



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN
PLACENTARIA EN UN HOSPITAL NIVEL III-2. LIMA- 2017**

PRESENTADO POR:

GISELLA JULIE MAJO MARRUFO

ASESOR:

Mg. ELIZABETH YALAN LEAL DE MICHILLOT

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

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Página de Jurado..... | i |
| ÍNDICE..... | ii |
| RESUMEN | iv |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 1 |
| 1.1 Descripción del problema de investigación | 1 |
| 1.2. Justificación | 2 |
| 1.3. Marco Teórico..... | 3 |
| 1.2.1 Antecedentes..... | 3 |
| 1.2.2 Bases teóricas | 7 |
| CAPÍTULO II..... | 14 |
| CASO CLÍNICO | 14 |
| 2.1. Objetivo..... | 14 |
| 2.1.1. Objetivo General | 14 |
| 2.1.2. Objetivos Específicos | 14 |
| 2.2. Sucesos relevantes del caso clínico..... | 15 |
| 2.3. Discusión..... | 24 |
| 2.4. Conclusiones | 25 |
| 2.5. Recomendaciones | 26 |
| BIBLIOGRAFÍA | 27 |
| ANEXOS | 57 |

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Causas de sangrado vaginal

8

RESUMEN

Una de las complicaciones más graves de la gestación son las hemorragias post parto que deben de ser prevenidas, identificando los factores de riesgo en la población gestante, con la finalidad de disminuir los casos de hemorragias después del parto. En el presente trabajo de análisis de caso clínico, se trata de una mujer de 40 años que ingresa a un EESS, que ingresa con un diagnóstico de: a) Multigesta de 41 semanas y 4 días x FUR. b) Pródromos de trabajo de parto. c) Descartar macrosomía fetal. La indicación es hospitalizarse para culminar el embarazo con una maduración cervical de oxitocina 5 UI por 12 hrs. al no haber modificación cervical cambian a misoprostol de 25 microgramos, se administra en dos dosis cada 6 horas, para la expulsión de la placenta se practica alumbramiento dirigido utilizando oxitocina IM, al no producirse la expulsión de la placenta se realiza extracción manual de placenta por partes, termina en legrado uterino en sala de operaciones, control de hemoglobina posterior al legrado es de 6 gr/dl, se administra 02 unidades de paquete globular, tiempo de permanencia en el hospital es de 6 días.

Palabras claves: hemorragia pos parto, retención placentaria y extracción manual de placenta.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Dentro de las principales causas de muerte en las mujeres gestantes en el mundo es la hemorragia, ocurriendo igualmente en el Perú, siendo la más frecuente las hemorragias post parto, en especial las dos primeras horas consideradas como momentos críticos (1)

La hemorragia post parto, se refiere a la pérdida sanguínea mayor a 500cc, en partos vaginales y mayores a 1 litro en cesárea. La hemorragia post parto ocurre en el 2% de las mujeres parturientas. (2, 3)

La retención de restos placentarios produce hemorragia incrementando la mortalidad materna, cuando no se cuenta con la capacidad resolutive, dentro de ellos el personal entrenado y la disponibilidad de banco de sangre. Por todo ello es importante como especialistas conocer los factores determinantes que pudieran condicionar a la retención placentaria en nuestras pacientes.

1.2. Justificación

La mortalidad materna es un indicador de desarrollo en el mundo, generando gran impacto en toda sociedad.

La muerte de una madre implica la desintegración de un hogar, por ello nuestro interés en revisar el presente caso clínico que muestra la hemorragia post parto en una entidad, como la retención placentaria que implica el 9% de las hemorragias puerperales.

Como profesional de salud debemos conocer los factores condicionantes de la hemorragia post parto, con la finalidad de poder evitar las complicaciones, con ello garantizar un parto seguro para mejorar como brindar a la población vulnerable un mayor acceso, es por ello que hacemos un análisis clínico del manejo de una emergencia obstétrica, esto sirva para no cometer errores durante el manejo y mejorar el desenlace de un embarazo.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

FASGO (2019). Es una Actualización de la Federación Argentina acerca de la “Hemorragia Postparto”, se realiza un análisis de la definición, diagnóstico, factores de riesgo y el manejo activo en casos de hemorragia postparto, también nos muestra cómo se activa el código rojo, la cuantificación del sangrado, en base a ello se hace la toma de decisión y el uso de sustancias hemostáticas (4).

