



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**LACERACIÓN CERVICAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA
HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL HOSPITAL NIVEL II-I,
OXAPAMPA 2017**

PRESENTADO POR

ISIDRO MEZA, MARIA ELENA

ASESOR

MAG. YALAN LEAL, ELIZABETH

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERU

2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY	viii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. MARCO TEÓRICO.....	3
1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	3
1.4. BASES TEÓRICAS.....	8
CAPÍTULO II	25
CASO CLÍNICO.....	25
2.1. Objetivo.....	25
2.1.1. Objetivo General	25
2.1.2. Objetivos Específicos.....	25
2.1.3. Título del caso	26
2.2. Presentación del caso clínico	26
2.3. Discusión.....	46
2.4. Conclusión	48
2.5. Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Las 4 T's: Causas de hemorragia posparto - HPP.....	10
Tabla 2. Carnet de control prenatal – Hospital II-I.....	28
Tabla 3. Hoja de monitoreo de signos vitales – Hospital II-I.....	34
Tabla 4. Hoja de monitoreo de puerperio inmediato – Hospital II-I.....	39
Tabla 5. Resultados de pruebas de laboratorio – Hospital II-I.....	44
Tabla 6. Hoja de monitoreo materno fetal	45

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Manejo de la Hemorragia Intraparto y Post parto.....	56
Anexo N° 2. Manejo inmediato del shock hipovolémico	57
Anexo N° 3. Las 4 T's	58
Anexo N° 4. Factores de Hemorragia Puerperal	59
Anexo N° 5. Causa Básica de muerte materna clasificada como directa.....	60

RESUMEN

El presente caso clínico es una revisión narrativa que aborda la problemática de las gestantes que ponen en riesgo su vida a causa de una hemorragia puerperal producto de una laceración cervical. Identificar los factores de riesgo van a permitir que el personal de salud que atiende a la gestante este en alerta y su accionar rápido para actuar en las emergencias ayudara a disminuir las complicaciones. Los antecedentes internacionales y nacionales sobre la hemorragia post parto en relación a laceraciones cervicales fueron de ayuda para el desarrollo del presente trabajo. Este caso clínico se refiere a la atención de una paciente de parto vaginal que termina en una hemorragia post parto como consecuencia de una laceración cervical que pone en alerta al personal de salud. Este caso es una muestra de ayuda para detectar tempranamente los factores de riesgo de mayor ocurrencia en casos de laceraciones cervicales.

Palabras clave: hemorragia puerperal, laceración cervical, complicaciones del parto.

SUMMARY

The present clinical case is a narrative review that addresses the problem of pregnant women who put their lives at risk due to postpartum haemorrhage resulting from a cervical laceration. Identifying the risk factors will allow the health personnel who attend the pregnant woman to be on alert and their quick action to act in emergencies will help reduce complications. The international and national antecedents on postpartum hemorrhage in relation to cervical lacerations were helpful for the development of this study. This clinical case refers to the care of a vaginal delivery patient who ends up with postpartum hemorrhage as a consequence of a cervical laceration that puts health personnel on alert. This case is a sample of help to detect early the risk factors of greater occurrence in cases of cervical lacerations.

Key words: puerperal hemorrhage, cervical laceration, delivery complications.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La laceración cervical y desgarro de partes blandas es una de las complicaciones obstétricas que con frecuencia se presentan en los establecimientos de salud, muchas veces esto es debido a la inexperiencia de quien atiende, al uso de técnicas inadecuadas al momento de atención, o en algunos casos a la “rapidez” con que se quiere atender un parto sin tener en consideración que el trabajo de parto tiene sus momentos y tiempos, sin embargo no siempre esto se produce a causa de quien atiende sino que hay factores como infecciones urinarias, vaginitis y otras complicaciones que predisponen a los tejidos a sufrir de laceraciones⁽¹⁾.

En el Perú, debemos tener en cuenta este problema pues las condiciones de manejo para una hemorragia no son las mejores sobre todo en lugares alejados y los minutos para el traslado resultan valiosos para salvar la vida de la gestante, aunado a ello este evento produce un impacto importante en el estado nutricional y genera mayor tiempo de estancia hospitalaria, todo lo mencionado en conjunto resulta perjudicial para el binomio madre niño y para la familia en general.

La mayor prevalencia de hemorragias puerperales se da en lugares alejados donde el personal de salud no está disponible, sin embargo, debemos mencionar que en los hospitales y centros donde el personal de salud está presente se deben poner en práctica todas las capacidades del personal para evitar acciones innecesarias que pongan en riesgo la vida de la gestante.

Son conocidos las tres causas más frecuentes de HPP, entre esto tenemos: Atonía Uterina, restos placentarios y/o vaginales ⁽¹⁶⁾.

Las hemorragias post parto constituyen el 41.15 de las causas de muerte, y el 21.9% es representado por la hipertensión ⁽¹⁰⁾.

En nuestro establecimiento podemos indicar que en el último año hemos tenido el (55.2%) de gestantes con diagnóstico de hemorragia puerperal, las causas fueron: atonía uterina (34-0%), desgarro cervical y/o vaginal (27.5%) según evaluación de indicadores Materno Perinatal Red de Salud Oxapampa 2016, de ahí la importancia de conocer y estar preparado en el manejo adecuado del presente caso clínico.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia puerperal es un problema que genera la mayor cantidad de muertes maternas en países de Latinoamérica, en el Perú y en nuestra región, en nuestra realidad esta patología es bastante conocida, es por ello que se ha ido trabajando bastante fuerte para que los profesionales en los establecimientos de salud estén

más capacitados en el manejo de estos casos, sin embargo hay una realidad geográfica que no contribuye en nuestro manejo para brindar calidad de atención al binomio madre-niño; en el presente caso el personal de salud manejo de manera adecuada el evento y en ello radica la importancia del presente caso clínico por qué al presentarse un evento como la hemorragia puerperal el personal del establecimiento pudo actuar rápidamente, todo el personal estuvo capacitado para dar una respuesta y por consiguiente se logró salvar la vida de la gestante.

Debido a que esta patología se presenta con frecuencia la presentación de este caso servirá para que el personal de salud se concientice del valor de las capacitaciones y por ello realice capacitaciones específicas en el tema que le permitirá actuar de manera inmediata y pueda utilizar sus conocimientos en pro de garantizar la vida de quienes están en sus manos. Es de suma importancia actuar de manera adecuada pues conocer el manejo beneficia indudablemente a todos.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

a. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

ALKEMA, L. et al. Singapore-2016(1). Este estudio muestra las causas y complicaciones relacionadas al embarazo parto y puerperio. Se estima que unas 303.000 de ingresos bajos han muerto debido a una complicación durante esta etapa y en muchos casos esa muerte era prevenible. La mortalidad es mayor zonas rurales y pobres. Entre el 2003 y 2009 la hemorragia y la hipertensión han sido las causas más frecuentes de muerte, por lo que se deben priorizar políticas de salud, para reducir las muertes a nivel regional y global.

Guamán, G – 2013(2) El estudio revisa los traumas obstétricos en atención de parto en un Hospital Gineco obstétrico durante el año 2012 al 2013, se evalúa en 50 gestantes teniendo como conclusión que el 30% tuvo traumas o complicaciones en el parto, el 52% presentó desgarro vaginal, el 6% desgarro cervical. El 56% de los recién nacidos pesaron entre 2500 y 3500 grs.

Ingrid, D. Argentina – 2018. Las publicaciones científicas acerca de la hemorragia postparto indican que debe realizarse una vigilancia cercana a la mujer. Las causas más frecuentes de hemorragia postparto son traumatismo en 20%, anomalías de la contractilidad uterina 69%.

Asturiaga P, et al. Bolivia 2014. En los países en desarrollo la muerte es perenne y se debe a hemorragia e hipertensión, hechos que se presentan dentro de las primeras 24 horas en el 50% y por traumatismo en el 30%.

