



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HEMORRAGIA POSPARTO POR LESIONES DEL CANAL**

**VAGINAL HOSPITAL NIVEL III – LIMA, 2017**

**PRESENTADO POR:**

**BARBOZA CHÁVEZ, AGUEDA**

**Mg .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 estudio de los casos de hemorragias pos parto contribuye a seguir incrementando nuestro conocimiento. Para el presente trabajo nos informamos con antecedentes de casos a nivel nacional e internacional sobre la hemorragia pos parto en relación a traumas y lesiones del canal del parto. Fundamentos teóricos sobre la Hemorragia pos parto, lesiones del canal vaginal, cervical, complicaciones y consecuencias a la salud de la madre. Este caso clínico se refiere a la atención de parto de una paciente con mala historia obstétrica, tiene como antecedente un embarazo ectópico, con salpingectomía además de tres abortos, siendo este su quinto embarazo. Durante el trabajo de parto cursa con bradicardia, termina con parto vaginal y retención placentaria, como consecuencia una hemorragia pos parto, pasa a Sala de Operaciones para resolver el alumbramiento incompleto, sin embargo se hallan desgarros vaginales. Este caso sirve como ejemplo para determinar el aspecto temprano de los factores de riesgo de mayor incidencia en casos de lesiones del canal del parto.

**Palabras claves:** hemorragia puerperal, complicaciones del parto, trauma obstétrico y lesiones del canal vaginal.

## ÍNDICE

Página de jurado	I
Dedicatória	I
Agradecimientos	III
Resumen	IV

## CAPÍTULO I

1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Justificación.....	1
1.3. Marco teórico.....	2
1.3.1. Antecedentes de la investigación.....	2
1.3.2. Bases teóricas.....	12

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. CASO CLÍNICO**

2.1.1. Introducción.....	38
2.1.2. Objetivo.....	38
2.1.3. Título del caso clínico.....	38
2.1.4. Presentación del caso clínico.....	39
2.1.5. Discusión.....	55

## **CAPÍTULO III**

3.1. CONCLUSIONES.....	57
3.2. RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS .....	61

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Entre las causas más resaltantes de mortalidad materna que se presentan en países similares Perú, las complicaciones hemorrágicas e hipertensivas, llegan al 50 % de casos. Y solo por hemorragia que se presenta en el pos parto (HPP) es cerca del 35% del total de las muertes maternas. Diversas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud reportan en aproximadamente 20'000,000 los casos de morbilidad materna por año relacionadas a HPP. <sup>(1)</sup>

En la clasificación de HHP cuando ocurre en puerperio y de forma precoz llega al 50%, específicamente cuando se trata de Traumatismo cérvico-vaginal es de 20 a 30%. es la hemorragia vaginal posterior a laceraciones del cérvix la severidad de estas lesiones varían desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa vaginal hasta un desgarro de cervix con extensión a parametrio. <sup>(1)</sup>

El traumatismo del tracto genital causa alrededor del 7% de la HPP. <sup>(2)</sup> Conocer el manejo adecuado, la disponibilidad de recursos materiales y profesionales permitirán solucionar el problema, y recuperar la salud de la paciente.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN:**

La revisión de este caso clínico tiene importancia en el reforzamiento del manejo de las emergencias obstétricas, que son de alta incidencia, como son las hemorragias pos parto.

La revisión de casos clínicos es una herramienta de enseñanza, discusión y modelo de aprendizaje que permite entrenar a los estudiantes, profesionales en capacitación y profesionales expertos como una forma de refrescamiento y de analizar las fallas que se presentan en el diario laborar.

Es importante recalcar que esta institución es docente de pregrado y posgrado y amerita revisión de casos, como parte de los planes de mejora y el logro de la calidad de atención.

Para los profesionales de obstetricia será un ejercicio de análisis y aprendizaje.

### **1.3 MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

**Landy, H; Laughon, S; Bailit, J ;Kominiarek, M ;González-Quintero, V; Ramírez, M. (2011). Características asociadas con laceraciones perineales graves y laceraciones cervicales durante el parto vaginal. Revista Ginecología y Obstetricia 117 (3): 627-635. (EEUU)**

**OBJETIVO:** Determinar las características de los factores de riesgo para el 3° y 4° grado de laceraciones perineales y cervicales en la práctica obstétrica contemporánea de Estados Unidos. **MÉTODOS.** Se recoge información de las historias médicas electrónicas de 12 instituciones (228,668 nacimientos vaginales de 2002 a 2008). Dicha información contiene: datos del paciente, historial médico de la etapa prenatal, informes del parto y nacimiento. La muestra fueron pacientes de embarazos únicos y parto vaginal, cefálico de mayores de 34 semanas de gestación; 87,267 y 71,170

pacientes fueron atendidas por laceraciones de 3° o 4° grado respectivamente. Se utilizaron regresiones logísticas multivariantes para el ajuste de factores. RESULTADOS. Ocurrieron laceraciones de tercer o cuarto grado en 2.516 mujeres (2223 primíparas [5,8%], 293 [0,6%] multíparas); laceraciones cervicales ocurrieron en 536 mujeres (324 primíparas [1,1%], 212 multíparas [0,5%]); El aumento de masa corporal de la paciente se reflejó un menor número de casos de laceraciones; Los factores de riesgo para laceraciones cervicales son temprana edad la gestante, parto vaginal con vacuum, y el uso de oxitócina en pacientes multíparas y cerclaje independientemente de la paridad. CONCLUSIÓN. Nuestra cohorte de mujeres con laceraciones obstétricas severas evidencia las prácticas obstétricas contemporáneas. Las laceraciones de 3° y 4° grado se asocia a la episiotomía y la nuliparidad. El cerclaje incrementa posibilidades de producir laceraciones cervicales. <sup>(3)</sup>

**Khaskheli, M; Baloch, S; Baloch, A. (2012). Trauma obstétrico en el tracto genital después del parto vaginal. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos 22(2): 95 – 97**

OBJETIVO: Determinar la frecuencia, los tipos y las complicaciones del trauma del tracto genital durante el parto. DISEÑO DEL ESTUDIO: Series de casos. LUGAR Y DURACIÓN DE ESTUDIO: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad I, Universidad de Liaquat de Ciencias Médicas y de la Salud, Jamshoro, (Pakistán) de junio 2006 a mayo de 2010. METODOLOGÍA. Todas las mujeres que presentaron trauma del tracto genital durante el parto en el centro de estudio y los mencionados de la periferia con la misma condición dentro de los 40 días de la entrega se inscribieron

en el estudio. Se excluyeron las mujeres que sufrieron lesiones del tracto genital con la cesárea o debido a un accidente. Las variables de estudio fueron: Edad de las mujeres, La paridad, Lugar de trabajo, Tipo de trauma sufrido y respectivas complicaciones inmediatas. RESULTADOS. La población atendida fue de 9216 casos admitidos en sala de maternidad durante el estudio, se reportaron 467 casos (5,06%) habían sufrido traumatismo del tracto genital: Las primíparas presentaron mayor frecuencia de trauma obstétrico. 16 casos fueron laceraciones vaginales (25,39%). 12 casos laceraciones perineales (19,04%). 196 casos de multíparas fueron (41,97%) y de laceraciones de cuello uterino más frecuente en ellos (n = 52, 26,53%). 208 casos de gran multíparas con desgarros cervicales (44,4%). 77 casos de ruptura uterina (37,01%) cada uno. Las morbilidades más frecuentes fueron la hemorragia postparto (n = 352, 75,37%), shock hipovolémico (n = 220, 47,10%) y la infección (n = 158, 33,83%). La tasa de mortalidad fue del 16,05%. CONCLUSIÓN. EL trauma del tracto genital es una complicación común de parto vaginal en su mayoría se ve en gran multípara, lo que lleva a la hemorragia, shock e infección<sup>(4)</sup>

**Melamed, N; Ben-Haroush, A ; Chen, R; Kaplan, B; Yogev, Y .(2009).  
Laceraciones cervicales intraparto: características, factores de riesgo y los efectos en los embarazos posteriores. American Journal de Ginecología y Obstetricia 200(4): 388- 492**

OBJETIVO. Evaluar las características clínicas, factores de riesgo y efectos en los embarazos posteriores a laceraciones cervicales intraparto. DISEÑO DEL ESTUDIO. Regresión de casos y respectivos controles de las mujeres que fueron diagnosticados

clínicamente con laceraciones cervicales analizando el resultado de los embarazos posteriores para las mujeres en los grupos de estudio y control. RESULTADOS. De 81,047 casos de parto, 131 (0,16%) tuvieron complicaciones por laceraciones cervicales. Mediante un análisis multivariante de regresión logística; se encontró que se asociaron independientemente con laceraciones cervicales, trabajo de parto precipitado, el cervical cerclaje extracción por vacuum, nuliparidad, y el uso de la episiotomía. Los resultados de los embarazos posteriores para las mujeres con laceración cervical (n = 42) y el grupo control (n = 518) grupos fueron similares. No hubo casos de laceraciones cervicales recurrentes. CONCLUSIÓN. El antecedente de trabajo de parto precipitado, parto vaginal instrumentado de cuello de útero con cerclaje durante el embarazo requiere evaluación estricta del cuello uterino. El antecedente de Laceraciones cervicales intraparto no parecen afectar el resultado de los embarazos posteriores.<sup>(5)</sup>

**Sosa, C; Alhabe, F; Belizán, J; Buekens, P. (2009). Factores de riesgo de hemorragia postparto en partos vaginales en una población de América Latina. *Obstet Gynecol*, 113(6), 1313-1319.**

