo que hace que el parto progrese, no olvidarse que hay un riesgo significativo de producirse una coagulopatía y shock hipovolémico, por lo que la gestante estará con vía segura catéter endovenoso N°18, debemos de realizar la cuantificación meticulosa la cantidad del sangrado, trabajar coordinadamente con la unidad de laboratorio, tener las pruebas de coagulación, biometría hemática, contar con disponibilidad de concentrados eritrocitarios de ser posible. (13)

Si el trabajo de parto no progresa y se presenta una desproporción cefálo pélvica, distocia de presentación fetal, o antecedentes de cesárea previa, se deberá terminar el embarazo vía cesárea, con la finalidad de poder evitar coagulopatía.

La evaluación a la puérpera debe de realizarse un monitoreo estricto de signos vitales, cuantificar la pérdida de sangre y el gasto urinario, ser vigilante de la evaluación abdominal consistencia del útero, su tono, tamaño.

Cuando el desprendimiento de placenta es parcial con una edad gestacional entre las 22 a 34 semanas y existe una estabilidad hemodinámica tanto de la madre como del feto, se recomienda que el manejo sea conservador, deberá de iniciarse con el esquema de maduración pulmonar, con un monitoreo estricto por el alto riesgo de mortalidad fetal. (13)

Cuando se realiza una cardiotocografía y nos muestra un resultado de patrón normal, no asegura el bienestar fetal. El manejo conservador consiste en realizar

un reposo absoluto, observación minuciosa del sangrado, control de fluidoterapia, control ecográfico y un monitoreo electrónico fetal periódico, el control de bioquímica y hemograma debe realizarse cada 12 a 24 horas, si la edad gestacional es menor de 34 semanas administrar corticoides para realizar maduración pulmonar, para culminar el parto debemos tener en cuenta las siguientes condiciones:

- La gestante se encuentra en buen estado hemodinámico.
- Cardiotocografía fetal no patológica.
- Ausencia de hemorragia excesiva
- Ausencia de hipertoniá uterina.
- Factores de coagulación normales.
- Óbito fetal.

De producirse el trabajo de parto no debe ser mayor a 6 horas, se puede utilizar oxitocina a dosis bajas, posparto se debe utilizar la oxitocina para prevenir la atonía uterina, el uso del Ergotrate es muy importante solo debe tener precaución en pacientes hipertensos. La mejor vía de culminar el embarazo es por cesárea. (40)

MANEJO:

DPP GRADO 1 (LEVE).

Medidas generales.

- Canalizar vía endovenosa con catéter N° 18 e iniciar infusión de
- Solución Salina 0.9%.

- Monitoreo permanente de Signos vitales.
- Reposo Absoluto.
- Hospitalización con Exámenes auxiliares completos y Plan de trabajo establecido.
- Interconsulta con Unidad de Cuidados Intensivos Materno en casos de estabilidad hemodinámica

DPP GRADO 2 a 3 (MODERADO a SEVERO). (38)

Manejo obstétrico:

- Cuando el feto está vivo, realizar una cesárea de emergencia.
- Con el feto está muerto y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y en trabajo de Parto con dilatación igual o mayor a 8 cm. se someterá a Parto vaginal.
- Durante la evolución del parto vaginal si se presenta algún signo de descompensación hemodinámica o el Expulsivo no se diera dentro de las 2 horas, se realizara una Cesárea.
- Si hay Óbito Fetal y la madre se encuentra hemodinámicamente inestable, se realizara una cesárea.
- Una vez expulsada la placenta se procederá al manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina.

- Una vez que termine el embarazo y presente inestabilidad hemodinámica o trastornos marcados de los exámenes de laboratorio, será referido a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos.
- Si la Paciente presenta una inestabilidad hemodinámica y el útero infiltrado encuentra en más del 50% y con atonía uterina, se procederá a realizar una histerectomía independiente de la edad y paridad del paciente.

MANEJO HEMODINÁMICO. (38).

Se define a una paciente hemodinámicamente inestable a una paciente que presenta los siguientes signos:

- Taquicardia materna mayor de 100 por minuto.
- Taquipnea mayor de 20 por minuto.
- Diuresis menor de 0.5cc/Kg./hora.
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg.
- La paciente tiene mucha sed.
- Se evidencien extremidades frías y/o pulso débil.

CRITERIOS DE ALTA (38).

Para que una paciente salga de alta deberá de cumplir con algunos criterios médicos:

- Tener una estabilidad hemodinámica.
- No haber presentado ninguna complicación severa.

CAPITULO II

2.1. CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia, debido a que se pierde la vida de mujeres en edad reproductiva, anudado a esto la responsabilidad de que muchas de ellas están al cuidado de sus hijos, de producirse la muerte materna se vuelve un problema social, con hogares desorganizados.