Columbie T, et al (2019). En el trabajo de investigación sobre “Factores asociados a la hemorragia Obstétrica en el postparto inmediato”. Se evaluó el manejo medico protocolizado de la hemorragia posparto en un hospital de Cuba, el tipo de estudio tuvo una metodología prospectiva, descriptiva en una muestra de 105 puérperas, entre los resultados tenemos que los factores de riesgo se encontraron el uso de la oxitocina, la sobre distensión uterina, atonía uterina, lesiones a nivel del canal de parto, en el 100% de los partos se practicó el alumbramiento dirigido. Se concluyeron: que todas las pacientes fueron evaluadas y manejadas según las normas del protocolo institucional. (5)

Lasso G. (2019). En su tesis “Cumplimiento de protocolo de manejo de pacientes con hemorragia obstétrica”. Se tuvo como objetivo evaluar si se cumplen los protocolos en el caso de hemorragias postparto en un hospital de III nivel en Ecuador. Metodología: estudio descriptivo, transversal; con una muestra es de 230 historias clínicas, todos son partos dentro de la institución. Resultados: según paridad son Primigesta el 37%, según el tipo de parto cesáreas en un 10%. De todos los casos de hemorragias que se presentó el gran porcentaje que es 74.3% cumplieron con el estándar de manejo de manejo terapéutico, solo un 25.7% de las historias no cumplieron con los ítems; Conclusión: La gran mayoría de pacientes que presentaron hemorragias obstétricas fueron atendidas según las normas del manejo de emergencias obstétricas (6).

Gonzales A. (2019) en su tesis “Factores asociados a hemorragia posparto primaria”. Con el objetivo de establecer los factores que conllevan a una

hemorragia posparto en Ecuador, en un estudio caso-control, con una muestra de 120 pacientes que presentaron HPP respectivamente. Resultados los adultos jóvenes en el grupo de casos son en un 45%, mientras que el grupo control se presentó en un 40.3%. se presentó estadísticamente una diferencia significativa en la pérdida sanguínea. En grupo de casos los grupos de casos y control los adultos jóvenes son más frecuentes en un 45%, el sobre peso y la obesidad son la comorbilidad más frecuente con un 70.83%. La atonía uterina se presentó en el grupo de casos en un 83.3% (100), mientras que en el grupo control solo se presentó 7.5% (9), las pacientes que presentaron un sobre peso y la obesidad presentaron más caso de hemorragia post parto en ambos grupos. Se concluye que la comorbilidad más frecuente como factor predisponente de las hemorragias posparto son el sobre peso y la obesidad, mientras que la atonía uterina, retención placentaria y la conducción del trabajo de parto tienen significancia estadística (7).

Pérez R, et al. (2017) “Hemorragia posparto temprana” en las que se evaluó las características de la hemorragia postparto en un hospital de Cuba. Metodología: Es un estudio descriptivo, observacional, de cohorte transversal, muestra estuvo conformado por 101 pacientes puérperas. Resultados: dentro de las causas de la hemorragia son considerados las atonías uterinas, retención ovular y placentaria, el legrado uterino y sutura de las lesiones fueron los procedimientos para tratar las hemorragias. Conclusión: la atonía, la retención de restos ovulares y placentarias fueron las causas más frecuentes de las hemorragias, se necesitó

transfundir mayor cantidad de sangre para mejorar el aspecto hemodinámico de las pacientes. (8)

b.- Antecedentes Nacionales

Campos J, et al. (2019) en su tesis “Hemorragias post parto” desarrollada en Pucallpa para determinar los factores asociados a la hemorragia postparto. Metodología: es descriptivo, retrospectivo de cohorte transversal, la muestra es 96 pacientes puérperas. Resultados: paciente que presentaron un sangrado vaginal mayor a 1000cc fue en un 49%, estado civil conviviente con un 73%, según el grado de instrucción un 65% tenía nivel secundario, gestantes con un control prenatal adecuado se presentó en un 64%. Las complicaciones que se presentaron fueron la atonía uterina en un 68%, desgarro vaginal en un 23%, pacientes con anemia en un 43%. Se concluye: la relación significativa entre la hemorragia posparto y os factores que la condicionan. (9)