OBJETIVO. Describir los factores de riesgo para la hemorragia post-parto en situaciones de parto vaginal de determinada población. MÉTODOS. Análisis de cohorte prospectivo de todos los casos de parto vaginal (n=11.323), acontecidos en 24 instituciones de maternidad en Argentina y Uruguay, del 2003 y 2005, durante los meses octubre y diciembre respectivamente. Cálculo del volumen de pérdida sanguínea en todos los partos vaginales usando un recipiente con medida. Definimos a

la hemorragia post-parto sea leve o severa como una pérdida de sangre  $\geq 500$  ml y  $\geq 1,000$  ml, respectivamente. RESULTADOS. La hemorragia post-parto (HPP) leve tuvo 10,8% y la HPP 1,9% de ocurrencia. Los factores de riesgo de mayor asociación con la hemorragia post-parto fueron: embarazo múltiple (20,9%), placenta retenida (33,3%), macrosomía (18,6%), episiotomía (16,2%) y sutura perineal (15,0%). Los factores protectores son: conducción eficaz del parto, multiparidad y el peso bajo del neonato. La hemorragia post-parto severa se relacionó a placenta retenida (17,1%) (aOR:16,04; IC 7,15-35,99), embarazo múltiple (4,7%)(aOR:4,34; IC 1,46-12,87), macrosomía (4,9%)(aOR:3,48; IC 2,27-5,36), parto inducido (3,5%)(aOR:2,00; IC 1,30-3,09) y sutura perineal (2,5%) (aOR:2,50; IC 1,87-3,36). CONCLUSIÓN. Se obtuvo resultados que indican que en esta población varios de los factores de riesgo para hemorragia post-parto están relacionados con complicaciones del parto y el alumbramiento.<sup>(6)</sup>

**Guasch, E; Alsina, E; Díez, J; Ruiz, R; Gilsanz, F. (2009). Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 56(3), 139-146.**

OBJETIVO. Detallar la administración de pacientes que presentaron signos de hemorragia obstétrica severa. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio y observación prospectiva de pacientes ingresadas en la Unidad de Reanimación de un hospital de referencia, con hemorragia obstétrica, desde el mes de Julio del 2005 hasta noviembre del 2007. Análisis de incidencia, prevalencia, morbimortalidad y factores de riesgo asociados. RESULTADOS. De 21.726 partos (124 de ellos con hemorragia grave). De

cuyos casos para parto instrumental la *odds ratio* fue 4,54 y 2,86 para la cesárea. Se identificaron los siguientes factores de riesgo: embarazo múltiple y óbito fetal. Se registró una muerte a causa de coagulación intravascular diseminada. En el tratamiento se usó paquetes globulares en el 96,8%, fibrinógeno en el 49,2%, complejo protrombínico en el 7,25%, factor de coagulación VII activado en el 3,2%, embolización selectiva de arterias para el 10,5% con una tasa de éxito del 84,6%, histerectomía en el 13,7% en calidad de necesario. Las principales complicaciones fueron: falla renal aguda (8,9%), isquemia del miocardio (4%), edema de pulmón(4,8%), fibrilación ventricular (0,8%) y muerte (0,8%). **CONCLUSIONES.** La hemorragia obstétrica grave y la tasa de mortalidad tienen baja incidencia en pacientes atendidas en nuestro hospital. En el tratamiento se utilizó con frecuencia el fibrinógeno dando favorables resultados.; también es efectivo el procedimiento de embolización de arterias, aunque aun tiene un elevado porcentaje de histerectomías. Los factores de riesgo de mayor asociación son embarazos múltiples y los decesos fetales preparto. <sup>(7)</sup>

#### **ANTECEDENTES NACIONALES:**

**Montaño, A. (2011) “Hemorragia post parto – atonía uterina” en el Hospital Ventanilla – DIRESA Callao. (Tesis de postgrado) Universidad Privada de Ica – Perú.**

**INTRODUCCIÓN.** La hemorragia grave en el posparto inmediato generalmente es producto de la retención de restos placentarios, desgarros cervicales y la inversión uterina. La hemorragia tardía del posparto a menudo ocurre como resultado de alguna infección, contracción limitada del útero. La hemorragia posparto temprana puede ser

tratada con atención obstétrica básica inmediata, de lo contrario pueden presentarse complicaciones que requieren una atención obstétrica de emergencia completa, el cual lo puede brindar un hospital superior en equipos y atención, esto implica referir a la paciente, aumentando con ello el riesgo de muerte. En muchos casos las pacientes con hemorragia post parto que logran sobrevivir padecen de anemia grave; Las transfusiones de sangre durante la hemorragia, se asocian a ciertos riesgos de reacción alérgica y transmisión de infecciones. La infertilidad es una secuela irreversible relacionada con las intervenciones quirúrgicas. <sup>(8)</sup>

**Cruz, T. (2016) Hemorragia Postparto - Atonía uterina. Facultad de ciencias humanas y Ciencias de la salud. (Tesis de Postgrado) Universidad Privada de Ica-Perú.**

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Muchos autores la definen como la pérdida de sangre superior a 500 ml tras parto vaginal o a 1.000 ml tras cesárea.

La hemorragia postparto precoz (HPP) es la que ocurre en las próximas 24 horas contiguas al parto y es suele ser la más grave. El diagnóstico clínico y su respectivo tratamiento consideran medidas de atención de soporte vital y carácter etiológico. Afortunadamente, si se cuenta con un profesional capacitado y si se sigue un adecuado manejo de protocolos, se pueden evitar una gran cantidad de casos El manejo activo en la fase de alumbramiento de todos los parto es una estrategia muy beneficiosa. <sup>(9)</sup>

**Ríos, G. (2016) Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015 (Tesis de pregrado). Universidad Científica del Perú.**

Reportes indican que un 73% de pacientes nulíparas presentan desgarro perineal moderado; hasta 19% de los partos vaginales conllevan traumatismo del esfínter del ano. Los desgarros perineales graves dañan, afectan y deterioran la calidad de vida de la paciente a largo plazo. **OBJETIVO.** Identificar los factores de riesgo de los desgarros perineales, en partos registrados en el hospital regional de Loreto durante el año 2015. **METODOLOGÍA.** Diseño descriptivo retrospectivo. Los casos de pacientes que registraron parto en el Hospital Regional de Loreto en el año 2015 es la población en estudio. La muestra es de 122 casos con desgarro perineal a consecuencia del parto. **RESULTADOS.** Las principales características obstétricas de las gestantes fueron; El 73.8% multíparas. El 71.3% tuvieron > 6 CPN. El 82.8% realizaron psicoprofilaxis. El 96.7% no se practicó episiotomía. El 78,7% tuvieron un desgarro de 1° grado. El 95.9% de pacientes que presento desgarro perineal tuvo un recién nacido con peso apropiado (2500 gr a 3999 gr). **CONCLUSIÓN.** Se encontró relación entre la edad materna ( $p=0.041$ ), grado de anemia ( $p=0.000$ ) y paridad ( $p=0.049$ ) con el desgarro perineal durante el parto; No se halló relación entre la psicoprofilaxis obstétrica ( $p=0.726$ ), episiotomía ( $p=0.909$ ) y peso del recién nacido ( $p=0.336$ ) con el desgarro perineal durante el parto. <sup>(10)</sup>

**Gutiérrez Rojas, J. (2017) Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del hospital de ventanilla como estudio prospectivo, julio a diciembre del 2016 (Tesis de pregrado) Universidad Ricardo Palma, Perú.**

INTRODUCCIÓN. Los desgarros perineales son muy frecuentes durante el parto, e implica morbilidad, secuelas inmediatas y a largo plazo en la calidad de vida de la paciente. OBJETIVOS. Determinar si las medidas somato métricas están relacionadas con la ocurrencia de desgarros, principalmente una posición perineal anterior y asociación de otros factores de riesgo. MÉTODOS. Estudio observacional analítico prospectivo, realizado en pacientes que llevaron controles prenatales en el Hospital de Ventanilla entre julio y diciembre del año 2016. Se registraron 41 gestantes con horquilla vaginal anterior y 123 gestantes con una horquilla posterior. Se siguió estos casos durante el periodo del último control prenatal y el parto. RESULTADOS. Se identificó a una horquilla vaginal anterior como factor de riesgo (RR 3.12, IC 95% 2.08-4.68  $p<0.05$ ). Grupo étnico caucasoide (RR 3.06, IC 95% 2.19-4.29  $p<0.05$ ), Ser madre joven (RR 2.5, IC 95% 1.68-3.73  $p<0.05$ ), Madre añosa (RR 2.21, IC 95% 1.45-3.39  $p<0.05$ ), Nuliparidad (RR 5.80, IC 95% 2.98-11.292  $p<0.05$ ), Macrosomía fetal (OR 3.32, IC 95% 1.30-8.47  $p<0.05$ ) y Expulsivo prolongado (RR 2.74, IC 95% 1.84-4.07  $p<0.05$ ). CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. La somatometría perineal y el poseer una horquilla vaginal en posición anterior contribuye a los desgarros perineales, Se recomienda tomar medidas somato métricas, mínimamente en un control prenatal para prever el riesgo del trauma perineal. <sup>(11)</sup>

**Santos, K. (2014) Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014 (Tesis de grado) Universidad Ricardo Palma- Perú.**

INTRODUCCIÓN. Se constituye como un problema de salud la morbilidad relacionada a los desgarros perineales porque repercute en la vida de la paciente de manera significativa, más de 91% de las mujeres presentan mínimamente un síntoma persistente hasta dos semanas postparto. Durante el año 2014 en el hospital Vitarte las puérperas de parto vaginal los factores de riesgo para desgarro perineal son de mayor incidencia. METODOLOGÍA. Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con la revisión de 215 casos clínicos que cumplen con criterios de inclusión y exclusión, el análisis se hizo con un  $p < 0,05$  de significancia. RESULTADOS. La lesión de mayor incidencia con un (83,7%) fueron los desgarros de 1° grado, de 2° grado (15,8%) y 3° grado (0,5%). El intervalo de edad entre los 20 y 34 años tuvo una frecuencia (73,5%) para desgarros; pacientes con más de 34 años (18,6%) y adolescentes (7,9%). La anemia también fue un factor que determino las siguientes cifras: el 25,1% con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. Según el peso del neonato entre 2500-4000g (86,0%), con una significancia de 0,129. <sup>(12)</sup>