SAY, L. Suiza – 2014 (2). Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas

complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; siendo la causa en el 75% de los casos la hemorragia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)– 2016(3). La Organización Mundial de la Salud reveló la muerte materna disminuyó en el 2015 respecto del 1990. El 2000, los países que componen la organización de estados de las naciones unidas se ponen como objetivo reducir en un 75% la razón de muerte materna en relación a 100 000 recién nacidos vivos consistente en mejorar la salud materna. En los últimos se han establecido algunas estrategias para mejorar los esfuerzos pues las tasas no están acordes a lo esperado, por ello es que debemos redoblar esfuerzos para que las madres y niños tengan mejores condiciones de salud y evitar la muerte innecesaria.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)– 2015(4). La Organización Mundial de la Salud que debido a complicaciones maternas mueren alrededor de 20 millones de mujeres por HPP. Las muertes en la mayor parte de los casos son prevenibles, y un 99% son mujeres adolescentes que viven en países en desarrollo, siendo las zonas rurales y pobres las más afectadas. Entre los años 1990 y 2015 se ha reducido en un 44% las muertes maternas, y se espera que la meta para el 2030 sea reducida aun en mayor porcentaje.

b. ANTECEDENTES NACIONALES

MINISTERIO DE SALUD. Perú– 2013⁽⁶⁾. Para el periodo 2002-2011, la mortalidad materna fue de 111.9 /100 000 nacidos vivos. Así mismo, se sabe que se presentó en mayor cantidad en las personas que vivían en la región selva (160.5 /100.000) a diferencia de las otras regiones. Dentro de Lima, Lima metropolitana (47.5) tuvo un valor mejor al resto de Lima (78.9); la zona rural tuvo mayor mortalidad materna (177.4) en comparación con la zona urbana (73.4); se observó que la condición pobre tuvo mayor tasa (222.0) en comparación que la condición de no pobre (57.2) y que el grupo etario con mayor número de tasa de mortalidad fue el grupo de 15-19 años (259.4), seguido por el grupo de 30-34 años (142.5). Ello nos muestra que tenemos aún mucho por trabajar.

MINISTERIO DE SALUD. Perú – 2014⁽⁷⁾. La tasa de mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), lo que representa un descenso de 10% en este índice, sin embargo, este índice aún es muy bajo respecto a las expectativas que el país tiene rumbo al bicentenario.

MAFALDO, V. Perú – 2017. Se estudia las causas de hemorragia post parto en un Hospital del oriente peruano. La metodología utilizada es descriptivo, transversal, en un estudio de 901 pacientes de parto vaginal, en la que se observa que las causas más frecuentes de hemorragia son la retención placentaria con el 63.99% y el desgarro cervical en 25.73%.

CANDIOTTI, R. Perú – 2015. Evalúa la incidencia de un hospital de la zona de Lima Norte, estudio de tipo transversal, descriptivo, en la que intervienen puérperas con hemorragia postparto, en la que se encuentra con mayor frecuencia, la atonía

uterina, desgarros perineales y retención de restos, en todos los casos se presentó anemia.

MOCARRO, C. Perú – 2017. Estudio que evalúa las causas de hemorragia en un Hospital de Piura, se describen las características demográficas y las causas que según el análisis tienen un riesgo más alto, como son: cesareada anterior, desgarros uterinos, desgarro cervical.

QUISPE, B. Perú – 2017 Estudio de las causas de hemorragia en un Hospital del sur de Lima, en una población de 58 puérperas con hemorragia postparto, en el se encontró que las principales causas son primiparidad, macrosomía, atonía uterina y lesiones del canal del parto.

CORDOVA, R. Perú – 2017⁽⁸⁾ Estudio realizado en Tumbes, que evalúan a puérperas y se observó que dentro de los factores que predisponen a la hemorragia son la anemia pre parto, multíparas, no control prenatal, hemorragia, hipertensión.

1.4. BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIAS POSTPARTO

a. DEFINICIÓN

Es la pérdida sanguínea excesiva, que de acuerdo al tiempo pueden ser antes o después del parto ⁽⁹⁾. Esta pérdida sanguínea debe superar los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea ⁽¹⁰⁾. Esta pérdida sanguínea produce cambios hemodinámicos ⁽¹¹⁾. Se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml después del parto vaginal o la pérdida sanguínea mayor o igual a 1000 ml después de una cesárea⁽¹⁰⁾. La incidencia de hemorragia posparto (HPP) aumenta continuamente principalmente por el aumento de la atonía uterina y los trastornos de la implantación placentaria y las tasas aumentadas de parto vaginal quirúrgico y cesáreas y el consiguiente aumento de la pérdida primaria de sangre y, en el caso de la cesárea, el aumento de las tasas de HPP en embarazos posteriores ⁽¹²⁾.

b. ETIOLOGÍA

Factores de Riesgo de la hemorragia ante parto HAP ⁽²³⁾:

- Placenta previa: que se ve incrementada por legrados uterinos y/o abortos.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI): Por el traumatismo que puede ocasionarse, enfermedades hipertensivas, trombofilias.
- Rotura Uterina: Dada por inducciones con productos oxitócicos en cicatrices uterinas, parto prolongado, etc.

Factores de Riesgo de la hemorragia posparto HPP ⁽²⁴⁾:

- Retención placentaria por cirugía anterior.

- Canal de parto con lesiones por parto instrumentado, hiperdinamia, maniobra de Credé.

- Alteraciones de la coagulación.

TIPOS

Clasificación:⁽²³⁾:

a) previo al parto:

- DPP, rotura uterina, placenta previa, vasa previa.

b) después del parto:

- Precoz 50% (Primeras 24 horas)

- Traumatismo del canal del parto, retención de membranas, atonía, inversión uterina, endometritis, dehiscencia de histerorrafia.

c) Secundarias:

- Óbito fetal y Coagulopatías

Así mismo la Guía para el Programa de las sociedades europeas de ginecología⁽²²⁾, clasifica la etiología de la HPP en las cuatro T's.

Tabla 1. **LAS 4 T's: CAUSAS DE HEMORRAGIA POSPARTO - HPP** ⁽¹²⁾

Las 4 T's: Causas de hemorragia posparto HPP			
Tono (Atonía Uterina)	Tejido (Placenta)	Trauma	Trombina (Coagulopatía)
Distensión uterina (multiparidad, polihidramnios, macrosomía fetal). Parto precipitado o prolongado Corioamnionitis Fibrosis Uterina	Placenta retenida Placenta Invasiva anormal Placenta remanente	-Injuria vulvovaginal -Ruptura Uterina -Inversión Uterina	EMBARAZO INDUCIDO: Trombocitopenia OTROS: Enfermedad de Von Willebrand Coagulopatía plasmática Trombopatía Deficiencias de factores de la coagulación

Atonía uterina

De acuerdo a Herschderfer un 60% de la muerte materna ocurre dentro de las 24 horas ⁽¹⁵⁾.

La Atonía Uterina es una emergencia obstétrica y la causa principal de la HPP (14).

Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable

de 50% de las muertes maternas en países pobres. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato. Esto debido a que las células miométricas del cuerpo uterino se contraen de manera inadecuada en respuesta a la oxitocina endógena que se libera durante el parto ⁽¹⁶⁾.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana ⁽¹⁷⁾, infusiones indicadas de sulfato de magnesio y uso prolongado de oxitocina. La contracción uterina ineficaz, ya sea focal o difusa, se asocia adicionalmente con una amplia gama de etiologías que incluyen tejido placentario retenido, trastornos placentarios (como placenta mórbida adormecida, placenta previa y desprendimiento de placenta), coagulopatía (aumento de los productos de degradación de la fibrina) e inversión uterina. El índice de masa corporal (IMC) por encima de 40 (obesidad de clase III) es también un factor de riesgo reconocido para la atonía uterina posparto ⁽¹⁶⁾.

En un embarazo normal, la contracción del miometrio comprime mecánicamente los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario proporciona el mecanismo principal de hemostasia uterina después del parto. El proceso se complementa con factores hemostáticos residuales locales, como el inhibidor del activador del plasminógeno del factor tisular tipo 1, así como con factores de coagulación sistémica, como plaquetas, factores de coagulación circulantes ⁽²⁶⁾. En el caso de la atonía uterina, no se da una correcta contracción del miometrio, haciendo que los factores hemostáticos y de coagulación sean insuficientes para poder contener el sangrado del parto.

El Colegio Estadounidense de Obstetras recomienda que las mujeres sean identificadas prenatalmente como de alto riesgo de hemorragia posparto en función de la presencia de espectro de acreta placentaria, IMC antes del embarazo superior a 50, trastorno hemorrágico clínicamente significativa u otros factores quirúrgicos de alto riesgo ⁽²⁸⁾.