Mocarro S. (2019) En la tesis “Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto”, identifica en su estudio realizado en Piura mediante un estudio cuantitativo, caso – control en 169 gestantes, entre los resultados tenemos, que las características demográficas. Antes del parto los factores de riesgo son las cesáreas previas, la anemia, la obesidad y la multiparidad, los factores de riesgo durante el parto son el trabajo de parto precipitada, el bajo peso al nacer y las alteraciones de las contracciones y el uso de medicamentos. Conclusiones: la edad promedio son jóvenes, los factores de riesgo previos al parto son antecedentes multiparidad, de obesidad, anemia y en el parto: distocias, uso de medicamentos y parto precipitado (10).

Tacuri M. (2019), en su tesis sobre “Factores asociados a hemorragia postparto primaria” tiene por objeto evaluar las dos primeras horas postparto y ver si existen factores asociados, estudio de tipo observacional, retrospectivo, entre los resultados, el 7.8% presenta hemorragia de las cuales el 64% son por atonía uterina, la hemorragia también se debió a aborto, ganar más de 16 kg, polihidramnios, preeclampsia con signos de severidad, anemia, realizar kristeller, episiotomía medio-lateral, parto instrumentado. Como factores protectores son considerados los controles prenatales mayor de cinco, el alumbramiento dirigido. Las conclusiones: la complicación de la HPP se produce por la relación directa con los factores de riesgo identificados (11).

López E. (2019) en su tesis “Hemorragia posparto inmediato en puérperas” Objetivo es determinar qué características presentan las puérperas atendidas en un hospital del Ande peruano cuando sufren una hemorragia postparto, se realizó un análisis documental, entre los primeros resultados tenemos: 50% gran multípara, 66.7% ama de casa, 67% secundaria, el 83.3% no tienen antecedente de hemorragia, 58.3% no tenían control prenatal y el 58.4% tenía anemia moderada, entre las causas de la atonía están la multiparidad en 1 de 4 casos. Se concluye que no tener control prenatal, la multiparidad y el parto prolongado se relacionan con la atonía uterina (12).

Flores D. (2017) en su tesis “Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato” cuyo objetivo fue evaluar causas y factores de la hemorragia,

este estudio fue de tipo analítico, caso-control en 60 puérperas, de estas 20 presentaron hemorragia posparto inmediato, entre los resultados tenemos que los factores condicionantes son los siguientes: antecedentes de multiparidad, cesárea, edad más de 35 años. Concluye que la cesárea estadísticamente no es un factor de riesgo (13).

1.3.2. Bases teóricas

1.3.2.1. Definición

El exceso sangrado vaginal es considerado como hemorragia que ocurre después del parto teniendo como origen la implantación placentaria, traumatismo a nivel del canal de parto y estructuras cercanas. Una pérdida mayor de 500 ml en un parto normal, y el doble de volumen en una cesárea, mediante exámenes de laboratorio se puede considerar cuando hay una disminución de 10 puntos de hematocrito, en comparación con valores antes del parto. Durante el embarazo hay un incremento del volumen de sangre por lo que la cantidad de sangre perdida en el parto no pone en riesgo la vida materna (14, 15).

La hemorragia post parto primaria es considerada cuando hay una pérdida por más del 50% del volumen total en un promedio de 3 horas, este tipo de sangrado ocurre dentro del primer día post parto (16,17).

1.3.2.2. Incidencia

La hemorragia postparto en el mundo representa en un 25% de las muertes maternas, mientras que relacionado al embarazo, parto y puerperio en un 80%. (18,19)

En el Perú las hemorragias post parto se presentan en un 1/10 partos y es la principal causa de muerte (20).