### **1.3.2 BASES TEÓRICAS: HEMORRAGIA POSPARTO**

#### **DEFINICIÓN:**

Pérdida hemática que ocurre durante las primeras 24 horas después de la salida de la placenta: con más de 500 cc en parto vía vaginal o mayor a 1000 cc en parto por cesárea. <sup>(13)</sup>

También consideramos pérdida hemática cuando se evidencia la baja del hematocrito en 10 puntos luego del alumbramiento o cuando se requiere de transfusión sanguínea. Estos conceptos han resultado de poca utilidad, debido a que generalmente no se valora exactamente la pérdida sanguínea (registro de volumen exacto). Un común denominador es que durante el parto se desconozca el nivel de hemoglobina y/o hematocrito de la paciente, sin ese valor previo no se puede definir la pérdida real. Esta situación nos lleva a que actualmente en los protocolos de manejo de HPP se establezca como requisito para la transfusión de sangre, la evidencia de cambios hemodinámicos, presentes en los valores de los signos vitales. <sup>(14)</sup>

#### **1.2.2 Incidencia:**

En nuestro país, los cambios que se han generado son por decisión de las políticas de gobierno, se ha gestionado en recursos humanos mejorando los equipos de salud y con capacitaciones, este esfuerzo ha disminuido la razón de mortalidad materna, ENDES 2000 reporta 185 muertes maternas /100,000 nacidos vivos y ENDES 2010 reporta 93 muertes maternas/ 100,000 nacidos vivos, estas cifras son alentadoras. <sup>(15)</sup>

## **Factores de Riesgo**

- Edad avanzada en la paciente
- Multiparidad
- Miomatosis uterina
- Sobre distensión uterina
- Historia de HPP en una gestación anterior.

El conocimiento de estos factores de riesgo puede prevenir la HPP, pero cabe resaltar que 2/3 de las HPP ocurren en mujeres que no presentan factor de riesgo. (16)

## **Causas**

**Atonía uterina:** Es la primera causa de las HPP con mayor incidencia de hasta 80-90%. Como factores de riesgo tenemos: la sobredistensión del útero (gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongado).

Cabe citar: «Un útero vacío y contraído no sangra»<sup>(16) (17)</sup>

**Retención de tejido placentario y/o coágulos:** La placenta se expulsa durante los primeros 30 minutos luego del parto, y con alumbramiento dirigido solo en 15 minutos. De no ocurrir de esa manera es posible estar frente a un acretismo placentario (placentas áceta, increta o percreta); sin embargo los casos de acretismo placentario son reducidamente probables (1/2.500 partos) aunque en los últimos años hubo incremento en su incidencia. El riesgo puede aumentar según el número de cesáreas. Si aun con un seguimiento ecográfico no se tiene certeza sobre la ubicación de la placenta, se debería

realizar una RNM para descartar la presencia de una placenta percreta. Relacionada también con la existencia de placenta previa.<sup>(16)</sup>

**Traumas:** Describe a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina. Desgarros/laceraciones: son la segunda causa más frecuente de HPP luego de la atonía uterina. Habitualmente pueden parecer un sangrado vaginal activo común de partos instrumentados o con episiotomía por lo que suelen requerirse suturas. También pueden haber hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados o retroperitoneales se deben monitorizar continuamente a veces incluso con exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.<sup>(16)</sup>

**Rotura uterina:** La pared uterina pierde su integridad. Comúnmente causado por una previa intervención quirúrgica del útero, siendo la más frecuente la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja; otras causas son los partos traumáticos y la hiperdinamia / hiperestimulación uterina. Las roturas uterinas causadas por traumatismos externos son excepcionales.<sup>(16)</sup> las maniobras proscritas como el Kristeller son un antecedente de importancia.

**Inversión uterina:** Es una complicación obstétrica de mucho menor incidencia, producida por una constante tracción del cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), ocasionando la salida del fondo del útero en la cavidad endometrial. Puede ser provocado por la mala técnica de manejo del alumbramiento dirigido, acretismo placentario y la extracción manual de placenta.<sup>(16)</sup>

### Alteraciones de la coagulación:

Algunas de las causas son problemas de la coagulación congénita o adquirida durante el embarazo.

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
- Adquiridas: pre eclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupcio placentae, sepsis. <sup>(16)</sup>

### 1.2.5 Cuadro Clínico

Las repercusiones de la hemorragia posparto son trágicas; los síntomas se alteran acompañados de shock hipovolémico. También es habitual la pérdida hemática a través de la vagina y se evidencia después de que la placenta ya fue expulsada. A continuación detalles clínicos del shock hipovolémico. <sup>(18)</sup>

**Tabla 3.** Hallazgos clínicos del *shock* hipovolémico.

Pérdida de volumen sanguíneo (mL)	Presión arterial	Signos y síntomas	Grado de shock
500 a 1 000 (10 a 15%)	Normal	Palpitaciones, taquicardia, mareo	Compensado
1 000 a 1 500 (15 a 25%)	Caída leve (80 a 100 mmHg)	Debilidad, taquicardia, transpiración	Leve
1 500 a 2 000 (25 a 35%)	Caída severa (70 a 80 mmHg)	inquietud, palidez, oliguria	Moderado
2 000 a 3 000 (35 a 50%)	Caída marcada (50 a 70 mmHg)	Colapso, hambre de aire, anuria	Severo

**Fuente:** Calle A. (2008) Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 54(1): 233 – 243 <sup>(18)</sup>

## 1.2.6. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

### Medidas generales y terapéutica

#### A. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias FONP (Categorías I-1, I-2, I-3) <sup>(13)</sup>

- Identifique indicios riesgosos y agentes relacionados.
- Suministrar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ 1000 cc con oxitócina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), de 40 a 60 gotas/min., con catéter endovenoso N° 18. Si la pérdida de sangre es excesiva coloque una vía adicional con ClNa 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y prosiga con a 30 gotas/min.
- Masaje externo del utero y bimanual si se cuenta con un profesional capacitado.
- Estricta vigilancia de funciones vitales y signos de alarma.
- Refererir oportunamente a todas las pacientes luego de una extracción digital de coágulos del útero, según las normas.
- En caso de desgarramiento del canal del parto un personal capacitado debe efectuar taponamiento con gasa.
- Comunicar al establecimiento al que se refiere A Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4)
- Colocar sonda vesical de preferencia con bolsa colector.
- Evaluación clínica de la paciente: examen abdominal y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.
- Tratamiento según la causa. <sup>(13)</sup>

## **B. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE**

### **(Categorías II-1, II-2) Hemorragia puerperal inmediata <sup>(13)</sup>**

- Manejo multidisciplinario de especialistas.
- Proceder de forma inmediata y simultánea:
  - colocar otra vía endovenosa con catéter N° 18, con ClNa 9‰ 1000 cc, considerar uso de oxitócina (debe tener 2 vías seguras).
  - Si en la paciente persiste la inestabilidad hemodinámica seguir el protocolo de shock hipovolémico.
  - Evacuar vejiga y colocar sonda Foley con bolsa colectora.
  - Proceder en base a un consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles riesgos.
  - Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto determinar las posibles causas.
  - Tratamiento según la causa. <sup>(13)</sup>

#### **Otros manejos:**

La presencia de factores de riesgo para hemorragia no es determinante para hacer HPP, dentro de este grupo, la población que desarrolla este cuadro es mínima. Una terapia deficiente eleva el riesgo de presentarse una hemorragia excesiva conduciendo a la paciente a coagulopatía dilucional, hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Controlar el sangrado se dificulta incrementando el riesgo de padecer histerectomía, shock hemorrágico y en el peor de los casos muerte. El registro del volumen de pérdida de sangre es de suma importancia, considerando que el volumen normal en un ser

humano es 80 ml por kilo de su peso corporal, luego calcular el volumen de sangre perdido y representar su porcentaje individualmente para cada paciente. Actuar con rapidez frente a una hemorragia posparto, la destreza en el manejo por el profesional es de suma importancia para los resultados, recordar que por la arteria uterina corre 800 a 1 000 ml de sangre por segundo.. Por ello, se denomina ‘hora de oro’ al intervalo de tiempo de observación y análisis de las posibilidades de sobrevivir siguiendo los protocolos en la brevedad meritoria. Hasta ahora, el conocimiento bimanual del útero y de la aorta son medidas salvadoras aun en nuestra actualidad, es por eso que el personal de salud amerita estar bien capacitado para realizarlas. <sup>(14)</sup>

El misoprostol, es un metiléster (análogo sintético) de la prostaglandina natural E1, con metilación del C16. De buena absorción gástrica; detectable a nivel sérico en 90 segundos y prontamente asume su metabolito biológicamente activo, el ácido misoprostólico (MPA). Los efectos colaterales posibles son escalofríos y fiebre. Se usa indiscriminadamente en países en desarrollo, sin estudios sistemáticos que documenten la efectividad, dosis óptima o riesgos del tratamiento. Se requieren más estudios para evaluación de resultados, óptima de administración, dosis e interacción con otros oxitócicos. En un ensayo de control que se llevó a cabo en cuatro hospitales de Karachi, Pakistán, a partir de diciembre de 2005 a abril de 2007, se encontró que 600 mcg de misoprostol sublingual redujo el riesgo relativo de 41% de pérdida hemática mayor a 500 ml (RR 0,59 IC 95% [0,12, 2,99]). Un análogo de la oxitócina es la carbetocina, su beneficio radica la facilidad del uso, dosis única de 100 mcg IV aplicado lentamente. Un estudio de 1 037 mujeres determino que los resultados son

similares al uso de oxitócina, con evidencia de una reducción en la necesidad de un agente útero tónico ( RR=0,44) para las pacientes que terminaron en cesárea. No así para parto vaginal. En cuanto a la necesidad de masaje uterino, también disminuye (RR=0,70). Cero efectos adversos, similares entre ambos medicamentos. <sup>(14)</sup>