Según la ONU, dicen que la mortalidad materna es “la madre de todos los desafíos en salud” dijo que uno de los indicadores que vinculan con mayor certeza la seguridad, la prosperidad y el progreso de las naciones es la salud de las mujeres.

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el 2010 a 411 en el 2014, según la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, nos muestra un descenso del 10%. El estado peruano realiza esfuerzo técnico y presupuestal para mejorar la atención de la madre y el recién nacido con una mejor oferta de servicios, en los diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO DEL CASO CLÍNICO

- Determinar el curso clínico de una patología y su desenlace a través a un trabajo académico
- Identificar los factores de riesgo y el manejo del desprendimiento prematuro de placenta como causa de hemorragia oculta en un Hospital de nivel III. Lima 2017.

CASO CLÍNICO – DESARROLLO

Título:

“HEMORRAGIA OCULTA POR DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL. LIMA- 2017”

ANAMNESIS:

Fecha: 19 de abril de 2017

Hora: 16:10 horas

Origen de servicio: Emergencia

Datos de filiación

Edad: 20 años

Raza: mestiza.

Ocupación: ama de casa

Grado de instrucción: Quinto de secundaria.

Estado civil: casada

Antecedentes personales:

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes de intervención quirúrgica: legrado uterino- 2014

Antecedentes de transfusión sanguínea: ninguna

Reacción alérgica a medicamentos: niega

Antecedentes Gineco obstétricas:

Menarquia : 11 años

Régimen catamenial: 5/30 días

Inicio de relaciones sexuales 14 años

Número de parejas sexuales: 01

Uso de método de planificación familiar: ninguno

Fecha última de menstruación: dudas

Edad gestacional: 41 semanas x ecografía de I trimestre

Formula obstétrica: G2 P0010

Control prenatal: 01 veces en centro de salud

Antecedentes Familiares:

Fisiológicos: su madre vive, tuvo partos vaginales atendidos en la maternidad de Lima.

Patológicas: niega.

Embarazo Actual: 01 control prenatal en centro de salud

MOTIVO DE CONSULTA:

Gestante ingresa por emergencia, refiere contracciones uterinas frecuentes desde las 8 horas aproximadamente, refiere disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

EXPLORACION FISICA

Examen Clínico y Físico: Aparentemente Regular estado general (AREG)

Control de Funciones Vitales:

Presión Arterial: 100/70mmHg. Frecuencia Cardíaca: 80/min Respiración:
20/min Temperatura 36.5°C Sat.O2: 98%.

Facies y Mucosas: Pálida, ligeramente hidratada.

Mamas: blandas voluminosas, con presencia de secreción calostro

Abdomen: Altura Uterina: 35 cm Situación Posición y presentación: Longitudinal
Cefálico Izquierdo FCF: 138 latidos por minuto, Movimientos Fetales: presentes,
Dinámica uterina: 1-2/10min.

Genitales: no se evidencia sangrado vaginal, tacto vaginal: Dilatación: 3 cm.
Borramiento 90%, Altura de presentación -3, Variedad de presentación: no se
determina, membranas íntegras, pelvis Ginecoide

DIAGNÓSTICO

1. Segundigesta nulípara de 41 semanas por ecografía I trimestre
2. Trabajo de parto fase latente
3. Feto grande.
4. Embarazo en vías de prolongación.

PLAN DE TRABAJO

Se solicita exámenes de laboratorio. Hemograma, Grupo y Factor RH, Prueba de RPP y HIV.

TRATAMIENTO:

1. Cloruro de Sodio 9%o 1000 ml I frasco.
2. Control de dinámica uterina
3. Control de funciones vitales.
4. Se hospitaliza
5. Pasar a centro obstétrico con dilatación mayor a 4 cm, para acentuación el trabajo de parto

RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO:

- Hemoglobina: 11.2 gr%.
- Plaquetas: 217,000pmc.
- Tiempo de protrombina: 11,7 segundos.
- Tiempo de Protrombina Total: 27,8 segundos.
- Fibrinógeno: 417mg/dl.
- Grupo y Factor: RH O +
- Test rápido de HIV: No reactivo.
- PRS: Negativo.

Destino de la paciente: pasó a hospitalización.

EVALUACION EN SERVICIO DE HOSPITALIZACION

Fecha: 19 de Abril de 2017

Hora: 17:50

Gestante ingresa a hospitalización y es recibida por obstetra de turno, quien evalúa y reporta de la siguiente manera:

17:50 horas Gestante ingresa procedente del servicio de emergencia, con contracciones uterinas frecuentes, con vía permeable

Al examen clínico: Aparentemente Regular Estado Nutricional (AREN), Aparentemente Regular Estado General (AREG) y Lucido orientado en Tiempo, Espacio y Persona (LOTEP).