El sangrado abundante que se identifica al examen es abundante, rojo rutilante y no doloroso a la palpación, visualizándolo no se identifica laceraciones ⁽²⁹⁾.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%. El diagnóstico se realiza con un aumento de la altura del fondo uterino útero flojo y suave; generalmente sangrado intermitente y abundante.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores (para mejorar el tono e inducir contracciones uterinas), masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

Después del parto vaginal ⁽²²⁾:

- Uterotónicos, ácido tranexámico si es necesario.
- curetaje cuidadoso en la sala de partos o en el quirófano si se sospecha retención de placenta
- Taponamiento uterino si es necesario
- Otros procedimientos quirúrgicos
- considerar la embolización

Después de la cesárea

- Uterotónicos, ácido tranexámico si es necesario

▪ Procedimientos quirúrgicos

Procedimientos mecánicos: masaje uterino (formación de prostaglandinas endógenas), compresión uterina bimanual (por ejemplo, la maniobra de Hamilton)

Excluir traumatismos vulvovaginales (mediante examen con espéculo y US abdominal si es necesario)

Excluya la placenta retenida (examine la placenta para asegurarse de que esté completa, sonografía)

e. Diagnóstico

Criterios diagnósticos para hemorragia obstétrica (20):

- Pérdida de la volemia en más del 25%
- Pérdida de hematocrito en más de 10 puntos.
- Caída de la hemoglobina 4 gr/dl.
- Sincope y debilidad.

Trauma Cervical

El trauma cervical, o daño a la integridad del estroma cervical, se ha citado comúnmente como un factor que contribuye a la insuficiencia cervical. El traumatismo cervical se adquiere con mayor frecuencia de conización cervical, escisión electroquirúrgica con asa, dilatación mecánica durante la terminación del embarazo y laceraciones obstétricas. Varios estudios han documentado una asociación entre la conización cervical, las escisiones electroquirúrgicas y la dilatación y legrado y un riesgo elevado de insuficiencia cervical, rotura prematura de membranas prematuras (RMP) y parto prematuro (PTB). Sin embargo, pocos

informes caracterizan los resultados del embarazo después de un trauma obstétrico⁽³¹⁾.

Se piensa tradicionalmente que las laceraciones cervicales intraparto se producen debido al parto del feto a través del cuello uterino en el momento del parto vaginal. Sin embargo, las laceraciones cervicales también pueden notarse al momento del parto por cesárea, particularmente cuando la cesárea se realiza durante la segunda etapa del parto (ya sea debido a una detención en la segunda etapa o por indicaciones fetales). Algunos investigadores han propuesto que una histerotomía por cesárea de baja posición o de caudal puede dañar inadvertidamente el cuello uterino y aumentar el riesgo de insuficiencia cervical⁽³¹⁾.

La laceración cervical se ha identificado como una causa conocida de hemorragia posparto. Una revisión de la literatura existente obtiene poca información sobre la incidencia y los factores de riesgo de laceración cervical después del parto vaginal. En la medicina tradicional iraní, todos los tipos de laceraciones vaginales, cervicales y uterinas nombradas como un término común de la fisura uterina o "sheghaghe rahem". En este campo de la medicina, "sheghaghe" (fisura) se refiere a la laceración y "rahem" está destinado al útero, el cuello uterino y la vagina. En la medicina moderna, se han identificado algunos factores de riesgo de laceración cervical incluyendo diabetes gestacional, distocia de hombro, parto con fórceps, vacío o ambos, antecedentes de cerclaje, conización cervical, así como dilatación y evacuaciones⁽³²⁾.

Avicenna ("hijo de Sina", circa 980 - junio de 1037) fue uno de los practicantes más prominentes de la medicina tradicional en Irán. Él creía principalmente en las etiologías subyacentes y ambientales para la laceración. Él cree que la rigidez y la

sequedad del tejido es una causa subyacente de la aparición de laceraciones y fisuras. En tales circunstancias, con la adición de algunos factores ambientales, como el trabajo de parto difícil, la aparición de laceraciones es más predecible. En más explicaciones, basadas en las enseñanzas de la Medicina Tradicional Iraní, se deben presentar cuatro cualidades de calor, frío, humedad y sequedad proporcionalmente en todos los materiales y células del cuerpo. Cada una de estas cualidades tiene propiedades especiales, por lo que el dominio de la humedad resulta en la estructuración de la nueva forma y la pérdida de la forma actual del material. Por el contrario, la sequedad puede causar dificultades para aceptar la nueva situación y perder la situación anterior. En términos de parto, existe la necesidad de dilatación y plasticidad tisular y, por lo tanto, la dominancia de la sequedad puede alterar esta afección provocando algunas complicaciones, como la laceración⁽³²⁾.

La medicina tradicional iraní ofrece una amplia variedad de recomendaciones para eliminar la resequead de los tejidos blandos que pueden ayudar a facilitar el parto y reducir las complicaciones relacionadas. Por ejemplo, Avicenna recomendó usar baño frecuente y baño de asiento cerca del parto. Hoy en día, los efectos beneficiosos de los mismos protocolos similares, como el nacimiento en el agua, también han sido bien probados. Es de destacar que el beneficio más destacado del nacimiento con agua en estudios recientes se ha visto que reduce el trauma perineal y la necesidad de realizar una episiotomía. Avicenna también recomendó untar áreas del pubis, la cintura y el perineo con algunos tipos de aceites como la manzanilla y el eneldo. Otro protocolo introducido en la medicina tradicional para suavizar los tejidos y eliminar su sequedad es *Dikeye laien* (masaje suave) que se

creo que la medicina tradicional es efectiva para la absorción de la pérdida de humedad en los tejidos y también para la frescura del tejido. Este tipo de masaje se emplea aplicando la presión de suavidad por masajista. Hoy en día, el efecto beneficioso del masaje perineal sobre la mejora del resultado perineal (definido como la presencia o ausencia de lesión en los tejidos de la región perineal, incluido el cuerpo perineal, las estructuras vaginales anteriores y el canal vaginal) se confirma con éxito. Este efecto positivo puede ser potencialmente observable en el masaje anteparto referido al masaje regular del cuerpo perineal y la vagina inferior en el último mes del embarazo. El masaje perineal se realiza comúnmente con un aceite o lubricante. Se cree que los efectos beneficiosos de este tipo de masaje pueden estar relacionados con la mejora de la elasticidad de los tejidos vaginales, el aumento del flujo sanguíneo y la relajación perineal del tejido mejorada⁽³²⁾.

c. TRATAMIENTO

Medicamentos y medidas quirúrgicas para tratar la HPP

Uterotónicos

- Oxitocina (Syntocinon®) IV (IM si es necesario)

Se puede administrar un máximo de 6 UI de oxitocina sin diluir de forma lenta e intravenosa:

- 3-5 UI (1 vial) en 10 ml de NaCl al 0,9% en forma de bolo único (¡intravenoso lento!)

▪ Si es necesario, esto puede ir seguido de 10-40 UI de oxitocina en 500-1000 ml de solución salina como una infusión continua (la dosis depende de la situación clínica, particularmente del impacto sobre el tono uterino) ⁽³³⁾.

El inicio de acción después de la administración IV (vida media de 4-10 minutos) es menos de un minuto o 3-5 minutos después de la administración intramuscular (máximo 10 UI).

- Carbetocina (Pabal®)

El uso de carbetocina para tratar la HPP aún no se ha investigado suficientemente.

El uso de carbetocina para tratar PPH ha sido reportado en casos individuales.

- Metilergometrina (Methergin®)

Dado el rango de efectos secundarios graves y el hecho de que hay mejores alternativas disponibles, se recomienda la máxima precaución cuando se administre metilergometrina para tratar la hemorragia posparto.

La metilergometrina no debe administrarse como un bolo intravenoso.

- Prostaglandinas

Si los uterotónicos de primera línea no son efectivos y los pacientes no responden a los uterotónicos de primera línea, las prostaglandinas deben administrarse inmediatamente ⁽³⁰⁾.

Los agonistas del receptor de oxitocina y las prostaglandinas no deben administrarse simultáneamente.

- Sulprostona (Nalador®)

Dosificación:

- 1 vial = 500 µg en una solución de 500 ml administrada mediante una bomba de infusión
- Dosis inicial: 100 ml / h, hasta un máximo de 500 ml / h si es necesario
- Dosis de mantenimiento: 100 ml / h
- Dosis máxima 1000 µg / 10 horas (2 viales)
- Dosis diaria máxima de 1500 µg (3 viales)

- Misoprostol (Cytotec®)

Dosis: 800-1000 µg de misoprostol administrado por vía rectal o 600 µg administrado por vía oral ⁽³³⁾.