Un método seguro, sencillo y eficaz es el taponamiento uterino en el manejo de HPP, una técnica adecuada es necesaria, no deben dejarse espacios muertos. Se debe taponear sistemáticamente desde el fondo, para evitar la acumulación de sangre. Cuando se ligan las arterias uterinas se logra un 80% de éxito. La arteria uterina se ubica en el ligamento ancho a 2 a 3 cm del miometrio. Se procede a suturar el ligamento útero-ovárico. No hay repercusión en embarazos posteriores. El procedimiento de ligadura de las arterias hipogástricas (ilíacas internas) a manos de un cirujano experto registra un éxito de 42%. Ante el fracaso de estos procedimientos, la histerectomía debe ser especialmente evaluada, se debe considerar en la mujer su estado hemodinámico, su fórmula obstétrica, paridad, edad y necesidades reproductivas. <sup>(14)</sup>

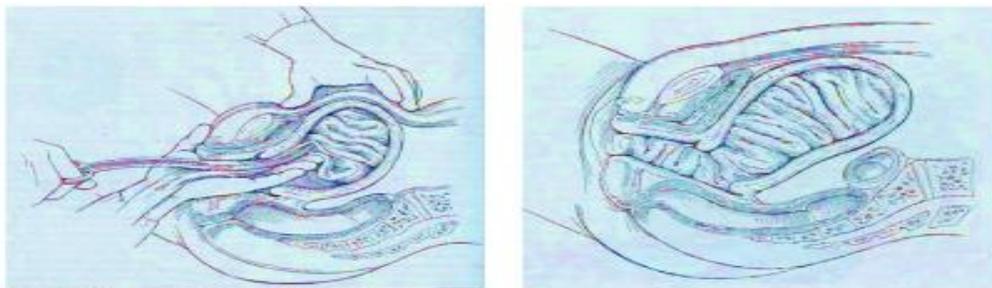


Figura 6. Esquema de taponamiento uterino.

**Fuente:** Cabrera S (2010). Hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

Los procedimientos como las suturas de compresión uterina (B-Lynch) son muy utilizadas, reportan una efectividad hasta el 91% de los casos. Permiten salvar la vida,

sin histerectomía y conservando la capacidad reproductiva. Este procedimiento es una opción viable ante los procedimientos quirúrgicos más radicales como la histerectomía, su impacto ha sido significativo, por ser conservador en el tratamiento de la HPP. Es necesario que antes de realizar ningún procedimiento se intente la compresión bimanual, de ser efectiva se evitaría intervenciones innecesarias. La capacitación de médicos ginecólogos en estas técnicas y procedimientos debe ser constante, salvaría muchas vidas, repercutiría en la tasa de mortalidad materna. Los profesionales del equipo de salud, deben estar capacitados para reconocer las emergencias, y realizar las coordinaciones y referencias oportunas al nivel que corresponde. Otros procedimientos son los catéteres hidrostáticos como el balón intrauterino, el balón de Bakri, el catéter Foley y un condón-catéter. <sup>(14)</sup>

El balón de Bakri es de uso fácil, se verifica su eficacia de manera rápida, permite contabilizar las pérdidas sanguíneas, de fácil administración y también de fácil remoción. Solo requiere un personal capacitado, su beneficio radica en ser un

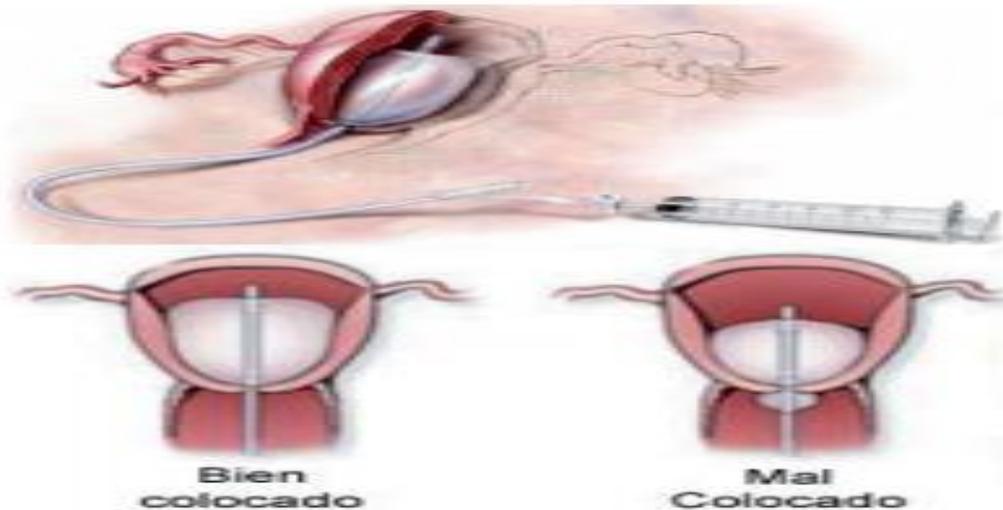


Figura 14. Balón de Bakri. Tomado de Johanson R, Kumar M, Obhrai M, Young P. Management of massive postpartum haemorrhage: Use of a hydrostatic balloon catheter to avoid laparotomy. Brit J Obstet Gynaecol. 2001; 108:420-2.

procedimiento conservador, no quirúrgico. La técnica consiste en inflar el balón utilizando una jeringa de 100 ml, administrando agua caliente hasta que la resistencia te indique que termino el procedimiento.<sup>(14)</sup>

**Fuente:** Cabrera S. (2010) Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

También es posible utilizar otra técnica en los casos de HPP, una sonda Foley N° 24 con balón de 30 ml se introduce en el útero con 60 a 80 ml de solución salina. Con él se consiguen excelentes resultados y evita procedimientos invasivos.<sup>(14)</sup>

Existen otras técnicas alternativas, en los casos de HPP, cuando el diagnóstico es por atonía uterina, se puede emplear condón intrauterino inflado, para detener la hemorragia. Este procedimiento puede ser muy beneficioso especialmente en entornos de bajos recursos.<sup>(14)</sup>



Figura 18. Forma de preparación del condón intrauterino. Tomado de Akhter S, Begum MR, Kabir Z, Rashid M, Laila TR, Zabeen F. Use of a condom to control massive postpartum haemorrhage. Medscape Gen Med. 2003;5:38.



Figura 19. Taponamiento intrauterino con guante llenado con solución salina.

**Fuente:** Cabrera S. (2010) Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

Una investigación en el Memorial Christian Hospital, de Sialkot, Pakistán, demostró los beneficios del uso de trajes antishock en los casos con deHPP severo, el manejo fue efectivo, las mujeres que fueron manejadas con estos trajes evidenciaron muy buenos resultados. Paul A. Hensleigh destacó su uso por la simplicidad y eficacia en

el manejo de la hemorragia posparto. Pathfinder Internacional, mediante un convenio con el Ministerio de Salud del Perú, proporciona rajes antishock en diferentes establecimientos de salud a nivel nacional. Con respecto al mecanismo de acción se aplica compresión para reducir el volumen vascular total, 0,75 a 1L; mejorando la presión arterial y el estado mental en los primeros 5 minutos. El traje antishock se usa de 12 a 36 horas. Las pacientes que lo usaron no tuvieron sangrado significativo además de referir que se sentían cómodas durante el uso de la prenda antishock y no se notó algún efecto adverso. <sup>(14)</sup>

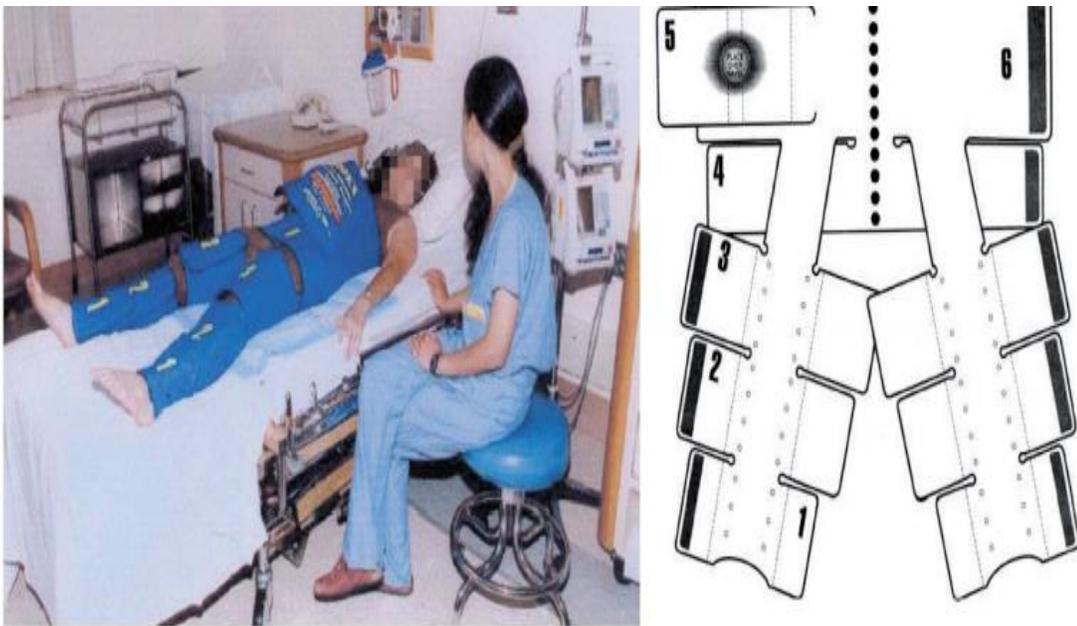


Figura 20. Traje antishock colocado en una paciente y un esquema del mismo.