1.3.2.3. Clasificación

Según la etiología podemos dividirlo en 02 tipos: (21)

Tabla N°1 Causas de sangrado vaginal

| Causas uterinas | Causas extrauterinas |
|---------------------------------|--|
| Atonía uterina | Desgarros o laceraciones del tracto vaginal. |
| Inversión uterina | Trastornos de la coagulación. |
| Retención y restos placentarios | Endometritis. |
| Acretismo placentario | |

1.3.2.4. Etiología

La falta de contractibilidad uterina se debe a:

- Causas anatómicas 90%.
- Procesos traumáticos 7%
- Retención de tejido placentario y problemas de coagulación 3%

Siendo las causas anatómicas las más prevalentes. (22)

Causas primarias:

- Atonía uterina.
- Retención placentaria.
- Alteraciones en la coagulación
- Canal del parto con traumatismo

- Se produce una inversión uterina.

Otras causas:

- Lecho placentario involucionado.
- Sangrado por retención placentaria.
- Endometritis.

1.3.2.5. Factores de Riesgo (23):

Dentro de los factores de riesgo para producirse las hemorragias post parto en pacientes para casos de atonía uterina son gestación múltiple, polihidramnios, fetos macrosómicos, parto prolongado y la gran multiparidad; para los casos de retención placentaria los factores son las cirugías previas y alteraciones en la implantación como el acretismo placentario; para los casos de traumas o lesiones los factores de riesgo son los partos instrumentados, parto precipitado, alumbramiento manual, mientras por las alteraciones de coagulación los factores son preeclampsia, síndrome de Hellp, enfermedad de von willebrand y la hemofilia tipo A.

1.3.2.6 Fisiopatología

Cuando se presenta una hemorragia a nivel de los vasos sanguíneos pequeños hay depósito de fibrina dando origen a la fibrinólisis lo que hace una destrucción de las fibrinas y fibrinógeno, es por ello que la fisiopatología es muy diversa, como hay una disminución de las plaquetas se presenta una alteración de coagulación. (24)

Al final de embarazo la sangre fluye a nivel de los espacios intervillosos a una velocidad de 600 ml/minuto, por las arterias espirales, en casos de desprendimiento prematuro de placenta el sangrado inicia inmediatamente se produce la separación

de la placenta, mientras que cuando se presenta restos placentarios a nivel del útero, esta no deja que se produzca la contracción normal lo que altera el proceso de la hemostasia lo que conduce a una hemorragia severa que puede terminar en un desenlace trágico como es la muerte materna (25).

1.3.2.7.- Manifestación de hemorragia post parto:

Cuando una mujer presenta una hemorragia se observará una palpitación, palidez, mareo, sudoración, síncope (20).

El sangrado profuso puede iniciar antes o después del desprendimiento del lecho placentario, el sangrado intenso puede conllevar a una hipovolemia grave, la paciente presentara algunas alteraciones dependiendo del grado de sangrado que se encuentra (26).

1.3.2.8. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, el sangrado vaginal abundante genera una alteración hemodinámica y se alteran la presión, la frecuencia cardiaca y finalmente puede causar un shock hipovolémico. El sangrado vaginal se presenta una vez que sea expulsada la placenta (27).

Se debe diferenciar el tiempo en que se presenta el sangrado vaginal.

1.3.2.9. Exámenes Auxiliares

Dentro de los exámenes de laboratorio tenemos:

Hemogramas completos, batería de exámenes de sangre, urea, creatinina.

Exámenes de imagen

Ecografía:

La ecografía es un método diagnóstico muy utilizado para evaluar casos de retención placentaria y con ello evitar complicaciones en el embarazo (28).

La resonancia magnética:

Es otro medio diagnóstico que si bien tiene alto costo es muy seguro para la madre y el feto debido a que no emite radiación ionizante, aunque su alto costo no hace que sea un método popular (29).

1.3.2.10. Manejo de acuerdo al nivel de complejidad

MANEJO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO (22)

Hemorragia puerperal inmediata.