Un metanálisis de Cochrane mostró que la infusión de oxitocina fue más efectiva como tratamiento de primera línea que la administración de misoprostol y adicionalmente tuvo menos efectos secundarios. Cuando se utilizó después de uterotónicos profilácticos, el misoprostol y la oxitocina fueron igualmente efectivos ⁽³⁷⁾.

- Aplicación intrauterina de prostaglandinas

La aplicación intramétrica de sulprostona (por ejemplo, al fondo uterino en casos de cesárea) está contraindicada ⁽³⁰⁾.

Medidas Quirúrgicas (Compresión, Desvascularización, Histerectomía) y Embolización

- Procedimientos de enlace

En el caso de la tríada letal que consiste en hemorragia persistente, hemorragia choque y coagulopatía, se recomienda el siguiente abordaje en tres etapas ⁽³⁸⁾

- Hemostasis quirúrgica temprana llevada a cabo por el obstetra quirúrgico asistido utilizando una incisión Pfannenstiel o laparotomía mediana, eventración del útero con la tracción craneal y compresión uterina y de sujeción atraumática de las arterias uterinas para minimizar perfusión. Colocación de suturas de compresión uterinas y aplicación de un taponamiento uterino.
- Corrección paralela de la hipovolemia, la temperatura, el equilibrio ácido-base alterado y la coagulopatía por el anestesiólogo; si es posible, la cirugía debe pausarse hasta la estabilización.
- Tratamiento definitivo (quirúrgico) del paciente ahora hemodinámicamente estable por un cirujano con la experiencia quirúrgica adecuada. Si la infraestructura necesaria está disponible, la opción de realizar la embolización radiológica convencional de las arterias uterinas aferentes ⁽²⁸⁾. El beneficio de este enfoque es que puede preservar la fertilidad, como se ha descrito para series de casos grandes ⁽³⁹⁾.

- Suturas de compresión uterinas

El objetivo de estas suturas es comprimir el útero, reducir el área de adhesión placentaria y taponar el sitio sangrante. Este enfoque está indicado para el sangrado uterino después del parto vaginal o después de la cesárea. En la actualidad, no es posible decir nada acerca de la eficacia óptima de tipos específicos de suturas.

Todos los métodos empleados tenían altas tasas de éxito en términos de prevenir la histerectomía que de otro modo habría sido necesaria.

La elección del método de sutura apropiado depende de la indicación (atonía, sangrado del lecho placentario, sangrado difuso) ⁽³⁰⁾.

Los materiales de sutura adecuados (aguja grandes, hilos de sutura largos) deben mantenerse listos en el quirófano.

- Ligaduras vasculares

Además de la ligadura simple de la arteria uterina, la desvascularización uterina por etapas también puede usarse para la hemostasia. La técnica consiste en 5 pasos consecutivos para ligar las ramas ascendentes y descendentes de las arterias uterinas y las colaterales de las arterias ováricas ⁽³⁰⁾.

La ligadura de la arteriola ilíaca interna solo se debe llevar a cabo como último recurso y solo por un cirujano con amplia experiencia en cirugía pélvica.

- Histerectomía posparto

Las medidas conservadoras para preservar el útero solo son útiles si el paciente es hemodinámicamente estable y no tiene hemorragia potencialmente mortal ⁽³¹⁾. La decisión de que la histerectomía esté indicada no debe demorarse o dejarse demasiado tarde.

La histerectomía supracervical es el procedimiento de elección para la atonía, ya que el tiempo de operación es significativamente más corto y la operación no conduce a un acortamiento vaginal involuntario. La histerectomía total debe considerarse para los trastornos de implantación placentaria del segmento uterino inferior; se recomienda la visualización de los uréteres durante este procedimiento ⁽³¹⁾.

Las contraindicaciones relativas para las medidas de preservación del útero son ⁽³⁰⁾:

- Amplia placenta anormalmente invasiva (placenta increta / percreta) donde la cama de la implantación de la placenta está abierta, el sangrado de la cama

implantación placentaria es resistente al tratamiento o la cama de la implantación cubre grandes áreas de la pared uterina.

- Lesión uterina no reconstruible
- Útero séptico

Durante el tiempo de transición al tratamiento definitivo, se puede realizar una compresión (bimanual) de la aorta durante hasta 20 minutos para evitar la pérdida innecesaria de sangre ^(29,30). Si está claro que la hemorragia no puede controlarse con una histerectomía o continúa, aunque se haya llevado a cabo una histerectomía, la pelvis y el abdomen de menor tamaño deben estar empacados con suficientes paños abdominales humedecidos.

- Embolización del catéter arterial

Todos los departamentos de obstetricia deben determinar si la embolización del catéter arterial puede realizarse en sus instalaciones y el tiempo que toma para que este método esté disponible y luego crear la estructura organizacional que determinará en qué momento el paciente debe ser transferido al departamento de radiología intervencionista. La condición previa para la transferencia es que el paciente sea hemodinámicamente estable y no tenga una hemorragia masiva ⁽³¹⁾.

Si la embolización del catéter está disponible en el sitio, el radiólogo debe ser notificado temprano (por ejemplo, cuando un intento de hemostasia con suturas de compresión uterinas no es exitoso). Debido a la variedad de efectos secundarios, las opciones de tratamiento médico y quirúrgico deben agotarse en gran medida. El tiempo de transferencia al departamento de radiología también está determinado por lo importante que es preservar el útero ⁽³⁸⁾.

Antes de que el paciente es trasladado, embalaje intraabdominal se debe considerar como un procedimiento de pasarela si el paciente ya ha sufrido una histerectomía procedimiento para evitar una pérdida crítica de la sangre durante el transporte y contener el sangrado durante la intervención veces prolongada ⁽³¹⁾.

Si la intervención se puede planificar con anticipación (por ejemplo, placenta increta / percreta), los catéteres endovasculares ya pueden colocarse preoperatoriamente en la arteria ilíaca interna en ambos lados. La embolización con catéter se puede utilizar como último recurso para tratar el sangrado difuso persistente en la pelvis menor después de la histerectomía posparto ⁽³¹⁾.

d. PREVENCIÓN

Manejo activo después del parto vaginal

Después de que el bebé nazca y comience a respirar, se debe administrar oxitocina (Syntocinon® 3-5 UI de infusión IV lenta) para la prevención de la HPP ⁽³⁸⁾.

El pinzamiento inmediato del cordón umbilical al nacer y la tracción controlada del cordón umbilical no tienen ningún impacto en la reducción de la hemorragia posparto y no deben llevarse a cabo.

Prevención de la HPP durante la cesárea ⁽²²⁾

La profilaxis con PPH debe administrarse como en el parto vaginal.

La profilaxis puede consistir en la administración de oxitocina (Syntocinon® 3-5 UI por infusión corta [o infusión intravenosa lenta]) o carbetocina (Pabal® 100 µg) por infusión corta o infusión intravenosa lenta.

Si los factores de riesgo están presentes ⁽²²⁾

Si hay factores de riesgo presentes, se deben tomar las siguientes medidas:

- Acceso venoso adecuado para cada mujer en trabajo de parto, acceso intravenoso adecuado en caso de complicaciones de sangrado
- Los uterotónicos deben estar disponibles (oxitocina, por ejemplo, Syntocinon®), prostaglandinas (por ejemplo, sulprostona: Nalador®), misoprostol (Cytotec®, uso no indicado en la etiqueta)
- Verificar logística:
 - Verifique la disponibilidad de pruebas de laboratorio de emergencia (hemograma completo, análisis de gases en la sangre [BGA], aPTT, tiempo de protrombina [PT] o INR, antitrombina [AT], fibrinógeno, posiblemente tromboelastografía o tromboelastometría [ROTEM])
 - Obstetra y anestesiólogo deben estar en el lugar, obstetra experimentado y anestesiólogo experimentado de guardia
 - Verifique la disponibilidad de productos sanguíneos: comparación cruzada, pedido de concentrado de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas
 - Comprobar la disponibilidad de agentes hemostáticos (ácido tranexámico [Cyclokapron®], fibrinógeno [Haemocomplettan®], factor XIII [Fibrogammin®], factor VIIa activado recombinante [rFVIIa, NovoSeven®, uso no indicado en la etiqueta]).