**Fuente:** Cabrera S. (2010) Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

### 1.3 Bases teóricas

#### LESIONES DEL CANAL VAGINAL

##### Definición:

El trauma perineal o lesión del tracto genital es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía, como consecuencia, se requieren un reparo perineal luego del parto. <sup>(19)</sup>

La dispareunia, la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las consecuencias posibles de no aplicar técnicas quirúrgicas adecuadas. <sup>(20)</sup>

##### Clasificación:

Los desgarros perineales se clasifican en cuatro grupos, según los criterios aceptados por el Real Colegio de Ginecología y Obstetricia. <sup>(20)</sup>

Fuente: Protocolo Clínica Barcelona. <sup>(20)</sup>		Lesiones perineales		
1º grado	Lesión de piel perineal			
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal			
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%	
		3b	Lesión del esfínter externo >50%	
		3c	Lesión de esfínter externo e interno	
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal			

Esta clasificación nos da un valor pronóstico de la lesión, en los de grado 3c notamos el doble de riesgo para incontinencia anal luego si el grado es 3b, Si hubiera

incertidumbre en identificar entre los grados 3a o 3b, se optara por asumir la más grave. Existen laceraciones que no se encuentran en la clasificación. Es importante reparar correctamente una lesión de la mucosa rectal con indemnidad del esfínter anal interno y externo, para evitar futuras complicaciones como fístulas recto-vaginales. Los desgarros de primer y segundo grado, que no suelen comportar secuelas a largo plazo.

(20)

### **Tratamiento:**

#### **REPARACIÓN.**

- Primer y segundo grado: durante la sutura de estos dos casos es imprescindible contar con una buena iluminación y visibilidad del campo, instrumentos quirúrgicos completos, y anestesia adecuada.

#### **Sutura de mucosa vaginal:**

- Material de sutura: Vicryl rapid 2/0.
- Ubicar el punto de anclaje de la sutura por encima de 1cm del ángulo de desgarro previamente identificado.
- Hacer una sutura continua del ángulo hasta anillo himeneal. Englobando la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Para hemostasia efectuar una sutura continua con puntos cruzados.

#### **Músculos perineales:**

- Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid 2/0.

- Se debe identificar el músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid 2/0 o Vicryl 2/0 convencional.
- Diagnosticar lesiones que estén afectando al músculo elevador del ano. Solucionar la discontinuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas ya que indica rotura. buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua las fibras retraídas. <sup>(20)</sup>

### **Sutura de piel:**

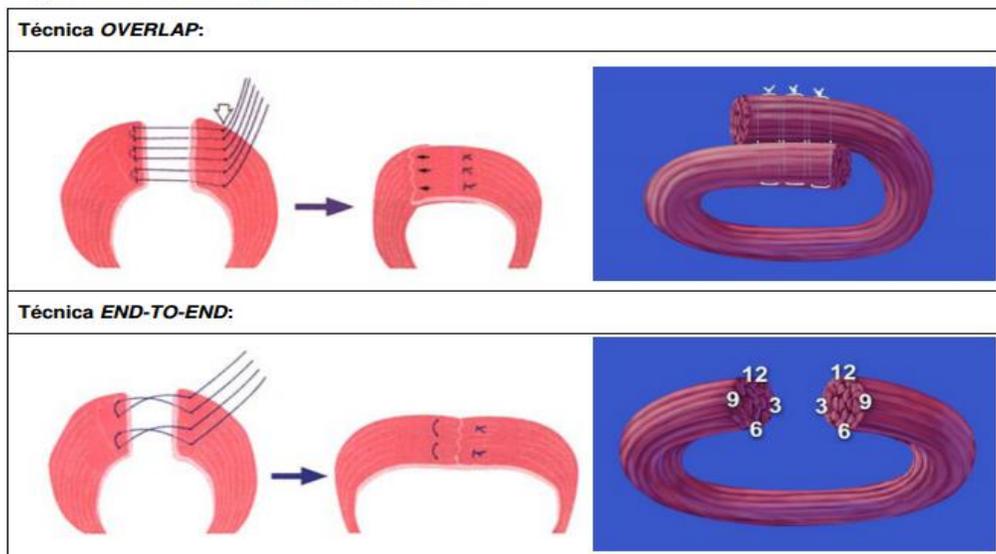
La piel no debe quedar tensada porque puede incrementar el dolor perineal en los meses contiguos al parto. Tenemos 2 procedimientos electivos:

- Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel.
- Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, <sup>(20)</sup>

### **REPARACIÓN DE DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO**

Determinar el grado de lesión es de suma importancia para un adecuado procedimiento de reparación, previamente realizar la exploración perineal de forma sistemática, palpar la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné permitiendo una optima exposición de la zona con lesión. El esfínter interno se halla como una banda fibrosa de color blancuzco entre la mucosa rectal y el esfínter externo además representan el 75% de la continencia. El esfínter externo es un musculo de tipo estriado con morfología circular cubriendo el esfínter interno. <sup>(20)</sup>

Figura 1: Técnicas de reparación de esfínter anal



Fuente: Clínica Barcelona. <sup>(20)</sup>

Preparación:

- Las lesiones contaminadas requieren lavados para constituirse en una zona quirúrgica limpia con asepsia ideal.
- Para suturar propicie relajación y analgesia de la zona.
- Indicar profilaxis con antibióticos: administre cefalosporina de 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> generación EV o IM previo a la sutura (cefminox [Tencef<sup>®</sup>], cefoxitina 1g, Ceftriaxona 1g, cefuroxima [Zinnat<sup>®</sup>]...). Las cefalosporinas de 1<sup>a</sup> generación (Cefazolina [Kurgan<sup>®</sup>]) carecen de eficiente cobertura en casos de este tipo, administrar Gentamicina 240mg ev para pacientes alérgicas a  $\beta$ -lactámicos también administrar Metronidazol 500mg EV. Si el grado de lesión es mayor se puede proceder con un tratamiento antibiótico más extendido (5-10 días).

- Para la sutura de lesiones de esfínter se requiere un kit específico de instrumentos para su reparación. <sup>(20)</sup>

### **Sutura mucosa rectal:**

Este procedimiento deberá ser realizado por un especialista con sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional o PDS 3/0, evitando penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe llegar la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales. <sup>(20)</sup>

### **Sutura de esfínter:**

Este procedimiento deberá ser realizado por un especialista. En caso de no acceder correctamente a los extremos retraídos del esfínter, disecar el tejido con tijeras Metzenbaum. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para hallar y aislar los extremos. <sup>(20)</sup>

Tenemos dos procedimientos con resultados similares: overlap o bien end-to-end utilizar hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. Identificar la lesión de esfínter interno y efectúe la sutura con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. <sup>(20)</sup>

### **Complicaciones:**

Disfunciones del piso pélvico como la incontinencia urinaria, el prolapso genital y la incontinencia fecal son patologías con una alta prevalencia a nivel mundial. Se estima que alrededor de 200.000 pacientes requieren intervención quirúrgica a causa de patologías de piso pélvico. Ello representa deterioro de la calidad de vida de las

pacientes. Realizar acciones preventivas es importante la reducción de incidencia de este grupo de patologías.<sup>(21)</sup>

### **Incontinencia Fecal**

La incontinencia fecal es una condición y un hecho usual posparto y responde a una etiología multifactor resaltando la frecuencia de casos de lesión del esfínter anal, producidas por desgarro perineal o una episiotomía efectuada de forma incorrecta. El traumatismo de los nervios pudendos puede incrementar el efecto de incontinencia de las lesiones esfinterianas directas.<sup>(22)</sup>

### **Indicencia:**

La incontinencia fecal en el posparto es altamente frecuente. Diversos estudios manifiestan tasas de incontinencia entre el 4 y el 59%.<sup>(23)</sup>

Una serie de cohortes de más de 1.000 nulíparas se halló incidencia de incontinencia fecal del 7,3% en el posparto inmediato del<sup>(24)</sup>

### **Factores de riesgo de incontinencia fecal posparto**

Tabla 2. Factores de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal tras el parto

<i>Factores de riesgo mayores</i> Episiotomía medial Parto instrumentado Feto mayor de 4 kg Fase de expulsivo prolongada Primer parto vaginal
<i>Factores de riesgo menores</i> Presentación occipitoposterior Analgesia epidural Edema en el periné Mala visualización del periné Deficiente protección perineal Parto inducido Presión abdominal externa activa

**Fuente:** Rodríguez R, Alós Rafael, Carceller S, Amparo Solanab, Frangia A, Ruiza D (2015).<sup>(22)</sup>

La episiotomía se relaciona con incontinencia fecal por lesión directa de esfínter.<sup>(25)</sup> La episiotomía medial-lateral aventaja a la episiotomía medial, porque durante el parto el esfínter anal se dispone anatómicamente en un periné distendido, en el que el tabique recto vaginal está adelgazado y el borde anterior del esfínter anal externo está íntimamente relacionado con el borde vaginal posterior. La sección cutánea a nivel medial puede fácilmente englobar fibras musculares del esfínter anal externo, en una localización (anterior) donde la longitud esfinteriana es menor e incrementa las repercusiones de las lesiones.<sup>(22)</sup>

El parto instrumentado también puede producir incontinencia fecal.<sup>(26)</sup> Las lesiones y secuelas llegan a tener tasas relativamente altas, más con el uso de fórceps que cuando se utiliza vacuum, obteniendo una tasa de 56% y 49% respectivamente. En 130 pacientes con parto vaginal se estudió la función anorrectal posparto mediante

cuestionario de incontinencia, ecografía endoanal y manometría anal, encontrando 59% de tasa de incontinencia fecal. <sup>(22)</sup>

La cesárea electiva teóricamente impediría el traumatismo perineal de parto vaginal disminuyendo el riesgo de afrontar incontinencia secundaria, No obstante 2 revisiones sistemáticas (sin datos claros de series aleatorias), no confirman el supuesto efecto protector de la cesárea electiva.. Esto puede indicar la existencia de factores etiopatogénicos adicionales para desarrollar incontinencia fecal posparto que no tendrían relación con traumas del suelo pélvico El propio embarazo puede significar riesgo de padecer incontinencia autónomamente; un estudio transversal efectuado en 1.571 primíparas, el 37% desarrolló incontinencia fecal en el embarazo tardío. <sup>(22)</sup>

### **PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INCONTINENCIA ANAL**

Tener en cuenta factores como la Nuliparidad, macrosomía (peso > 4000g), inducción de parto, expulsión prolongado, analgesia epidural, parto instrumentado (fórceps>vacuum), variedad occipito-posterior, episiotomía mediana.