- Manejo multidisciplinario
- Instaurar clave roja:
 - ✦ La paciente debe de estar con dos vías.
 - ✦ Administrar la Carbetocina
 - ✦ Uso de sonda Foley N°14.
 - ✦ Firma de consentimiento informado para los procedimientos.
 - ✦ Revisar el canal de parto.

Tratamiento según la causa

a.- Atonía uterina (22).

- Masaje del útero.
- Vía salinizada.
- Administrar carbetocina 100 µg, dosis única.

- Oxitocina de 20 a 40 UI.
- Administrar ergometrina 0.2 mg IM.
- Administrar misoprostol de 800 µg a 1000 µg, vía rectal.
- Si el sangrado continúa preparar para sala de operaciones:
 - Se usa la técnica de B. Lynch modificada.
 - En caso de no funcionar las técnicas, terminar con histerectomía.

b. Retención de placenta:

Se siguen los siguientes pasos (30):

- Autorización con un consentimiento informado.
- Vía salinizada.
- Administrar oxitocina de 20 UI.
- Tomar de pruebas cruzadas.
- Evaluación por anesthesiólogo.
- Administrar medicamento antibiótico.

c. Retención de restos (alumbramiento incompleto)

- Vía salinizada
- Ecografía transvaginal.
- Revisión manual de restos uterinos
- Si no se realiza el alumbramiento, se inicia el desprendimiento manual de placenta (25)

1.3.2.11.- Extracción manual de placenta

Definición

Cuando hay una retención placentaria y se observa un sangrado masivo, se debe de hacer inmediatamente una extracción manual de placenta, quien lo debe de realizar es un profesional capacitado para garantizar la disminución del sangrado dada por la retención placentaria (31).

Indicaciones

Cuando se practica un alumbramiento dirigido y pasa 15 minutos o cuando se realiza un alumbramiento espontaneo el tiempo límite es de 30 minutos. (31)

Contraindicaciones (31).

- Cuando se confirma un acretismo placentario.
- Personal de salud con limitaciones para realizar el procedimiento.

Condiciones (30):

- Vía salinizada.
- Pruebas de laboratorio.
- Consentimiento informado firmado
- Profesional capacitado.

Recursos materiales a utilizar (31)

- El establecimiento debe de tener sala de operación o sala de partos equipada.
- Disponer de kit para extracción endouterina.
- Disponer de soluciones antisépticas, gasas, etc.
- Contar con disponibilidad de medicamentos.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

“Hemorragia post parto por retención de placentaria en el Hospital de nivel III Lima 2017”.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar las causas de la hemorragia post parto por retención placentaria en un hospital de nivel III de lima. 2017.
- Relacionar los aspectos sociodemográficos de la hemorragia post parto por retención placentario.
- Describir el manejo adecuado de la hemorragia post parto por retención placentaria.

2.2.- Sucesos relevantes del caso clínico

Establecimiento de salud: III nivel de atención

- **ANAMNESIS**

Fecha: 20/04/2017

Hora: 20:00 horas.

DATOS DE FILIACIÓN

Gestante de 40 años

Antecedentes Gineco obstétricos:

FUR: no recuerda

EG 41 4/7 sem por ecografía de I trimestre

G7P4024

Peso de RN: 4100 gr.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente llega refiriendo contracciones uterinas, movimientos fetales disminuidos, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente ubicada en tiempo y persona.

PA: 110/60mmHg, FC 84x', FR 20x', T: 37°C.

Piel: pálida

Mamas: secretantes

Abdomen: AU: 35 cm LCF: 147x', MF: presentes, DU: 2 /10- 25'' ++.

Genitales: No se evidencia sangrado ni líquido amniótico.

TV: dehiscente 1 dígito, membranas integras.

DIAGNÓSTICO:

- Multigesta de 41 4/7 sem
- Trabajo de parto fase latente
- Descartar Macrosomía fetal

PLAN:

- Se requiere Eco-Doppler
- Batería de exámenes de sangre
- NST
- Reevaluar con resultados

23:30 hrs Se evalúan los resultados:

INFORME ECOGRAFÍA OBSTÉTRICO

Recién nacido de sexo masculino, LCF 144x', ponderado fetal: 3800 grs.