Funciones vitales: Presión arterial.: 110 /70 mmHg., Frecuencia cardiaca: 80 x minutos, Temperatura: 37°C.

Facies y mucosas: ligeramente pálidas e hidratadas.

Mamas: blandas voluminosas y secretoras.

Abdomen: Altura uterina: 36 cm feto: longitudinal Cefálico Izquierdo, dinámica uterina 2/10minutos/30", latidos cardiacos fetales: 146 x minuto.

Genitales: tacto vaginal: Dilatación: 2 cm Incorporación: 80% altura de presentación: -3, membranas ovulares: Integras, no se observa pérdida de líquido amniótico, no sangrado.

Impresión diagnostica: Segundigesta nulípara de 41 semanas por ecografía de I° trimestre, inicio de trabajo de parto.

18:30 horas La gestante se encuentra en control obstétrico permanente, con indicación de parto vaginal.

Latidos Cardiacos Fetales. 138 X minuto. Dinámica uterina 2/10min./30", no sangrado vaginal, no perdida de líquido amniótico

19:00 horas Se evalúa y se encuentra los Latidos cardiacos fetales: 142 x minuto; dinámica uterina: 2/10min. /30", no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

19:30 horas Cambio de personal obstetra, la gestante se encuentra con control y observación, latidos cardiacos fetales y dinámica uterina.

20:00 horas Es evaluado por el equipo de guardia del hospital, el obstetra de turno reporta sobre el caso a los médicos, asistentes y residente 3er año, quienes evalúan a la gestante y reportan de la siguiente manera: paciente refiere movimientos fetales adecuados, contracciones uterinas intensas, al examen físico: AREN y LOTEPE

Abdomen: altura uterina 35 cm, Latidos cardiacos fetales: 150 x minuto, dinámica uterina: 2/10minuto. 20-30", tono uterino normal.

Genitales: tacto vaginal: Dilatación: 2 cm. Borramiento: 80% Altura de presentación: -3/-2, membranas integras, pelvis Ginecoide.

Diagnóstico:

1. Segundigesta Nulípara de 41 semanas por ecografía de I trimestre
2. Trabajo de parto fase latente.

Plan de trabajo:

1. Evolución de trabajo de trabajo de parto
2. Dieta blanda.
3. Control de latidos cardiacos permanente, control de dinámica uterina

4. Pasar a sala de parto con dilatación mayor o igual a 4cm.

21:00 horas Continua con la evaluación por parte del personal de obstetricia.

Latidos cardiacos fetales: 148 x minuto. Dinámica uterina: 2/10minuto. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, perdida de líquido amniótico: negativo.

22:00 horas Latidos cardiacos fetales: 154 x minuto. Dinámica uterina: 2/10minuto.

++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, perdida de líquido amniótico: negativo.

23:00 horas Latidos cardiacos fetales: 143 x minuto. Dinámica uterina: 2/10minuto.

++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, perdida de líquido amniótico: negativo.

Fecha: 20 de abril de 2017

00:00 horas Latidos Cardiacos Fetales: 148 x min. Dinámica uterina: 2/10 minutos.

++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, perdida de líquido amniótico: negativo.

01:00 horas Latidos Cardiacos Fetales: 144 x minuto, dinámica uterina:

2/10minutos. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, perdida de líquido amniótico: negativo.

02:00 horas Gestante se encuentra en lateral izquierdo al examen presenta: Latidos

Cardiacos Fetales: 148 x minuto, dinámica uterina 2/10minutos.

++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

03:00 horas Latidos Cardiacos Fetales: LCF: 142 x minuto, dinámica uterina: 2/10minutos. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

04:00 horas Latidos cardiacos fetales: 138 x minuto, dinámica uterina: 2/10minutos. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

05:00 horas Latidos cardiacos fetales: 144 x minuto, dinámica uterina: 2/10minuto. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

06:00 horas Latidos cardiacos fetales: 143 x minuto, dinámica uterina: 2/10minuto. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

07:00 horas Latidos cardiacos fetales: 148 x minuto, dinámica uterina: 2/10minuto. ++35". Pérdida de sangrado vaginal: negativo, pérdida de líquido amniótico: negativo.

Tacto vaginal: Dilatación: 2cm, Borramiento 80%, altura de presentación: -3

FECHA: 20 DE ABRIL DE 2017

08:00 horas Es evaluado por el equipo de la visita médica, narra de la siguiente manera. Gestante se encuentra en trabajo de parto, quejumbrosa por las contracciones uterinas, recién hoy hace entrega de un resultado de ecografía, del día 18 de abril de origen particular lo más resaltante de la ecografía es que tiene un ponderado fetal de 3850 gr, circular triple de cordón.