Se recomienda como métodos de prevención:

- Episiotomía restrictiva medio-lateral, se recomienda marcar el recorrido del ángulo de distanciamiento del esfínter antes de la deformación perineal causada por la cabeza del bebé.
- Usar ventosa en lugar del fórceps para casos de partos instrumentados.
- En partos instrumentados, una vez que sea suficiente el descenso de la cabeza retire las ramas para la etapa final de expulsión,.

- Proteger adecuadamente el periné, enlenteciendo el periodo expulsivo del parto, y lograr la expulsión de la cabeza entre dos contracciones, en máxima flexión.
- Masajear la zona perineal durante la gestación propicia más casos de pacientes posparto con periné intacto, aunque no disminuye los desgarros del esfínter anal. <sup>(20)</sup>

### **CONDUCTA EN SIGUIENTE PARTO DESPUÉS DE UN DESGARRO DE ESFÍNTER ANAL**

Las pacientes que ya tuvieron lesiones de esfínter anal, hay preocupación por la posibilidad de repetir tales lesiones en un segundo parto y que surjan o se empeoren los síntomas de incontinencia anal. Reducida cantidad de estudios reflejan datos seguros acerca de la intermitencia de desgarro de esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal, en los partos vaginales posteriores a la primera lesión. Integralmente, el riesgo de intermitencia de una lesión de 3° o 4° es de 3.6-7.2%. La cesárea electiva disminuye la posibilidad de un nuevo desgarro, mas no garantiza la aparición de incontinencia anal a largo plazo, ya que depende de otros factores de riesgo (edad, obesidad, depresión, cirugía ano-rectal u otras enfermedades concomitantes, etc). <sup>(20)</sup>

#### **Desgarros cervicales:**

Los desgarrs cervicales de cuello uterino pueden identificarse con una revisión minuciosa en más del 50% de partos vaginales. Numerosos casos con menos de 0.5 cm

y casi no necesitan reparación. Los desgarros profundos son menos frecuentes pero incluso pueden pasar inadvertidos. Con un sesgo de verificación se han descrito incidencias diversas. <sup>(27)</sup>

### **Incidencia:**

En Consortium Database la incidencia de desgarro fue de 1.1% en nulíparas y 0.5% en multíparas. <sup>(3)</sup>

En un estudio de más 81 000 la incidencia fue 0.16%. <sup>(5)</sup>

### **Cuadro Clínico**

Los desgarros del cuello uterino por lo común no generan problemas, a menos que causen hemorragia o se extiendan al tercio superior de la vagina. EN ocasiones poco frecuentes se advierte avulsión total o parcial del cuello uterino desde la vagina (colporrexis) en el fondo del saco anterior, posterior o lateral. Tales lesiones a veces se manifiestan luego de rotaciones difíciles de fórceps o el nacimiento que se realiza con el cuello uterino con dilación incompleta en que contra él se aplican las hojas de fórceps. En algunas mujeres los desgarros cervicouterinos llegan al segmento uterino inferior y abarcan la arteria uterina y sus ramas principales. En ocasiones se extienden a la cavidad peritoneal. NO obstante, los desgarros más graves por lo común se manifiestan en la forma de hemorragia externa o un hematoma y a veces acaecen de manera insospechada. En el estudio israelita publicado por Melamed (2009) prácticamente el 11% de las mujeres con un desgarro cervicouterino necesitó transfusión de sangre. <sup>(27)</sup>

### **Diagnóstico:**

Se debe sospechar que existe un desgarro cervicouterino profundo en mujeres con hemorragia profunda durante el tercer periodo del parto y después de terminado, en particular si se advierte contracción firme del útero. Es razonable revisar sistemáticamente el cuello después de partos quirúrgicos vaginales mayores, incluso si no hay hemorragia del tercer periodo. Se necesita la valoración minuciosa, sin embargo, a menudo del cuello uterino laxo interfiere con la exploración digital. La magnitud de la lesión se puede advertir de manera clara con la exposición adecuada a la inspección visual; lo anterior se logra mejor cuando un asistente aplica presión descendente firme en el útero en tanto el operador ejerce tracción en los labios del cuello con unas pinzas de anillo. Un segundo asistente permitirá que se logre una mejor exposición con separadores de la pared vaginal angulados. <sup>(27)</sup>

### **Factores de Riesgo**

Las roturas de cicatrices de cesáreas previas, se puede realizar la sutura del desgarro, la histerectomía, la ligadura de la arteria iliaca interna o la técnica de reparación con suturas de B-Lynch. <sup>(28)</sup>

Traumatismo del Canal del Parto asociado, partos instrumentados, producto macrosómico y partos manipulados con proceso de dilatación incompleta. <sup>(29)</sup>

La HPP podría ser posterior a laceraciones del cérvix o de la vagina, la severidad y complicación depende de su extensión y profundidad, desde una pequeña solución de

continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. La revisión exhaustiva por un profesional calificado definirá la causa del sangrado. <sup>(1)</sup>

### **Prevención:**

La atención prenatal realizada por un profesional competente, manejo activo del alumbramiento y la atención obstétrica de emergencia, si se emplea religiosamente reducirá drásticamente la hemorragia post-parto y por lo tanto sus complicaciones asociadas. <sup>(30)</sup>

### **Manejo:**

#### **A. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4) <sup>(13)</sup>**

##### **Laceración del canal del parto**

- Revisar el canal del parto con valvas de Doyen, identifique la zona de sangrado y reparar:
- Para lesiones perineales y vaginales de 1° y 2° grado: efectue la sutura con catgut crómico 2/0.
- Para desgarros cervicales utilice pinza de anillos Foerster para sujetar los bordes del desgarro y proceder con la sutura (solo personal capacitado)
- Hematomas: Refiera a la paciente en caso de ser de tamaño considerable.
- En casos de desgarros perineales de 3° y 4° grado, o ante la situación de

no poder efectuar la sutura o identificar la zona de sangrado, realice compresión vaginal continua con gasas y refiera inmediatamente.

**B. Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE  
(Categorías II-1, II-2)**

Laceración del canal del parto

- Revisar el canal del parto con valvas de Doyen, identifique la zona de sangrado y reparar:
- Desgarros perineales y vaginales: deben ser suturados mediante catgut crómico 2/0.
- Para desgarros cervicales utilice pinza de anillos Foerster para sujetar los bordes del desgarro y proceder con la sutura (solo personal capacitado)
- Antibióticoterapia Ampicilina 1 gr EV c/ 6 hrs y Gentamicina 160mg/día en desgarro de IV grado.

**Complicaciones:**

- Anemia aguda.
- Shock hipovolémico.
- CID.
- Insuficiencia renal.
- Panhipopituitarismo. <sup>(13)</sup>
- Dolor
- dispareunia,
- incontinencia urinaria y/o rectal. <sup>(31)</sup>

## Seguimiento al Alta

Después de un correcto procedimiento de reparación del esfínter externo, más del 60% de pacientes no presentan ningún síntoma al año. En la minoría de casos que si presenta síntomas, los más habituales son la incontinencia de gases y urgencia para defecar, lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% en pacientes que no presentaron síntomas. Por ello, después de una lesión perineal de 3° o 4° grado debe realizarse un seguimiento específico:

- Al alta, proporcionar tríptico informativo.
- Citar visita de cuarentena con médico de referencia habitual.
- Citar a las 6-12 semanas en H-STR, dispensario de enfermería especializado en valoración clínica que incluyen la estimación de síntomas ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos, mediante un interrogatorio abierto o un cuestionario de síntomas específico, exploración pélvica calculando el tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal<sup>(20)</sup>
- Recomendar ejercicios para los músculos del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos.
- Programar en 6-12 semanas (coincidir con H-STR si es posible) una ECO TRANSPERINEAL en UBF para estimar la persistencia de algún daño anatómico en el esfínter.
- Si a los 6 meses la paciente presenta signos de incontinencia anal después un parto con lesión de 3° y 4° grado, se referirá a la Unidad especialista de la Sede Clínica en la cual se ultimaré el estudio mediante ecografía, biofeedback anal,

manometría ano-rectal o estudio electrofisiológico para hacer descarte de posibles lesiones neurológicas; muy pocos pacientes precisarán una reparación secundaria del esfínter.

- A los 12 meses del parto realice un control vía telefónica a las pacientes para reevaluar y cerrar casos. <sup>(20)</sup>

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.1 Introducción**

La hemorragia pos parto sigue siendo la primera causa de morbimortalidad materna perinatal, es por eso que existe la necesidad es estudiar esta caso que orienta hacia el diagnostico precoz, el manejo oportuno, los que servirán para el análisis de los factores que condicionaron se desarrolle este caso.

El estudio de casos sirve para el aprendizaje basado en competencias como medio de enseñanza para la toma de decisiones oportunas que nos ayuden a mejorar la calidad de atención y nos ayuden a salvar vidas.

#### **2.1.2 Objetivo**

Identificar las causas, manejo y terapéutica en la hemorragia pos parto debido a lesiones del canal vaginal hospital nivel III, Lima

#### **2.1.3 Título del caso**

HEMORRAGIA POSPARTO POR LESIONES DEL CANAL VAGINAL  
HOSPITAL NIVEL III LIMA, 2017

#### 2.1.4 Presentación de caso clínico

##### Historia Clínica

**NOTA:**

**ES NECESARIO DEJAR EN CLARO QUE EL DESARROLLO DE LA HISTORIA CLINICA TENDRA SECUENCIAS PARALELAS POR QUE EL MÉDICO Y LA OBSTETRA REPORTA SUS EVALUACIONES EN HOJAS DISTINTAS.**

*Los datos consignados en la Historia Clínica son verídicos y el nombre de la paciente se mantendrá en reserva en resguardo en su derecho a privacidad.*

##### Anamnesis

##### DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres	:	XXXX
Fecha de Nacimiento	:	02/08/1994
Edad	:	22 años
Ocupación	:	ama de casa
Grado de instrucción	:	Secundaria completa
Lugar de Nacimiento	:	Lima
Estado Civil	:	Conviviente

**MOTIVO DE LA CONSULTA:**

Paciente acude Emergencia por perdida de líquido amniótico dese hace 3 horas, niega otra sintomatología.