Conclusión:

Gestación de 40 semanas

RESULTADO DE LABORATORIO CLÍNICO:

Hemoglobina: 10 gr/dl

Hematocrito: 30%

Plaquetas: 248,000 mm³

Tiempo de protrombina: 27,8 seg

Fibrinógeno: 466 mg/dl

Grupo y factor: A +

Prueba rápida de HIV : No reactivo

Prueba rápida de Sífilis: No reactivo

RESULTADO DE PRUEBA DE TEST NO ESTRESANTE:

LCF 140x', variabilidad 10x', desaceleraciones ausentes, dinámica 1/10/+.

Fisher: 10/10

Se indica hospitalización e iniciar maduración cervical.

TRATAMIENTO:

- Dieta completa
- Vía salinizada
- Evaluar dilatación
- Atender parto

21/04/2017 HOSPITALIZACIÓN

01:10 hrs Gestante no presenta molestias.

PA: 110/60mmHg, FC 80x', FR 18x', T°: 37°C.

Se recomienda iniciar maduración cervical.

01:30 hrs Se inicia maduración cervical con 02 MU de oxitocina. LCF: 140x'

04:00 hrs No refiere molestias

LCF: 148x', MF: +++/+++, DU: 1/ 10 ++ 30".

08:30 hrs No se refiere molestias, leves contracciones uterinas.

LCF: 140x', MF: +++/+++, DU: 1 / 10 ++ 30".

TV: permeable 1 dígito, I: 50 %, AP: -4

Diagnóstico:

-Multigesta de 41 1/7 semanas

-Trabajo de parto fase latente

Plan de trabajo:

-Maduración cervical.

-Realizar monitoreo fetal

-Atención de parto

Tratamiento:

-Dieta completa

-Vía salinizada

-Misoprostol 25 microgramos

10:00 hrs

Se administra la primera dosis de misoprostol 25 microgramos.

LCF: 146x', MF: +++/+++, DU: 1 / 10 ++ 30".

14:00 hrs

LCF: 148x', MF: +++/+++, DU: 1-2/ 10 ++ 30".

19:00 hrs

LCF: 134x', MF: +++/+++, DU: 2-3/ 10 +++ 40", dehiscente dos dígitos,
membranas integras.

21:00 hrs

Paciente quejumbrosa, LCF: 146x', MF: +++/+++, DU: 3-4/ 10 +++ 40", D: 3cm,
I 70%, AP -3, membranas integras.

23:00 hrs

La paciente se encuentra en trabajo de parto fase activa, D: 5 cm, I: 80% altura de presentación de -3, llevar a paciente a centro obstétrico.

REPORTE EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO.

23:20 hrs

Gestante se encuentra con vía permeable, estable con funciones vitales normales.

PA: 110/60 mmHg, FC: 86x', FR: 18x', T: 37.7 °C.

Altura uterina: 35 cm, SPP: LCI, LCF: 148 x min. DU: 5-6 /10/++/60''

TV: D: 7cm, I: 90% AP: -3 MO: Integras. Medico asistente evalúa e indica parto monitorizado con oxitocina 10UI en C1Na al 0.9% a razón de VIII gts. + hioscina 20 mg EV lento y diluido.

22/04/2017

00:00 hrs

Gestante en trabajo de parto, LCF 144x', DU 5/10+++60''

02:30 hrs

Paciente completa dilatación y se produce REM, con líquido amniótico meconial, latidos cardiacos fetales 146x', DU 5/10+++60'', TV: D: 10cm, I: 100% AP: -1.

02:35 hrs

Se produce el parto con recién nacido de sexo masculino vivo, hay enclavado de hombros por lo que se realiza contra rotación, luego de ello, se produce el pinzamiento de cordón. Recién nacido 4000 grs. Apgar de 7 ' 9 a los 5 minutos. Se administra oxitocina IM.