Funciones vitales: Presión arterial: 100/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 76 x min. Temperatura: 36.8°C, Respiración: 19 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 35cm. Latidos cardíacos fetales: 140x minuto, Dinámica Uterina: 1-2/10min./30" feto: longitudinal cefálico izquierdo

Genitales: tacto vaginal: dilatación: 3 cm, Incorporación: 80 %

Altura de presentación -3, Variedad no se palpa.

Diagnóstico:

1. Segundigesta Nulípara de 41 semanas por ecografía.
2. Trabajo de parto fase latente.
3. Embarazo en vías de prolongarse

Plan de trabajo:

1. Monitoreo fetal electrónico por 30 minutos, reevaluar con resultado para manejo activo del trabajo de parto.

2. Paciente es monitoreada por profesional obstetra durante la mañana. Los latidos cardiacos estables

11:00 horas Gestante pasa a centro obstétrico para Monitoreo electrónico Fetal por 30 minutos.

11:10 horas Gestante ingresa a centro Obstétrico para Monitoreo fetal por 30 minutos teniendo como resultado, línea de base: 154 latidos por minuto, aceleraciones esporádicas, variabilidad: disminuido, ausencia de desaceleraciones, movimientos fetales disminuidos puntaje 7 según Fisher.

12:00 horas Gestante retorna a hospitalización, para ser reevaluado por médico de servicio.

14:45 horas Gestante es evaluada por equipo de guardia, dejan escrito lo siguiente:

Se reevalúa paciente se encuentra en trabajo de parto fase latente, refiere contracciones uterinas permanentes.

Facies y mucosa: ligeramente pálida e hidratada.

Mamas: blandas voluminosas con secreción calostro en poca cantidad.

Abdomen: dinámica uterina; 2/10 minutos/+ +/30” Latidos cardiacos fetales: 150 x minuto.

Genital: Tacto vaginal: Dilatación: 2 cm, Borramiento: 70 % Altura de presentación: -2, variedad: Occípito Iliaca Derecha Posterior

Diagnóstico:

1. Segundigesta Nulípara de 41 semanas por Ecografía de Ier trimestre.
2. Trabajo de parto disfuncional.
3. Embarazo termino tardío

Plan de trabajo:

1. Pasar a centro obstétrico, para manejo activo, parto vaginal monitorizado.

15:32 horas. Gestante ingresa procedente de hospitalización, para manejo activo de trabajo de parto.es evaluado en dicho servicio por los profesionales tanto obstetra como ginecólogo, se reporta de la siguiente manera:

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 82 x minuto, Temperatura: 37.1°C, respiración: 20 x minuto.

Facies y mucosa: ligeramente pálida e hidratadas.

Mamas: blandas con escasa secreción calostrál.

Abdomen: latidos cardiacos fetales: 158 a 160 x minuto; altura uterina: 36 cm; feto, longitudinal cefálico derecho anterior, dinámica uterina 1 /10 minutos ++ 25”.

Genital: dilatación: 3 cm, Borramiento: 80%, altura de presentación:

-3, membranas ovulares: integras.

Plan de trabajo:

1. Atención de parto vaginal monitorizado
2. Monitoreo por 30 minutos
3. Manejo activo de trabajo de parto.

Resultado del monitoreo fetal de 30 minutos, no patológico patrón I

Línea de base: 156 lpm, Aceleraciones: presentes: variabilidad mínima, ausencia de desaceleraciones, movimientos fetales disminuidos, dinámica uterina: 1 /10minutos ++ 30”.

Según estos resultados se someten a un trabajo de parto activo según indicación medica

Tratamiento en centro obstétrico:

- 1) Cloruro de Sodio al 9%o 1000 ml + 10 UI oxitocina, a 8 gotas regulable, según las contracciones.
- 2) Hioscina 20 mg endovenoso stat.
- 3) Analgesia de trabajo de parto.
- 4) Control de dinámica uterina, latidos cardiacos fetales.
- 5) Reevaluación en 3 horas.

16:00 horas Se administra Hioscina 20 mg endovenoso lento y diluido

16:02 horas Se inicia con manejo activo de trabajo de parto, se diluye oxitocina 10UI en cloruro de sodio al 9%o 1000ml, con bomba de infusión

se inicia a razón de 2 mu, equivalente a 4 gotas cada 10 minutos, hasta conseguir 3 contracciones en 10 minutos.

16:10 horas Se administra Cloruro de Sodio al 9%o 500ml a chorro, gestante se encuentra en de cubito lateral.