Refiere movimientos fetales

Niega sangrado vaginal

**30-04-2017 11: 40      Emergencia**

CFV

P.A.	F.C.	F.R.	T°
110/60 mm/Hg	80 x 1'	17x1'	37

**2.4.2 Exploración física**

	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
Estado general y sensorio	X		AREG
Aparato cardiovascular	X		RCV normales
Aparato respiratorio	X		Sin alteraciones
Aparato urinario	X		Sin molestias
Abdomen	X		Grávida, tono conservado

Extremidades			Edema +/++++ Reflejo ++/++++
--------------	--	--	---------------------------------

Al examen ginecológico

	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
GE y BUS	X		SV (-) / PLA (+)
Vagina	X		Elástica
Cérvix	X		Dilatado
Útero	X		Grávido
Anexos	X		
Fondo de saco de Douglas	X		
Parametrios (T.R.)	X		-
Mamas	X		Blandas

Antecedentes de importancia

- Ecografía 15-04 conclusión Feto único en LCI, PF 2981, ILA 11  
EG 36 Semanas x BF.
- CPN 9 veces en INMP
- Intervenciones Quirúrgicas: 2012 embarazo ectópico  
Quistectomía + salpingectomía  
Transfusión

Evaluación **médica** en Emergencia

Al examen obstétrico:

Abdomen

Ocupado por útero grávido. AU: 33cm SPP: LCI
LCF: 145/min DU: 2/10min PF: 3300mg +/- 100 gr

Al tacto vaginal:

D: 2cm I: 80% AP:-3/-2 VP: OIIT
EM: Rotas LA: claro P: Ginecoide

### **Diagnóstico Clínico**

- 1.- G5 nulípara 39 ss 2 días por ECO I TRIMESTRE.
- 2.- Trabajo de parto fase latente.
- 3.- Mala historia obstétrica.
- 4.- RPM +/- 3h

### **PLAN DE TRABAJO**

- 1.- Pasa a hospitalización
- 2.- Exámenes auxiliares
- 3.- Prueba de bienestar fetal

## TRATAMIENTO

- 1.- NaCl al 9%<sub>o</sub> x 1000 c.c. vía
- 2.- Cefazolina I.V. c/ 6 h. (con 6h de RPM)
- 3.- Control Obstétrico (DU+LCF)
- 4.- Control de funciones vitales.
- 5.- ss. Hemograma completo, Hb, Hto  
Perfil de coagulación  
Examen completo de en orina (PAS)
- 6.- Se hospitaliza.
- 7.- Reclamar resultados de laboratorio en hospitalización

### 2.4.4 Pruebas complementarias

Hemograma completo, Hb, Hto

Perfil de coagulación

Examen completo de en orina (PAS)

Pruebas de bienestar fetal (**no se realizan por avanza dilatación y es trasladada a sala de partos**)

<b>Hemoglobina</b>	<b>11gr %</b>
<b>Hematocrito</b>	<b>33%</b>
<b>Leucocitos</b>	<b>12,190 pmc</b>
<b>Plaquetas</b>	<b>292,000 pmc</b>
<b>TP</b>	<b>10.6 seg</b>

<b>TTP</b>	<b>28,2 seg</b>
<b>PRS</b>	<b>No Reactivo</b>
<b>Grupo y factor</b>	<b>O +</b>

### **Evolución del caso**

#### **Control y Revaluación es Sala de Observación**

Obstetra	<p>11:40 LCF 140 por minuto</p> <p>TV: dilatación 3cm, AP-3, I 80% Líquido amniótico claro</p> <p>12:00 LCF 142 por minuto DU 2/10 ++25''</p> <p>13:00 LCF 142 por minuto DU 2/10 ++25''</p> <p>TV: dilatación 4-5 cm, AP-3, I 90% Líquido amniótico claro</p> <p>Se comunica a médico Residente</p> <p>Pasa a sala se partos</p>
Medico	<p>13:05 paciente refiere que continua pérdida de líquido,</p> <p>Percibe movimientos fetales</p> <p>Sangrado vaginal (-)</p> <p>LCF 140 por minuto</p> <p>TV: dilatación 5cm, AP-3, I 90%</p> <p>Líquido amniótico claro</p> <p>Pelvis Ginecoide</p>

	<p>Imp. Dx. 1. G<sub>5</sub> de 39 semanas x eco del I° trimestre</p> <p>2. TP Fase Activa</p> <p>3. Abortadora recurrente</p> <p>4. RPM +/- 4 horas</p> <p>Plan: Hidratación y Antibióticos</p> <p>Tratamiento:</p> <p>1. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc vía</p> <p>2. Cefazolina 1 gr. EV cada 6 horas</p> <p>3. CO: DU+LCF</p> <p>4. CFV</p>
--	--

**Centro obstétrico 30-04-2017**

Evaluación Obstétrica	Evaluación Medica
<p>13:45 Ingresa gestante en camilla, procedente de emergencia para atención de parto.</p> <p>AREG, LOTEPE</p> <p>PA 130/70 mmHg P 84 x min</p> <p>T 37.2°C R 20 x min</p> <p>Examen AU 35 cm LCI LCF 138 x min</p> <p>TV: diferido ( evaluación médica)</p>	<p>13:50 paciente procedente de emergencia, niega irritación cortical, refiere PL Amniótico 4 horas +/-</p> <p>CFV estables</p> <p>AU 34cm LCI LCF 140 x min</p> <p>TV D: 4 cm I: 90% AP -3/-2</p> <p>M rotas liquido claro VP OIIT</p> <p>Pelvis Ginecoide</p> <p>Imp. Dx.</p>



<p>16:30 <b><u>No se cumplen indicaciones por simultaneidad en la atención (parto simultaneo)</u></b></p> <p>LCF variables, caen hasta 80 x min</p> <p>paciente con sensación de pujo</p> <p>pos contracción LCF 102 x min</p> <p>Al TV: dilatación completa</p> <p>Se comunica a médico Residente, se solicita evaluación por medico Gineco Obstetra</p> <p>16:35 LCF 70-80 x min persiste bradicardia</p>	<p>3. Mala Historia Obstétrica: Abortadora recurrente</p> <p>4. RPM +/- 5 horas</p> <p>Plan: Efectivizar indicaciones: manejo activo y analgesia+ ATB+ parto vaginal monitorizado.</p> <p>Tratamiento: Mismas indicaciones</p> <p>16:30 se evalúa a paciente con evolución espontanea</p> <p>LCF 90-130 x min</p> <p>TV D: 10 I 90% AP +2</p> <p>MR VP : OIIA</p> <p>No se evidencia liquido</p> <p>Imp. Dx.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. G<sub>5</sub> de 39 semanas x UR</li> <li>2. TP Expulsivo</li> <li>3. Mala Historia Obstétrica:</li> <li>4. RPM +/- 8 horas</li> <li>5. ICP</li> <li>6. Plan Cesárea</li> </ol> <p>Tratamiento</p>
---	---



<p>17:23 paciente pasa a SOP, despierta con 2 vías permeables, útero contraído y loquios (+)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Abortadora recurrente</li> <li>4. Antecedente de salpingectomía por embarazo ectópico</li> <li>5. Hemorragia pos parto</li> </ol> <p>Plan: Legrado uterino en Sala de operaciones</p> <p>Tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NPO</li> <li>2. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc vía 500cc rápido</li> <li>3. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc + 20 UI oxitócina XXX gotas x minuto</li> <li>4. Ceftriaxona 2 gramos EV cada 24 Horas</li> <li>5. Control de Sangrado vaginal</li> <li>6. CFV</li> <li>7. Se solicita Pruebas Cruzadas</li> </ol>
--	---

**Reporte de parto:**

1er periodo	08 horas 30 minutos
2do periodo	15 minutos

3° periodo	40 minutos
Duración total del parto	09 horas 25 minutos

**Resultados de laboratorio (previos al parto)**

Hemoglobina	11gr %
Hematocrito	33%
Leucocitos	12,190 pmc
Plaquetas	292,000 pmc
TP	10.6 seg
TTP	28,2 seg
HIV	No Reactivo
PRS	no hay reactivo
Grupo y factor	O +

**Sala de Operaciones:** 30-04-2017 INICIO 17:53FIN: 19:03

Reporte quirúrgico

1. Anestesia Epidural simple, Coloides 500cc, monitorización
2. Atención de puérpera
3. Diagnóstico pre operatorio

Puérpera de parto vaginal

Hemorragia pos parto

Alumbramiento incompleto inespecífico

Abortadora habitual

4. Diagnóstico post- operatorio

- Puérpera de parto vaginal
- Hemorragia pos parto
- Alumbramiento incompleto inespecífico
- Abortadora habitual
- Desgarro vaginal

5. Procedimiento quirúrgico

Legrado uterino Obstétrico, reparación de desgarros, episiorrafia

6. Hallazgos

Restos endouterinos en poca cantidad

Desgarro vaginal de 8 cm hasta el ángulo cervico vaginal

Ligadura de vasos sangrantes en dicho ángulo

Desgarro de 5 cm en ángulo izquierdo

Episiotomía

Sangrado vaginal 1000cc

7. Estudio patológico: ninguno

**Recuperación 30-04-2017 19:17**

Reporte de enfermera de recuperación

Paciente ingresa dormida a unidad ventilando espontáneamente, con doble vía periférica, pasando Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc por pasar
---

Sin sonda, sangrado vaginal escaso
CFV PA : 80/40 mmHg Fc: 116 x' Fr 20 x ' T° 35 ° SO <sub>2</sub> 94%
Se procesa orden de laboratorio para control de hemoglobina
20:25 resultados de laboratorio Hb 5.2 gr % se perfonea a médico de guardia
20:40 evaluación médica indica transfusión de 2 paquetes globulares Se coordina con banco de sangre
22: 00 se inicia transfusión de 1° paquete globular Monitoreo de FV PA : 122/88 mmHg Fc: 77 x' Fr 19 x ' T° 35 ° Paciente estable sin molestias
22:30 se continua con 2° paquete globular FV estable Evaluación por medico anestesiólogo, indica pasar a servicio Se coordina con servicio D

#### Balance Hídrico Recuperación

Total de ingresos	Total de egresos	Balance hídrico
1351	400	951

**HOSPITALIZACIÓN 01-05-2017 01:15**

Ingresas puérpera procedente de recuperación

Parto vaginal de 8 horas, hemorragia pos parto, Legrado uterino por alumbramiento incompleto+ desgarro vaginal, transfundida de 2 paquetes globulares, antecedente de Abortadora habitual.