02:45 hrs

No se produce alumbramiento dirigido, no se puede extraer la placenta, se comunica a médico de guardia, la paciente presenta sangrado vaginal, con funciones vitales normales, se canaliza una segunda vía con CINA 0.9% a 60 gotas x minuto.

03:00 hrs

Se realiza extracción manual de placenta de manera parcial, por lo que se prepara a paciente para sala de operaciones. PA: 90/40 FC: 110 R: 22 T°: 36.7°

REPORTE QUIRÚRGICO

04:00 hrs

Se inicia el legrado uterino con diagnóstico preoperatorio: retención placentaria + hemorragia, en el procedimiento se halla un útero de 16 cm, regular cantidad de restos, y sangrado vaginal aproximadamente 1000 cc, se confirma diagnóstico.

Hb: 6gr/dl, Hto; 19 %, plaquetas: 217,000 mm³.

Plan:

- NPO.
- Vía salinizada + 30UI de oxitocina.
- Metil ergonovina 0.2 mg IM.
- Misoprostol 200 microgramos 3 tabletas. Intra rectal (dosis única)
- Metamizol 1.5 gr EV cada /8hrs.
- Ceftriaxona 2gr EV cada día.
- Paquete globular 02 unidades (transfundir)
- Control de hemoglobina.

REPORTE EN SALA DE RECUPERACIÓN.

05:00 hrs

Paciente se encuentra estable, con funciones vitales estables, se inicia transfusión sanguínea de 2 paquetes globulares.

10:00 hrs

Paciente se encuentra estable en evolución favorable, se indica control de hemoglobina en 6 horas.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

11:10 hrs

Puérpera se encuentra estable luego de recibir paquete globular.

PA: 100/60 mmHg, FC: 85x', FR: 22x', T°: 37.1°C

-Abdomen: Útero contraído

-Genitales: loquios hemáticos escasos

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata.
- Post legrado uterino por retención de restos.
- Anemia severa

Terapia:

- Dieta completa
- Vía salinizada con oxitocina
- Ceftriaxona 2 gr. EV
- Metamizol 1.5 gr. cada/8 hrs. EV.
- Cuidados maternos.

18:40 hrs

Resultado de Hb: 8.2 gr/dl

Medico evalúa e indica administrar Hierro sacarato 100 mg EV e hidroxocobalamina 100 mg IM cada día.

23/04/2017 EVOLUCIÓN EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

08:10 hrs

Puérpera con evolución favorable, no refiere molestias.

PA: 110/50 mmHg, FC 78x', FR 20x', T: 37.2°C.

- Abdomen: Útero contraído, altura uterina: 12 cm
- Genitales: loquios hemáticos escasos

Diagnóstico:

- Puérpera mediata primer día.
- Post legrado uterino por retención de restos.
- Anemia moderada.

Terapia:

- Se continúan con indicaciones médicas.

Durante el día y noche no presento ninguna complicación presenta mejoría.

EVOLUCIÓN EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

24/04/2017

07:30 hrs Puérpera de 2do día, no refiere molestias, en evolución favorable, al examen PA: 110/50mmHg. FC 84x', FR 18x', T: 37.6°C.

- Abdomen: Útero contraído, altura uterina: 12 cm
- Genitales: loquios hemáticos escasos

Ap. Diagnóstico:

- Puérpera mediata segundo día.
- Post legrado uterino por retención de restos.
- Anemia moderada.

Terapia:

- Continua con indicaciones.

25/04/2017

08:00 hrs

Puérpera de tercer día, de evolución favorable, afebril, no refiere molestias.

Paciente durante el día deambulo con normalidad, se encuentra en condiciones de alta.

26/04/2017

08:00 hrs

Puérpera se encuentra estable no presento ninguna complicación, medico pasa visita e indica el alta con indicaciones. Se indica asistir en 7 días por consultorio externo para control de puerperio.