16:15 horas Médico anesthesiólogo inicia con la analgesia epidural, mientras administra el analgésico, los latidos cardiacos fetales 156 x minuto.

16:45 horas Anesthesiólogo culmina con procedimiento de analgesia.

16:50 horas Se reinicia con el trazado del Monitoreo Electrónico Fetal, registra latidos cardiacos fetales 176 x minuto, dinámica uterina irregular, útero hipertónico, se suspende infusión de oxitocina, luego se comunica a médico de guardia.

17:00 horas Equipo de guardia se hace presente, evalúa a la gestante reporta de la siguiente manera:

Abdomen: Dinámica uterina; taquisistolia 5-6 /10 minutos, Latidos cardiacos fetales: 172-176 x minutos, tono uterino aumentado +++/+++, se observa ligeras desaceleraciones fetales, con una variabilidad disminuida

Genital: dilatación: 3 cm, Borramiento: 90 % altura de presentación:

-3

Medico de turno realiza Ruptura Artificial de membranas (RAM), se observa líquido amniótico meconial, inmediatamente, se pone de lateral izquierdo y se suspende la infusión de oxitocina, para luego

cambiar de frasco a Cloruro de Sodio a razón de 60 gotas por minuto.

Diagnóstico:

1. Sufrimiento fetal agudo
2. Descartar desprendimiento prematuro de placenta.

Plan de trabajo:

1. Preparar para sala de operaciones inmediatamente

17:15 horas Resultado del monitoreo fetal electrónico intraparto post analgesia y (RAM), se observa; línea de base inestable, variabilidad mínima, ausencia de aceleraciones, presencia de desaceleraciones variable, movimientos fetales disminuidos, útero hipertónico.

17:30 horas Gestante es trasladado a sala de operaciones, con latidos cardiacos fetales de 158 x minuto sube a sala de operaciones.

17:35 horas Gestante llega a sala de operaciones en camilla, en posición de lateral izquierdo, con vía permeable de Cloruro de sodio al 9‰ a razón de 60 gotas x minuto, latidos cardiacos fetales 170 a 172 x minuto.

INFORME QUIRÚGICO:

Hora de ingreso 17: 38 horas a la sala de operaciones.

Fecha y hora de Inicio: 20/abril de 20 17:50 horas

Diagnóstico preoperatorio:

- 1) G2 de 41 semanas
- 2) Trabajo de parto disfuncional
- 3) Embarazo en vías de programación.
- 4) Sufrimiento fetal agudo.
- 5) Desprendimiento prematuro de placenta

Diagnóstico post operatorio:

- 1) G2 de 41 semanas
- 2) Trabajo de parto disfuncional
- 3) Embarazo en vías de programación.
- 4) Sufrimiento fetal agudo.
- 5) Desprendimiento prematuro de placenta

Hallazgos:

Placenta: Patológico; **tipo de inserción:** Desprendimiento Prematuro de Placenta en 80%; **ubicación Placenta:** sin datos; **Líquido amniótico:** meconial espeso; **cantidad de líquido amniótico,** disminuido; **Olor Líquido amniótico:** no mal Olor, luego de la extracción de la placenta se produce atonía uterina, sangrado 1500cc **Recién Nacido:** VIVO, **Sexo:** Masculino, **Peso:** 4465gr. **Talla:** 54 cm **APGAR:** 1 al minuto; 3 a los 5 minutos y 5 a los 10 min.

Tratamiento inmediato:

1. Nada por vía oral.
2. Cloruro de Sodio 9%o 1000ml + oxitocina 30 UI a 30 gotas por minutos
I-II frascos
3. Ceftriaxona 2 gr intra venosa c/24 horas.
4. Metamizol 1.5gr intra venosa c/8 horas.
5. Misoprostol 600 microgramo. Sub lingual Intra SOP.
6. Ergotrate 0.2mg. intra muscular STAT Intra SOP.
7. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal permanente.
8. Control de hemoglobina
9. Reevaluación con resultados.

EVALUACIÓN MÉDICA EN SERVICIO

Fecha 20 de abril de 2017 hora: 23:00 horas

Ingresa paciente en camilla, procedente de sala de recuperación

Actualmente paciente se encuentra despierta, colaboradora, al interrogatorio refiere dolor moderado a nivel de herida operatoria e hipogastrio.

Al examen: Presión arterial: 110/60 mmHg, Pulso: 108/minuto. Temperatura: 37.0°C Respiración: 20/minuto.

Facies y mucosa: ligeramente pálida e hidratada.