P.A.	F.C.	F.R.	T°
100/50 mm/Hg	74 x 1'	18x1'	36.8

Examen Físico

- Piel y mucosas húmedas y tibias
- Mamas blandas hiposecretantes
- Abdomen Blando depresible, leve dolor a la palpación
- Genitales externos loquios hemáticos (+)

06:00 se tramita control de hemoglobina

07:00 resultados de Hemoglobina 8.8 gr%

Se reporta a obstetra de turno.

01-05-2017

	DIA	CFV	EVOLUCION
01-05-2017 DIA	1°	ESTABLES	Paciente sin molestias, útero contraído loquios escasos Visita médica deja indicaciones Pasa el día sin novedad
NOCHE		ESTABLES	Recibe tratamiento ATB. Ceftriaxona 2 gr, EV c/24 horas

			Pasa la noche tranquila
02-05-2017 DIA	2°	ESTABLES	Paciente sin molestias, útero contraído loquios escasos Visita médica deja indicaciones Pasa el día sin novedad Tratamiento vida oral Cefuroxima %500 mg VO cada 6 horas Hierro sacarato
NOCHE		ESTABLES	Pasa la noche tranquila
03-05-2017 DIA	3°	ESTABLES	Paciente sin molestias, útero contraído loquios escasos Pasa el día sin novedad Tratamiento vida oral Ceforoxima %500 mg VO cada 6 horas Hierro sacarato Visita médica: alta con indicaciones.

#### Evolución de la Hemoglobina

30-04-17 14:10	30-04-17	01-05-17 3:35	01-05-17 6:00
Al ingreso	Pos parto inmediato	Pos transfusión inmediata	Control 8 horas pos transfusión
11 gr %	5.2 gr %	8.3 gr %	8.8 gr %

### 2.1.5 Discusión

Hay varios puntos que considerar:

- Existen factores de riesgo que no han sido considerados para una mejor vigilancia y monitoreo de la paciente, como los abortos anteriores <sup>(3)</sup> los cuales pueden llevar a un problema como alumbramiento incompleto, tal como sucedió.
- Al examen se encuentra datos diversos en la altura uterina, el medico considera 34 cm y la obstetra 35, lo visto en estos casos siempre se está tratando de minimizar los dato reales con el fin de restar importancia a los factores de riesgo.
- En Centro Obstétrico la paciente tiene un periodo de casi 2 horas donde no ha sido monitorizada de forma estricta, por la simultaneidad de pacientes.
- Posterior a eso la paciente completa dilatación y al haber bradicardia y no disponibilidad de sala de operaciones, proceden la parto vaginal, no se reporta que procedimientos se han realizado o como se desarrolló el parto. Solo reportan liquido sanguinolento junto al nacimiento del bebe.
- En el expulsivo al haber retención placentaria debió subir a sala de operaciones inmediatamente y no realizar el procedimiento de extracción manual en Centro obstétrico, considerando el antecedente

de Abortadora habitual. Fue una pérdida de minutos valiosos. Ya en Centro obstétrico reportan un sangrado de 600CC.

- Los demás procedimientos estos ajustados al protocolo de manejo de hemorragias pos parto.

### **Epicrisis**

Fecha de ingreso 30-04-17

Fecha de egreso 03-05-17

Diagnóstico de egreso por orden de importancia

1. Puérpera de parto vaginal
2. Pos LU por alumbramiento incompleto
3. Anemia moderada

Método Planificación Familiar Inyectable de 3 meses

Indicaciones

Cita por consultorios externos en 7 días

Ceforoxima 500 mg cada 12 horas x 5 días

Sulfato ferroso 300mg cada 12 horas x 30 días

## **CAPITULO III**

### **Conclusiones**

- En el presente estudio se evidencio falla en el diagnóstico, el expulsivo curso con bradicardia. Al no contar sala de operaciones disponible se culminó en parto vaginal utilizando maniobras fuera de protocolo (como Kristeller) las cuales llevan a complicaciones tales como la hemorragia posparto causada por lesiones del canal vaginal.
- La responsabilidad de la atención, control y monitoreo de las pacientes de alto riesgo, en un servicio de unidad critica como es sala de partos es compartida por el Gineco obstetra y la obstetra.

### **Recomendaciones**

- Difusión y revisión de las guías y protocolo institucional para la atención humanizada por todo el personal de salud.
- Supervisión constante del personal en capacitación (médicos residentes) para el cumplimiento de protocolos.
- Talleres, discusión de casos clínicos, para el manejo de emergencias obstétricas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asturizaga P&TJ. Hemorragia Obstetrica. Revista Medica La Paz. 2010; 20(2).
2. INMP. GUÍA OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. 2014..
3. Landy H, Laughon S, Bailit J, Kominiarek M, González-Quintero V, Ramírez M. Características asociadas con perineales graves y laceraciones cervicales durante el parto vaginal. Revista Ginecología y Obstetricia. 2011; 117(3): p. 627-635.
4. Khaskheli M, Baloch S, Baloch A. Trauma obstétrico en el tracto genital después del parto vaginal. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos. 2012; 22(2): p. 95 - 97.
5. Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y. Intraparto cervicales laceraciones: características, factores de riesgo y los efectos en los embarazos posteriores. American Journal de Ginecología y Obstetricia. 2009; 200(4): p. 388- 492.
6. Sosa C, Althabe F, Belizán J&BP. Factores de riesgo en hemorragia postparto en partos vaginales en una poblacion de America Latina. Obstet Gynecol 113 (6). 2009; 113(6): p. 1313-1319.
7. Guasch E, Alsina E, Díez J, Ruiz R&GF. Hemorragia Obstetrica: estudio Observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. Revista Española deAnestesiologia y Reanimacion. 2009; 56(3): p. 139-146.
8. Montaña A. Hemorragia post parto – atonía uterina en el Hospital Ventanilla – DIRESA Callao. 2011..
9. Cruz T. Hemorragia Postparto - Atonía uterina. 2016..
10. Rios GTpoetdOUCdP. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. 2016..
11. Gutierrez Rojas JTpURP. Influencia en la somatometria perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del Hospital de Ventanilla como estudios prospectivo, julioa diciembre 2016. 2017..
12. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014 (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma- Perú. 2014.
13. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según capacidad resolutive. 2007.
14. Cabrera S. Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010.

15. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. *Revista Perú Medicina Experimental*. 2013;; p. 461 - 464.
16. Karlsson H, Pérez C. Hemorragia Postparto. *Sistema Sanitario Navarro*. 2009;; p. 159 - 167.
17. Aleman Salinas E. Incidencia de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, causas y tratamiento; del periodo comprendido enero 2012 – diciembre 2012, en el Hospital General de Ecatepec “José María Rodríguez”. Tesis maestría. Toluca Estado de Mexico: Universidad Autonoma del Estado de Mexico, Facultad de Medicina; 2013.
18. Calle A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2008; 54(1): p. 233 - 243.
19. Kozak L, DeFrances C, Hall M. Resumen Anual con detalle. Diagnósticos y Procedimientos. *Revista Salud Vital*. 2006; 162: p. 1 - 209.
20. Clínica Barcelona C. LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *Servicio de Medicina Materno Fetal*. 2014;; p. 1 - 8.
21. Guzmán R, Aleuanlli M, Castro A, Nase rM, Wenz eC, Castro D. Episiotomía y disfunciones del piso. *Revista Hospital Clinica Universitario Chile* 2015; 26: 215 - 21. 2015; 26: p. 215 - 221.
22. Rodriguez R, Alós R, Carceller S, Solana A, Frangia A, Ruiz D, et al. Incontinencia fecal posparto. Revisión de conjunto. *Revista Cirugía Española*. 2015; 93: p. 359 - 367.
23. Guise M MC,OPTH. Incidencia de la incontinencia fecal después del parto. *Revista Ginecología y Obstetricia*. 2007; 109: p. 281 - 288.
24. Solans M SEEM. Incontinencia urinaria y anal durante el embarazo y el posparto: Incidencia, gravedad y factores de riesgo. *Ginecología y Obstetricia. MEDLINE*. 2010; 115: p. 618 - 628.
25. Dudding T VC,KM. Lesión del esfínter anal obstétrico: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. *Revista Anales de Cirugía*. 2008; 247: p. 224 - 237.
26. Jung E HCCB. Incontinencia anal después del parto: Incidencia en la población coreana. *Revista de Investigación de Ginecología y Obstetricia*. 2008;; p. 248 - 252.
27. Cunningham LBSDHC. *Williams Obstetricia España: Mc Graw Hill*; 2013.
28. Ontañón M. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné. *Universidad de Alcalá*. 2009;; p. 45 - 46.

29. Donostia Hospital. Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstétrica: Protocolos; 2011.
30. Onyema O, Cornelio A, Uchenna E, Duke O. PRIMARIA POSTPARTO HEMORRAGIA EN FEDERAL CENTRO MÉDICO, Owerri, Nigeria: REVISIÓN DE SEIS AÑOS. Diario de Medicina de Nigeria. 2015;; p. 242 - 245.