Monitoreo después de PPH

Después de PPH, se debe llevar a cabo un monitoreo activo individualmente adaptado por al menos 24 horas⁽²¹⁾.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivo

2.1.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgo, manejo y tratamiento en la hemorragia puerperal debido a la laceración cervical, Hospital nivel II.I - Oxapampa.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Conocer los diversos factores de riesgo para presentar una laceración cervical y desarrollar hemorragia puerperal.
- Describir el manejo y tratamiento de acuerdo al cuadro clínico presentado en la hemorragia puerperal.

2.1.3. Título del caso

LACERACION CERVICAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA PUERPERAL EN EL HOSPITAL NIVEL II-I OXAPAMPA 2017.

2.2. Presentación del caso clínico

HISTORIA CLÍNICA

NOTA:

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

A. ANAMNESIS

a. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres	:	XXXX
Fecha de nacimiento	:	20 de enero de 1988
Edad	:	29 años
Sexo	:	Femenino
Estado civil	:	Conviviente
Grado de instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Comerciante
Religión	:	católica
Idioma	:	Castellano
Lugar de nacimiento	:	Oxapampa
Peso habitual	:	62 kg
Talla	:	1.51 m

Consultas prenatales:

- ✓ 14/01/2017: 1ra. Consulta pre natal: paciente inicia su primera atención pre natal a las 6 sem, no refiere molestias, dentro de los rangos normales.
- ✓ 14/02/2017: 2da. Consulta pre natal: paciente no refiere molestias, dentro de los rangos normales, 10 sem.
- ✓ 20/03/2017: Paciente acude a consultorio con ecografía de 15 sem, y un examen de orina patológico.

Tabla 2. CARNET DE CONTROL PRENATAL – HOSPITAL II-I

Fecha	14/01/17	14/02/17	20/03/17	25/04/17	23/05/17	22/06/17	22/07/17	4/08/17	11/08/17	18/08/17
EG (sem)	6	10	15	20	24	29	33	35	36	37
Peso (Kg)	61.8	61	60.6	63	65.2	66	66.9	68.9	68.3	67.5
PA (mmHg)	95/55	92/42	93/45	91/44	89/44	100/50	97/47	99/50	82/42	82/40
AU (cm)	NA	14	14	22	22	27	30	31	34	33
SPP	NA	NA	NA	NA	oblicuo	LCD	LCI	LCD	LCI	LCI
FCF (x')	NA	NA	140	138	132	140	141	132	130	125
PULSO (x')	80	84	91	93	89	84	100	94	106	91
Proteinuria Cualitativa	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
ROT	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Sulfato ferroso + ácido fólico	I/30	I/30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Calcio	NA	NA	NA	I/60	II/60	III/60	IV/60	NA	NA	NA
EG Eco control	NA	NA	NA	NA	24 SEM	NA	NA	NA	NA	NA
PBF	NA	NA	NA	NA	NA	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
Hb gr%			13							
Examen de orina			POSITIVO							19/08/17 POSITIVO
Glucosa mg%			NORMAL							19/08/17 NORMAL
HIV	NO REACTIVO									
PRS			NO REACTIVO							19/08/17 NO REACTIVO

Fuente: Tarjeta de Atención Prenatal de Hospital E.G.G.G Oxapampa

Hallazgos en el control pre natal:

- 20/03/17 Infección Urinaria
- 19/08/17 Infección Urinaria
- 22/08/17 Ruptura Prematura de Membranas

b. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente ingresa a Emergencia Obstétrica refiriendo pérdida de líquido amniótico hace más o menos 5 minutos, no sangrado vaginal, refiere contracciones uterinas de forma esporádica.

c. ENFERMEDAD ACTUAL

Relato del ingreso por emergencia obstétrica:

Fecha de ingreso: 22 de Agosto del 2017

Hora 10:50 hrs

Paciente de 29 años acude a Emergencia Obstétrica refiriendo pérdida de líquido amniótico hace más o menos 5 minutos, no sangrado vaginal, refiere contracciones uterinas de forma esporádica.

d. ANTECEDENTES:

- **Antecedentes familiares:** Diabetes (padre)
- **Antecedentes personales:**
 - ✓ Enfermedades de la Infancia y adolescencia: niega
 - ✓ Intervenciones Quirúrgicas: niega
 - ✓ Reacciones Alérgicas Medicamentosas: niega
 - ✓ Patologías en embarazo actual: Infección Urinaria, Vaginitis
- **Antecedentes obstétricos:**
 - ✓ Menarquia: 15 años
 - ✓ Régimen Catamenial: 6-7 cada 28-30 días
 - ✓ Andria: 1
 - ✓ MAC: Preservativos

- ✓ Papanicolaou: Negativo 2016
- ✓ ITS: Síndrome de Flujo Vaginal
- ✓ Fórmula obstétrica: G₃P₂₀₀₂
- ✓ FUR: 01 de Diciembre del 2016
- ✓ FPP: 08 de Setiembre del 2017
- ✓ FUP: 05 de enero del 2010
- ✓ Edad gestacional: 37.5 semanas

Examen físico:

Control de Funciones Vitales:

- ✓ Presión arterial: 110/75 mmHg, Pulso: 109 x', Temperatura: 36.7°C.
- ✓ Frecuencia respiratoria: 19x'.
- ✓ Síntomas Principales: pérdida de líquido amniótico.

Examen obstétrico:

- **Mamas:** blandas, pezones preparados
- **Abdomen:** Útero grávido Altura uterina: 33 cm.,
- ✓ MF: ++
- ✓ SPP: LCI.
- ✓ FCF: 130-137x'
- ✓ PF: 3255 +/- 100 gr.
- ✓ DU: esporádica
- **Tacto vaginal:** No modificación cervical, se evidencia pérdida de líquido amniótico en regular cantidad (color claro), no sangrado.
- ✓ Altura de presentación: -4.

- ✓ Membranas: Rotas
- **Miembros Inferiores:** No presencia de edemas.

Diagnóstico:

1. Gestante de 37 5/7 sem. por FUM
2. No trabajo de parto
3. Ruptura Prematura de Membranas +/- 10´
4. Periodo Intergenésico Largo

Plan de trabajo:

- ✓ Hospitalización
- ✓ Monitoreo Materno Fetal
- ✓ Iniciar cobertura con antibióticos
- ✓ Solicitar exámenes de laboratorio

Tratamiento: en Emergencia Obstétrica.

Hora: 11:15 hrs.

1. Dieta blanda + líquido a voluntad
2. Vía salinizada
3. Ampicilina 2 gr EV en 6 hrs y luego 1 gr. EV c/6 hrs
4. Se solicita Hemograma, PCR, examen de orina, Urocultivo
5. Vigilar signos de corioamnionitis
6. Monitorización materno fetal estricto
7. Reevaluar con resultados

Pasa a Hospitalización.

Hora 12:00 hrs. (Evaluación Obstétrica)

Se encuentra a paciente gestante en su unidad con vía periférica en miembro superior izquierdo (vía salinizada), al interrogatorio refiere que presento perdida de líquido amniótico + o - a las 10: 45 hrs. del día de hoy, también refiere presentar contracciones uterinas de forma esporádica, niega otras molestias

Al examen: AREG, LOTEP

Control de Funciones Vitales

PA: 100/60 mmHg. FC: 90 x' FR: 21 x' T:36. 7°C

Abdomen: Útero grávido ocupado por producto de gestación FCF: 130-138 x'

Mov. Fet.: presentes D.U: esporádica

Genitales externos: Tacto vaginal no modificación cervical, se evidencia perdida de líquido amniótico claro en regular cantidad, no sangrado vaginal. AP: -4

Miembros inferiores: no edemas

Impresión Diagnóstica:

1. Multigesta de 37 5/7 sem. x FUM
2. No trabajo de parto
3. Ruptura Prematura de Membranas de + - 1 hora
4. Periodo Intergenésico Largo

Plan: 1. Control de funciones vitales

2. Exámenes de laboratorio – test estresante
3. Antibioticoterapia

Paciente queda en su unidad con monitoreo materno fetal en hoja aparte

Hora 14:00 hrs.

Se administra ampicilina 2 gr EV (lento y diluido)

Hora 14:45 hrs.

Se inicia inducción (cloruro de sodio al 0.9 % 1000 ml + 10 UI oxitocina) con 8 gotas x'.

Hora 16:30 hrs.

Se realiza test estresante: Negativo, con variabilidad disminuida.

Se comunica a ginecóloga quien indica continuar con goteo hasta 60 gotas x' luego continuar con goteo constante hasta 20:30 hrs. luego comunicar a ginecólogo para reevaluación.

Hora: 16:45 hrs.