Mamas: blandas voluminosas con secreción calostro en poca cantidad

Abdomen: globuloso blando depresible, dolor moderado a la palpación, altura uterina 15 cm. herida operatoria cubierta con apósito limpio y seco

Genitales: Sonda Foley permeable con orina clara, loquios hemáticos escasos sin mal olor.

Diagnóstico:

- 1) Post cesareada inmediata
- 2) Hemorragia posparto por DPP + atonía uterina.

Indicación:

1. Nada por vía oral.
2. Cloruro de Sodio 9‰ 1000cc + oxitocina 30 UI XXX gotas por minutos
I-II
3. Ceftriaxona 2 gr E.V. c/24 horas.
4. Metamizol 1.5gr E.V. c/8 horas.
5. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal permanente.

PRIMER DIA

Fecha 21 de abril de 2017 hora: 08:20 horas

Puérpera se encuentra despierta, de evolución favorable, refiere dolor moderado a nivel de herida operatoria.

Al examen: Presión arterial: 115/60 mmHg, Pulso: 90 x minuto. Temperatura: 37.3°C Respiración: 22 x minuto.

Facies y mucosa: ligeramente pálida e hidratada.

Mamas: blandas voluminosas con secreción calostro en poca cantidad

Abdomen: globuloso blando depresible, dolor moderado a la palpación, altura uterina 16 cm. herida operatoria cubierta con apósito limpio y seco.

Genital: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Post operada de 1 día.
2. Hemorragia post parto por DPP+ atonía uterina.

Indicación:

1. Dieta blanda.
2. ClNa 9‰ 1000cc + oxitocina 20 UI XXX gotas por minutos I-II
3. Ceftriaxona 2 gr E.V. c/24 horas.
4. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal permanente, se solicita control de hemoglobina.

Resultados de laboratorio:

- Hemoglobina 7.7g %
- Hematocrito: 24 %
- Leucocitos: 11,680 pmc.
- Abastados: 00 %
- Segmentados: 78 %

SEGUNDO DIA

Fecha 22 de abril 2017

hora: 08:40 horas

Puérpera refiere dolor en la zona de la herida operatoria y en ambos flancos, con resultado de hemoglobina de 9.2 gr%

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE, ventila espontáneamente.

PA: 110/50mmhg. P: 80 /min. T 36.8°C R: 20/min.

Piel y mucosa: palidez marcada, llenado capilar mayor de 2”.

Mamas: blandas con secreción calostrál en regular cantidad.

Abdomen: Blando depresible, doloroso en todos los cuadrantes, a la palpación superficial útero contraído, altura uterina 15 cm. herida operatoria con bordes bien afrontados.

Genitales: loquios escasos sin mal olor,

Diagnóstico:

1. Post Cesareada en su 2do día.
2. Hemorragia post parto por DPP+ atonía Uterina.
3. Anemia moderada

Indicación:

1. Dieta Completa.
2. Vía salinizada.
3. Ceftriaxona 2 gr E.V. c/24 horas.
4. Hierro sacarato 100mg c/ 24 horas diluir en 100cc de Cloruro de sodio al 9%o. pasar en 1 hora.
5. Hidroxicobalamina 1 mg intramuscular c/ 24 horas
6. Paracetamol 500 mg V.O c/8 horas.
7. Masaje uterino externo.
8. Curación de herida operatoria.
9. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.

TERCER DIA

Fecha: 23 de Abril de 2017

hora 9:40 horas.

Puérpera refiere ligero dolor en la zona de la herida operatoria de evolución favorable.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP, ventila espontáneamente. PA: 110/60mmhg.

P: 88 /min. T 36.6°C R: 19/min.

Piel y mucosa: palidez marcada, llenado capilar mayor de 2”.

Mamas: blandas con secreción calostrál en regular cantidad.

Abdomen: Blando depresible, doloroso en todos los cuadrantes, a la palpación superficial útero contraído AU 14 cm.

Genitales: loquios escasos sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Post Cesareada de 3er. día.
2. Hemorragia post parto por DPP+ atonía uterina
3. Anemia moderada

Indicación:

1. Dieta Completa.
2. Vía salinizada.
3. Ceftriaxona 2 gr E.V. c/24 horas.
4. Hierro sacarato 100mg c/ 24 horas.
5. Hidroxicobalamina 1 mg intramuscular c/ 24 horas
6. Masaje uterino externo.
7. Curación de herida operatoria.
8. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.

CUARTO DIA

Fecha: 24 de Abril de 2017 hora 8:50 horas.

Puérpera mediata de parto distócico refiere que el dolor ha disminuido a nivel de la herida operatoria, presenta evolución favorable.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP. PA: 110/50mmhg. P: 80 /min. T 36.8°C R: 18/min.

Piel y mucosa: pálida e hidratada

Mamas: blandas con secreción calostrál en regular cantidad.