- ✓ Se inicia Ampicilina EV
- ✓ Frecuencia Cardiac: 82 por minuto
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 21 por minuto
- ✓ Presión Arterial: 92/60 mmHg.
- ✓ Frecuencia Cardiac Fetal: 140-152por minuto

Tabla 3. **HOJA DEMONITOREO DE SIGNOS VITALES – HOSPITAL II-I**

HORA	PA	FC	FR	T
18:00	100/64	86	21	36.7
19:20	92/58	95	20	36.7
19:35	90/55	98	21	36.7
23:50	99/58	94	21	37

Fuente: Historia Clínica Materna – Servicio Obstetricia - Hospital

Hora 19:00 hrs.

FCF: 130-149 x' Mov. Fetal: presente DU: 4/10 ++ 25''-30''

Tacto vaginal: Dilatación: 1 cm Incorporación: 50% AP: -4 M: Rotas

Hora 19:30 hrs.

PA: 92/58 mmHg FC: 95 x' FR: 20x' T: 36.7 °C

FCF: 132-150 x' Mov. Fet.: Presente DU: 4/10 ++ 25-30''

Paciente queda en su unidad con monitoreo electrónico fetal permanente reportado en hoja aparte. Pendiente reevaluación por ginecólogo.

GUARDIA NOCTURNA (Hospitalización Obstétrica)

Fecha 22 de Agosto del 2017

Hora 19:35 hrs.

Se encuentra gestante en el ambiente de dilatación con vía periférica permeable con cloruro de sodio al 0.9 % + 10 UI oxitocina a 60 gotas x'.

Control de Funciones Vitales:

PA: 90/55 mmHg. FC: 98 x' FR: 21 x' T: 36.7 °C

DU: 4/10 ++ 25-30'' FCF: 158-172 x' durante +/- 10 min

Monitoreo materno fetal en hoja aparte.

Hora 20:00 hrs.

Se administra ampicilina 1 gr. EV lento y diluido. Se suspende la infusión de oxitocina por presentarse taquicardia fetal.

Acude ginecólogo para evaluación quien indica nuevamente iniciar estimulación con oxitocina.

REPORTE EVALUACIÓN GINECOOBSTETRICA: Se reevalúa paciente en inducción del trabajo de parto con solución de oxitocina al 1 % por RPM

DU: 4/10 ++ 35”

Tacto Vaginal: Incorporación: 80% Dilatación: 2 cm M: Rotas (LAC) AP:-4

Plan: Continuar con oxitocina

Reevaluación en 3 hrs.

Tratamiento:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Vía salinizada
3. Continuar antibiótico
4. Continuar estimulación con oxitocina
5. Reevaluar en 3 hrs.
6. Vigilar signos de corioamnionitis

Hora 21:00 hrs.

Continúa evaluación obstétrica

Se reinicia estimulación con solución de oxitocina al 1% 4 gotas x' presentando

DU: 4/10++ 25-35"

Fecha 23 de Agosto del 2017

Hora 01:00 Hrs.

Gestante con dilatación completa pasa a sala de partos.

Hora 01:14 hrs.

Se produce el parto con recién nacido vivo de sexo masculino Apgar: 8' 9⁵Capurro

37 ss, presentación compuesta y circular simple al cuello.

Hora 01:30 hrs.

Se produce alumbramiento dirigido, desprendimiento modalidad Schultzen con la eliminación completa de la placenta y membranas amnióticas.

Puérpera inmediata inicia sangrado vaginal activo, útero hipotónico, se instala 2da vía con cloruro de sodio al 0.9 % + 30 UI de oxitocina.

Se realiza masaje bimanual, administración de misoprostol 200 µg. 04 tab vía transrectal, ergometrina 0.2 mg IM.

Se administra poligelina 500 cc 30 gotas x'

Se evidencia sangrado vaginal procedente de cuello uterino, se hace llamado a Gineco-obstetra.

Acude Gineco-obstetra, realiza revisión instrumentada + legrado puerperal.

Procede a realizar sutura de laceración cervical a horas 12, 1 y 5 y sutura de desgarro perineal.

Puérpera inmediata pasa a su unidad con vía periférica permeable, útero contraído, con 02 tapones y 04 gasas en vagina.

PA: 103/69 mmHg. **FC:** 96 x' **FR:** 22 x' **T:** 36 °C

Hora 01:50 Hrs. (23/08/2017)

Reporte evaluación Ginecobstetricia: Se acude al llamado de vigilancia del hospital por emergencia en sala de parto. Obstetra reporta hemorragia puerperal.

Paciente con sangrado de 1000cc aprox.

Se realizó:

- ✓ Doble vía de acceso venoso
- ✓ Reposición de volumen con 1000 ml de Cloruro de Sodio al 9.0 % + 500 ml de solución de poligelina.
- ✓ Oxitocina 30 UI EV + Ergometrina 0.2 mg EV + Misoprostol 4 tab transrectal.
- ✓ Revisión instrumentada + legrado puerperal + sutura de laceración cervical a horas 12-1 y 5
- ✓ Se deja tapón vaginal
- ✓ Sutura de desgarro perineal.

Diagnóstico: 1. Hemorragia puerperal: Atonía uterina + laceración cervical.

2. Puérpera inmediata

3. Parto vaginal inducido x Ruptura prematura de membranas

4. Multípara

Tratamiento:

Hora 02:20 hrs (23/08/2017)

1. Nada por vía oral x 2 horas, luego dieta completa + líquidos a voluntad
2. Retirar una vía y dejar una vía
3. Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + oxitocina 10 UI 2 amp I y II fcos a 40 gotas por min.
4. Paracetamol 1 gr VO condicional a dolor
5. Clindamicina 300mg VO c/6 horas
6. Lactancia materna exclusiva
7. Retirar tapón a la 8 hrs (médico)
8. Control de funciones vitales / Comunicar eventualidad a equipo de guardia.
9. Se solicita Hemoglobina, Hematocrito de control

Continúa evaluación obstétrica: (23/08/2017)

Se inicia monitoreo de puerperio inmediato

**Tabla 4. HOJA DE MONITOREO DE PUERPERIO INMEDIATO –
HOSPITAL II-I**

Hora	PA	FC	FR	T	Loquios	Útero
02:45	90/65	100	20	37°C	Poca cantidad	contraído
03:00	85/50	104	20		Poca cantidad	contraído
03:15	85/56	110	20		Poca cantidad	contraído
03:30	90/60	102	20		Poca cantidad	contraído
03:45	88/64	98	20		Poca cantidad	contraído
04:00	80/60	95	20		Poca cantidad	contraído
04:15	85/55	88	20		Poca cantidad	contraído
04:30	88/60	101	20		Poca cantidad	contraído
04:45	90/50	98	20	37.4°C	Poca cantidad	contraído
05:15	100/60	93	20		Poca cantidad	contraído
05:45	102/60	90	20		Poca cantidad	contraído
06:45	95/55	84	20	36.7°C	Poca cantidad	contraído
07:30	98/56	85	20		Poca cantidad	contraído

Fuente: Historia Clínica Materna -Servicio de Obstetricia - Hospital

Hora 03:00 hrs.

Se administra Clindamicina 300 mg. VO.

Hora 07:00 hrs. Puérpera inmediata queda en su unidad con vía periférica permeable, útero contraído, loquios en poca cantidad.

Al examen Clínico: AREG, LOTEP

Mamas: blandas con secreción de calostro

Abdomen: blando, útero contraído, involución uterina 17 cm

Genitales Externos: loquios escasos, se encuentra tapón vaginal para ser retirado a las 8 hrs. x médico.

Miembros inferiores: no edemas

Impresión Diagnostica:

1. Puérpera de Parto Vaginal + Desgarro Cervical Resuelto + Atonía Uterina + 6 hrs.
2. Parto vaginal inducido por Ruptura Prematura de Membranas + o – 15 hrs.

Evolución favorable.

GUARDIA DIURNA (Hospitalización Obstétrica)

FECHA 23 de Agosto del 2017

Hora 07:30 hrs. Se encuentra paciente puérpera en su unidad con vía salinizada, con recién nacido en alojamiento conjunto, al interrogatorio refiere leve dolor a nivel de la episiorrafia, niega otras molestias de importancia.

PA: 110/64 mmHg. **FC:** 80 x' **FR:** 20 x' **T:** 36.8°C

Hora 08:20 hrs. Ginecologa retira tapón vaginal sin sangrado vaginal activo

Hora 10:00 hrs. Se administra Clindamicina 300 mg VO C/ 8 hrs.