Abdomen: Blando depresible, doloroso en todos los cuadrantes, a la palpación superficial útero contraído, Altura Uterino: 14 cm. herida operatoria con bordes bien afrontados

Genitales: loquios escasos sin mal olor, suturas bien afrontadas.

Diagnóstico:

1. Post Cesareada de 4to día.
2. Hemorragia post parto por DPP+ atonía Uterina
3. Anemia moderada.

Indicación:

1. Dieta Completa.
2. Cefuroxima 500mg. V.O c/12 horas.
3. Hierro sacarato 100mg endovenosa en 100cc de cloruro de sodio al 9%o c/ 24 horas
4. Hidroxicobalamina 1 mg intramuscular c/ 24 horas

5. Paracetamol 500mg vía oral c/8 horas.
6. Curación de herida operatoria.
7. Alta con indicación médica.

EPICRISIS

- Edad: 20 años.
- Fecha y hora de ingreso: 19 de abril de 2017 a las 16.10 horas.
- Fecha y hora de egreso: 24 de abril de 2017 a las 8:50 horas.
- Resumen de enfermedad actual: Paciente gestante ingreso por emergencia con embarazo de 41 semanas en vías de prolongarse, para una atención de parto, se quien fue sometido a trabajo de parto, presento distocia de trabajo de parto, fase latente prolongado, presento taquisistolia y sufrimiento fetal es trasladado a sala de operaciones y se encuentran con un desprendimiento prematuro de placenta de 80 % y atonía uterina, ingreso con una hemoglobina 11.2.3gr% post parto termina con un a hemoglobina de 7.7 gr%.
- Tratamiento y procedimientos: recibió antibióticos, suplemento de hierro y cesárea.
- Evolución: Favorable, ninguna complicaciones.
- Diagnóstico de egreso: Hemorragia posparto por desprendimiento prematuro de placenta + Atonía uterina + Pos operada de 4to. día.
- Condiciones del alta: Mejorada
- Cita : 7 días por consultorio externo

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES

- 1) En este caso de desprendimiento prematuro de placenta, se evidencia hipertoniá uterina, desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, no se observó hemorragia, el sangrado fue oculto.
- 2) Dentro de los factores de riesgo podemos mencionar: control pre natal insuficiente, trabajo de parto, fase latente prolongada, macrosomía fetal y un embarazo en vías de prolongación.
- 3) Un trabajo de parto con fase latente prolongada por más de 24 horas y la macrosomía fetal, generan un agotamiento materno y uterino, lo que se refleja en la poca contractibilidad que tiene el útero, desencadenándose en una atonía uterina.

3.2. RECOMENDACIONES

- 1) Cumplir con el control prenatal reenfocado, buscando identificar factores de riesgo y poder prevenir las posibles complicaciones que pueden presentar.
- 2) Toda gestante que será sometido a un trabajo de parto debe de contar con todas los exámenes auxiliares completos, examen de laboratorio.
- 3) Capacitar permanente a los profesionales de la salud en temas de emergencias obstétricas y reanimación neonatal.
- 4) Tener mayor cuidado en la evaluación a la gestante de 41 semanas en vías de prolongación, el parto debe de ser monitorizado con monitor electrónico materno fetal, permanente y contar con un examen de ecografía doppler actualizada.
- 5) Capacitación permanente a los profesionales en el manejo de hemorragias durante el parto y puerperio.
- 6) Capacitación permanente en monitoreo fetal electrónico a todo el personal, Médicos y Obstetras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García, N. estudio comparativo de resultados cardiotocográficos en embarazo a término y prolongado. Trujillo.2007
2. Elizalde. V, Calderón A, García A, y Díaz M. abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México. Revista medicina e investigación.2015; 3(2):109-115.
3. Calderón, A. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. morbi-mortalidad y resultados perinatales en el Instituto Materno Infantil. México.2014
4. Ceron,M. Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias materno perinatales. Universidad de san Carlos de Guatemala.2014:1-44
5. Yopez, M., Raquel, P. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas. Hospital Enrique C Sotomayor. Guayaquil.2013
6. Mendoza, M. Morbilidad y mortalidad en hemorragia Obstétrica en el Hospital de ginecología y obstetricia, Instituto Materno Infantil. México.2013
7. Guerrero, E., Oña, J., Cardoza, K., Meza, J., Rotnel, M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital II-2. Sullana. Piura.2014
8. Acho, C., Salvador, J., Díaz, J., Herrera, J., Paredes, J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital Cayetano Heredia. Revista Gineco-Obstetricia.2011:57:243-247.
9. Torres, E. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2007

10. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia “Manejo de la Hemorragia Postparto. Guatemala. 2013:112
11. Wise, A., Clark, V. Desafíos de la hemorragia obstétrica mayor. *Mejor Pract Res Clin Obstet Ginacol.* 2010: 24, 353-365.
12. Canchila, C., Laguna, H., Paternina, A., Arango, A., De la Barrera, A., Prevención de la hemorragia postparto. Colombia.2009
13. Mayer, D., Smith, K. Principios y práctica de la anestesia obstétrica. 4ª ed. Missouri, Elsevier Mosby. 2009: 825-380.
14. Cunningham G., Gant, F., Leveno, K., Gilstrap, L., Hauth, J., Wenstrom, K. Hemorragia obstétrica. En: *Williams Obstetricia.* 23 ed. New York: McGraw-Hill. 2010
15. Sosa, C, Alathabe, F., Belizan, J., et al. (2009). Factores de riesgo para la hemorragia postparto En partos vaginales en una población latinoamericana. *Obstetricia y Ginecología.* 113: 1313.
16. Alexander, J., Sarode, R., McIntire, D., et al (2009). El uso de sangre entera en la gestión de hipovolemia por hemorragia obstétrica. *Obstetricia y Ginecología.* 2009:113: 1320.
17. Berg, J., MacKay, A., Qin, C., et al. Visión general de la madre Morbilidad durante las hospitalizaciones por trabajo de parto y parto en los Estados Unidos. 2001-2005. *Obstetricia Ginecología.*2009: 113: 1075.
18. Calle, A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Postparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.*2008; 54(233- 243).

19. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencia obstétrica según nivel de capacidad reproductiva. Estrategias Sanitarias de salud sexual y reproductiva. Lima: MINSA. 2007
20. Oyelese, Y., Scorza, W. Hemorragia postparto. Clínica de Obstetricia y Ginecología.2007; 421-441.
21. Mirza,F.,Gaddipaty, S. Emergencias obstétricas. Seminario Perinatología.2009; 33: 97-103.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG boletín de práctica: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol.2009
23. James, A., y otros Enfermedad de Von Willebrand y otros trastornos de la coagulación en las mujeres: consenso sobre el diagnóstico. Am J Obstet Gynecol.2009; 201.
24. Karlsson, H., Pérez Sanz, C. Hemorragia posparto An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167.
25. Mayer Nápoles, C. Consideraciones practicas sobre la hemorragia en el Periparto .Cuba.2012
26. Vélez, G., Agudelo, B, Gómez, J., Zuleta, J. Código rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2009.
27. Karalpillai, D., Popham, P., factor VIIa recombinante en la hemorragia postparto masiva. 2007; 16: 29-34.
28. Hofmeyr, G., Monhala, B., shock hipovolémico. Revista Clínica Obstetricia Ginecología.2007; 15: 645 - 662.

29. Fuller A., Bucklin, B. Terapia con componentes sanguíneos en obstetricia. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2007; 34: 443 - 458.
30. Adukauskienė, D.y otros. El uso de componentes sanguíneos en obstetricia. *medicina (Kaunas).*2010; 46: 561 – 567
31. Fenger, E., y otros Terapia de sustitución del concentrado de fibrinógeno en pacientes con hemorragia masiva y concentraciones bajas de fibrinógeno en plasma. *BJA.* 2008; 101: 767 - 773.
32. Svanström, M.,y ,otros Signos de isquemia miocárdica después de la inyección de oxitocina: una comparación aleatoria y doble ciego de oxitocina y metil ergometrina durante la cesárea. *Br J Anaesth.*2008: 100: 683 - 689.
33. Rath, W. Prevención de la hemorragia posparto con el análogo de ocitocina carbetocina. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009
34. Peters, N., Duvekot,J. Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto. Una revisión sistemática. *Obstet Gynecol.* 2009 64: 129 - 135.
35. Shah, M., Wright, J. Intervención quirúrgica en el manejo de la hemorragia postparto. *Seminario Perinatal.*2009; 33: 109-114.
36. O'Leary, J. Ligadura de la arteria uterina en el control de la hemorragia postcesaria. *J Reprod Med.*2009; 40: 189.
37. Doumouchtsis, S., Papageorghiou, A., Arulkumaran, S. Revisión sistemática de la gestión conservadora de la hemorragia posparto: qué hacer cuando el tratamiento médico fracasa. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62: 540 - 547.
38. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Materno Perinatal.2010

39. Walfish, M., Neuman, A., Wlody, D. Hemorragia materna. Br J Anaesth. 2009; 103: 47-56.
40. Pellicer, A., Hidalgo J., Perales, A., Diaz, C. Obstetricia y Ginecología. Guía de actuación. Madrid. 2013