Hora 19:30 hrs

Paciente pasa la guardia tranquila en unidad al interrogatorio niega molestias

Al examen:

Mamas: blandas, secretantes de calostro

Abdomen: blando depresible útero contraído involución uterina 15 cm.

Genitales externos: loquios escasos sin mal olor

Miembros inferiores: no edemas

Impresión Diagnostica:

1. Puérpera Inmediata de parto vaginal Inducido + desgarro cervical resuelto
+ atonía uterina + 18 hrs.
2. Anemia moderada

Evolución: favorable.

REPORTE EVALUACIÓN GINECOOBSTETRICA:

FECHA 23 de Agosto del 2017

Hora 08:05 hrs.

Paciente a la que se le retira el tapón vaginal, sin sangrado vaginal activo.

Funciones vitales estable, útero contraído.

Plan: Ver Rp.

Tratamiento:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Retirar vía.
3. Paracetamol 1 gr. V.O condicional a dolor.
4. Clindamicina 300 mg V.O C/ 6 hrs.

5. Recoger resultados
6. Sulfato Ferroso 1 tab V.O C/ 12 Hrs.
7. Lactancia materna exclusiva /Deambulaci3n
8. Control de Funciones vitales /Comunicar eventualidad a equipo de guardia.

GUARDIA NOCTURNA (Hospitalizaci3n Obst3trica)

FECHA 23 de Agosto del 2017

Hora 19:30 hrs. Se encuentra paciente pu3rpera en su unidad en reposo relativo con v3a salinizada, reci3n nacido en alojamiento conjunto, al interrogatorio, niega molestias de importancia.

PA: 97/56 mmHg. **FC:** 99 x' **FR:** 21 x' **T:** 36.4°C

Fecha 24 de Agosto del 2017

Hora 01:00 hrs. Se administra Clindamicina 300 mg VO C/ 8 hrs.

Hora 07:30 hrs

Paciente pasa la guardia tranquila en unidad al interrogatorio niega molestias

Al examen:

Mamas: blandas, secretantes de calostro

Abdomen: blando depresible 3tero contra3do involuci3n uterina 15 cm.

Genitales externos: loquios escasos sin mal olor

Miembros inferiores: no edemas

Impresi3n Diagnostica:

1. Puérpera de parto eutócico + desgarro cervical resuelto + atonía uterina + 31 hrs.
2. Anemia moderada

Evolución: favorable.

REPORTE EVALUACIÓN GINECOOBSTETRICA:

FECHA 24 de Agosto del 2017

Hora 08:20 hrs.

Paciente que no ha vuelto a presentar sangrado, deambula sin dificultad, no mareos.

Funciones vitales estables.

Se indica alta con hemoglobina de 9.3 gr/dl y tratamiento VO 2 veces/día con Hierro polimaltosado (tab. 100 mg).

Tratamiento:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Paracetamol 1 gr. VO condicional a dolor
3. Clindamicina 300 mg. VO C/ 12 hrs.
4. Hierro polimaltosado 100 mg. VO C/12 hrs.
5. Lactancia materna exclusiva / Higiene vulvo perineal 3 veces al día / abstinencia sexual por 30 días.
6. Control en 7 días
7. Alta con indicaciones.

**Tabla 5. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO – HOSPITAL
II-I**

	19 Agosto 2017	22 Agosto 2017
HEMATOLOGÍA		
Hemoglobina	11 gr%	8.3 gr%
Hematocrito	34%	29%
Leucocitos		10,200/mm ³
Glucosa	66 mg/dl	
HBsAg		PCR positivo ++
EXÁMEN DE ORINA		
Cel. Epiteliales	13-15/ Cpo	
Leucocitos	10-12/ Cpo	
Piocitos	7-9/ Cpo	
Hematíes	4-6/ Cpo	
Bacterias	++/ Cpo	
Cristales	Uratos amorfos +	
RPR	No reactivo	

Fuente: Servicio de Laboratorio del Hospital E.G.G.G Oxapampa

Consultas en el puerperio:

- ✓ 29/08/2017: Evaluada por Obstetra, no presenta molestias.
- ✓ 11/09/2017: Evaluada por Obstetra, no presenta molestias.
- ✓ 30/09/2017: Evaluada por Obstetra, no presenta molestias.

Tabla 6. HOJA DE MONITOREO MATERNO FETAL

SERVICIO GINECOOBSTETRICIA

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

FECHA	HORA	VIA	SIGNOS VITALES				FCF	DINAMICA UTE.			TACTO VAGINAL				REP.
			PA	FC	FR	T		Frec.	Dur.	Int.	Dil.	Inc.	A.P	M	
22/08/17	12.00		100/60	90	21	36.7	130 x'	Esporádicas			No modificación cervical			Rotas	Obst.
	13.00		192/60	88	21		136	Esporádicas							Obst.
	14.00						132	Esporádicas							Obst.
	14.45	8 gts. x'					130	Esporádicas							Obst.
	15.00	12 gts. x'					132	Esporádicas							Obst.
	15.15	16 gts. x'					130	Esporádicas							Obst.
	15.30	20 gts. x'					136	Esporádicas							Obst.
	15.45	24 gts. x'	100/60	82	21	36.8	130	Esporádicas							Obst.
	16.00	28 gts. x'					132	3/10'	20''	+					Obst.
	16.15	32 gts. x'					144	3/10'	20''	+					Obst.
	16.30	36 gts. x'					140	3/10'	20''	+					Obst.
	16.45	40 gts. x'	92/60	82	21	36.6	140	3/10'	20''	+					Obst.
	17.00	44 gts. x'					138	3/10'	25-30''	++					Obst.
	17.15	48 gts. x'					130	3/10'	25-30''	++					Obst.
	17.30	52 gts. x'					128	3/10'	25-30''	++					Obst.
	17.45	56 gts. x'					132	3/10'	25-30''	++					Obst.
	18.00	60 gts. x'	100/64	86	21	36.7	130	3/10'	25-30''	++					Obst.
	18.30	60 gts. x'					130	4/10'	25-30''	++					Obst.
	19.00	60 gts. x'					130	4/10'	25-30''	++	1 cm	50%	-4	R	Obst.
	19.20	60 gts. x'	92/58	95	20	36.7	132	4/10'	25-30''	++					Obst.
	19.35	-	90/55	98	21	36.7	158	4/10'	25-30''	++					Obst.
	20.00	-					136	4/10'	25-30''	++					Obst.
	20.30	-					156	4/10'	25-30''	++					Obst.

	21.00						133	4/10'	25-30''	++					Obst.	
	21.30						144	4/10'	25-30''	++					Obst.	
	22.00						140	4/10'	25-30''	++					Obst.	
	22.30						152	4/10'	35''	++					Obst.	
	23.00						150	4/10'	35''	++	4 cm	90%	-3	R	Obst.	
	23.30						136	4/10'	35''	++					Obst.	
23/08/17	00.00		99/58	94	21	37.0	134	4/10'	40''	++					Obst.	
	00.30						133	4/10'	40''	++					Obst.	
	01.00						136	4/10'	45''	++	10 cm	50%	-4	R	Obst.	
		Pasa a sala de parto														

Fuente: Historia Clínica Materna -Servicio de Obstetricia - Hospital E.G.G.G-Oxapampa

2.3.Discusión

- Si bien el presente caso clínico no está relacionado con una muerte materna, Alkema⁽¹⁾ en su estudio nos refiere que la hemorragia puerperal predispone a una mayor cantidad de pérdidas maternas, manifestando que la mayor parte de estas muertes han ocurrido en países de ingresos bajos y en gran parte pudieron haberse evitado o prevenido. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y nos muestra que una gestante con laceración cervical puede desarrollar una hemorragia puerperal y poner en riesgo su vida ⁽¹⁾, tal como se muestra en el presente caso clínico.
- En el mismo sentido que lo investigado por Say⁽⁵⁾, el presente caso clínico nos muestra que las complicaciones que aparecen durante la gestación son prevenibles o tratables en su mayoría, tal como lo hemos mostrado, puesto que si el personal está capacitado y actúa en el momento preciso la probabilidad de muerte se reduce considerablemente.
- Si bien según la OMS ^(6,7) la tasa de mortalidad materna en el Perú ha disminuido, 99% son mujeres adolescentes que viven en países en desarrollo, siendo las zonas rurales y pobres las más afectadas, estos niveles siguen siendo altos, por lo que es imprescindible capacitar al personal en el manejo de emergencias obstétricas así también de proveer por parte del estado de los implementos, herramientas y material disponible para desarrollar un adecuado trabajo. En los últimos se han establecido algunas estrategias para mejorar los esfuerzos pues las tasas no están dentro de lo

esperado, por ello es que debemos redoblar esfuerzos para que las madres y niños tengan mejores condiciones de salud y evitar la muerte innecesaria.

- En el estudio de Adell⁽²⁶⁾ se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa, este hallazgo se corrobora con los diversos estudios que hemos consultado y con el presente caso clínico, pues la gestante sufrió una pérdida severa de sangre y como se puede ver en el examen de hemoglobina postparto que diagnostica anemia severa con la que egresa. Al igual que lo manifestado por el autor hay una gran cantidad de subregistro que no revelan la auténtica dimensión del problema.
- Según el MINSA el índice de mortalidad materna más alto se presenta en mayor cantidad en las personas que viven en la región selva (160.5 /100.000) a diferencia de las otras regiones, esto se condice con nuestro caso clínico que se desarrolla en la selva de nuestro país. La zona rural tuvo mayor mortalidad materna (177.4) en comparación con la zona urbana (73.4); se observó que la condición pobre tuvo mayor tasa (222.0) en comparación que la condición de no pobre (57.2), ello nos muestra que tenemos aún mucho por trabajar.

2.4. Conclusión

- En el presente caso de estudio se identificó como factor de riesgo al desgarro cervical que llevó a desarrollar hemorragia puerperal; se podría mencionar también que la presentación compuesta podría ser uno de los factores que conllevaría a un desgarro cervical, así como la presencia de alguna patología

de orden urinaria o vaginal que podrían predisponer a tener unas laceraciones de tejidos blandos.

- Como se evidencia en el caso presentado el manejo y tratamiento fue adecuado, oportuno y cumplió con el objetivo de garantizar la vida del binomio madre-niño y es muy importante que todo el personal involucrado en la atención del binomio madre-niño se capacite en el manejo y tratamiento de acuerdo a los protocolos establecidos en el caso de hemorragias puerperales.
- La prevención de la hemorragia posparto es la mejor alternativa de manejo para este tipo de complicaciones, ello implica tomar acciones no sólo en el momento del parto, sino también durante el control prenatal y valorar los niveles de hemoglobina durante la gestación, en conjunto todo ello permitirá que los índices de mortalidad materna en nuestro país disminuyan.

2.5. Recomendaciones

- Concientizar al personal que trabaja en el servicio de Obstetricia de la importancia de las capacitaciones en el manejo de una gestante con hemorragia uterina según los protocolos establecidos beneficia el desarrollo de una adecuada atención, dicha capacitación no solo debe darse en el establecimiento de salud sino en conjunto con todas sus redes de manera que se trabaje de manera articulada y que todos manejen los mismos estándares.
- Debemos dar la importancia requerida a los tiempos y momentos del trabajo de parto pues ello evitará que se produzcan laceraciones, desgarros,

inducciones de parto fallidos o precipitados que generan complicaciones y por consiguiente mayor riesgo de muerte materna.

- Brindar un adecuado soporte acerca de la importancia de la donación de sangre, pues es en estos casos donde se requiere de sangre y plaquetas, el tener un buen banco de sangre y sobre todo equipado posibilitará que se pueda salvar una vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
2. Guamán, G. (2013). Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Setiembre del 2012 –Febrero 2013 (Tesis). Universidad d Guayaquil-Ecuador.
3. Ingrid Di Marco, Dr. Héctor Davison, Dr. Pablo Fabiano, Dr. Florencio Franze y Dr. Sebastián Sar: Sociedad de Obstetricia y Ginecología. CONSENSO Hemorragia Post parto (HPP)/SOGIBA.2018. (Buenos Aires -Argentina).
4. Patricia Asturizaga, Dra. Lilian Toledo Jaldin (2014). Artículos de revisión – hemorragia obstétrica. *Rev. Med. La Paz*, 20(2); Julio - Diciembre 2014.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
6. OMS. Evolución de la mortalidad materna: 1990 – 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=FCD1227F9DC3F0C2279DD0B83D459B43?sequence=1
7. Mortalidad materna, Nota descriptiva N°348 [[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/)]
8. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú, 2017 volumen 26-SE 47, ISSN 2415- 076 2 (versión electrónica) www.dge.gob.pe.

9. MINSA. La mortalidad materna en el Perú. 2002-2011. Mayo 2013. Disponible en [http:// www.unfpa. org.pe/publicaciones/ publicaciones Peru/ MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaciones_Peru/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf)
10. Mafaldo, V. (2017). Frecuencia de hemorragia post parto inmediato en puérperas de parto vaginal del Hospital Regional de Loreto, julio a diciembre 2016 (Tesis). Universidad Científica del Perú.
11. Candiotti, R. (2015). Incidencia de la Hemorragia Inmediata Post parto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2015 (Tesis de post grado). Universidad San Martin de Porres-Perú.
12. Mocarro, C. (2017). Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 (Tesis). Universidad Nacional de Piura.
13. Quispe Yupanqui B. (2017). Factores asociados a la presencia de hemorragias postparto inmediato en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente Villa María del Triunfo Julio 2016 a junio 2017(Tesis segunda especialidad). Universidad San Martin de Porras-Lima.
14. Córdova R, Quevedo A. (2017). Factores asociados a hemorragia postparto inmediato en puérperas atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1. 2015-2016 (Tesis). Universidad Nacional de Tumbes.
15. Protocolo: Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva. Hospital Donostia. [[http:// www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckcmpn05/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo45HemorragiaObstetrica.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckcmpn05/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo45HemorragiaObstetrica.pdf)]

16. MINSA. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. Sala de prensa. Mayo 2015. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>
17. Arpasi S. Mortalidad materna en el Perú. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/mortalidad-materna-peru/mortalidad-materna-peru.shtml#ixzz5F4WO95RE>.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, III LCG: *Obstetricia de Williams*, 22 edn: McGraw-Hill; 2006.
19. Cabrera S: Hemorragia Posparto. *Rev Per Ginecol Obstet* 2010, 56(1):23-31.
20. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry No. 015/063, March 2016). *Geburtsh Frauenheilk* 2018; 78: 382–399
21. Dupont C, Touzet S, Colin C et al. Incidence and management of postpartum haemorrhage following the dissemination of guidelines in a network of 16 maternity units in France. *Int J Obstet Anesth* 2009; 18: 320–327
22. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K: Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *Int J Gynaecol Obstet* 2006, 94(3):243-253.
23. Gill P, Van Hook MD JW. Uterine, Atony. [Updated 2018 Mar 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
24. Maughan KL, Heim SW, Galazka SS: Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor. *Am Fam Physician* 2006, 73(6):1025-1028.
25. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS et al: Active management of the third

- stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can* 2009, 31(10):980-993.
26. WHO: WHO handbook for guideline development. In. Edited by Organization WH; 2012.
 27. SGO: Prevention and management of Postpartum Haemorrhage: SOGC Clinical Practice Guidelines No 88. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000, 22(4):271-281.
 28. Bonnar J: Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000, 14(1):1-18.
 29. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G et al. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (2): CD003249
 30. Wong L, Wilkes J, Korgenski K, et al. Laceración cervical intraparto y resultados posteriores del embarazo. *AJP Rep.* 2016 Jul; 6 (3): e318-23. doi: 10.1055 / s-0036-1592198.
 31. Tabarrai M, Eftekhar T, Nazem E. Etiología de la laceración vaginal, cervical y uterina en los puntos de vista de Avicena. *Irán J Salud Pública.* 2013 agosto; 42 (8): 927-8.
 32. Schlembach D, Moertl MG, Girard T et al. Management der postpartalen Blutung. Der D- A- CH-Algorithmus. *Frauenarzt* 2013; 54: 1072–1080
 33. Sentilhes L, Trichot C, Resch B et al. Fertility and pregnancy outcomes following uterine devascularization for severe postpartum haemorrhage. *Hum Reprod* 2008; 23: 1087–1092

34. Gaia G, Chabrot P, Cassagnes L et al. Menses recovery and fertility after artery embolization for PPH: a single-center retrospective observational study. *Eur Radiol* 2009; 19: 481–487
35. Sentilhes L, Gromez A, Trichot C et al. Fertility after B-Lynch suture and stepwise uterine devascularization. *Fertil Steril* 2009; 91: 934.e5–934.e9