2.3. Discusión

- Es en la etapa de puerperio donde se produce el mayor número de muertes maternas, estadísticamente ocurre dentro de las dos primeras horas durante el puerperio inmediato. Según el caso clínico analizado la hemorragia se presentó en el puerperio inmediato es decir dentro de las primeras 02 horas, es por ello que todo Obstetra debe estar capacitado y preparado para actuar ante una emergencia (1).
- La hemorragia post parto a nivel mundial representa en un 25% del total de las muertes y de todas ellas el 80% fallecen durante el embarazo, parto y puerperio. El presente caso clínico suma a las estadísticas nacionales de hemorragia post parto. Durante la atención se parto se cumplió con el protocolo de atención que es el alumbramiento dirigido, no dio resultado (19).
- El sangrado vaginal en un parto vaginal es de aproximadamente 500 cc o de un 10% del hematocrito, si bien en el caso clínico no se pudo cuantificar la pérdida sanguínea, a través de los análisis de laboratorio se pudo verificar una disminución de más del 10% del hematocrito (16).
- Gil M. en su estudio hace referencia que la edad es un factor determinante para que se produzca la hemorragia, por ello ante una gestante adolescente o una añosa se debe tener la precaución durante las diversas etapas del embarazo pues hay mayor posibilidad de hemorragia (15).
- La atonía uterina se presenta por un trabajo de parto prolongado como lo refiere López EH. En el presente caso clínico a la gestante se le sometió a una inducción de trabajo de parto, lo que generó una demora dentro de los parámetros de la fisiología del parto. (14)

2.4. Conclusiones

- Los factores de riesgo de la hemorragia post parto se consideran a la edad gestacional de mayor de 41 semanas, la multiparidad, periodo intergenésico límite inferior 2 años, embarazo macrosómico, antecedente de legrado, estado nutricional la anemia 10gr/dl, uso inadecuado de madurador cervical, realización de maniobras en el momento de la expulsión de hombros durante el periodo expulsivo, atonía uterina.
- Los aspectos socio demográficos como la edad (40 años), el grado de instrucción (primaria), de ocupación (ama de casa), gestante no controlada (4 CPN) están relacionados con la hemorragia post parto, lo que condicionan a una morbilidad y causar una discapacidad temporal.
- El manejo de la hemorragia post parto se desarrolló según las normas de la guía nacional de procedimientos obstétricos, no se encontró la hoja de consentimiento informado para procedimientos invasivos. En caso de hemorragia es necesario una transfusión sanguínea para realizar una recuperación pronta y disminuir el tiempo de permanencia hospitalaria.
- La administración de suplementos de hierro debe de ser acompañado de una vitamina para facilitar su absorción.
- Las complicaciones de una hemorragia post parto ocasionan una mayor permanencia hospitalaria lo que propicia un gasto económico a nivel familiar y social.

2.5 Recomendaciones

- Las capacitaciones al personal de salud sobre manejo de hemorragias obstétricas deben de ser constantes para contribuir en la solución de las complicaciones que ocurren en el parto y puerperio.
- Para realizar un procedimiento en obstetricia se debe basar en el cumplimiento del protocolo o guía con la finalidad de poder evitar yatrogenias en el curso de la atención de parto, como es la maduración cervical.
- Poner en funcionamiento estrategias para implementar guías de procedimiento debe estar en todos los niveles de salud, en busca de concientizar como prevenir y tratar la hemorragia post parto.
- Para todo procedimiento quirúrgico se debe tener el consentimiento informado firmado por la paciente o un familiar directo.
- Durante el control prenatal comunicar a la paciente y familiar sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo, parto y puerperio, contar con disponibilidad de donadores de sangre.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chalco J. Hemorragia Postparto por retención placentaria. Tesis de grado. Universidad Privada de Ica.
- 2.- World Health Organization. Improving postpartum care for high-risk mothers. Geneva: WHO; 2020.
- 3.- Organización Mundial de la Salud: 62 Asamblea Mundial de Salud. Ginebra, OMS, 2009.
- 4.- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia Postparto. Actualización de Consenso de Obstetricia. 2019. Campos D, Villareal G, hemorragias posparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica .2014 (613) 785 – 788.
- 5.- Columbie T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia Obstétrica en el postparto inmediato. Hospital Juan Bruno Zayas. Cuba. Revista Médica Sinergia. Vol. 4 (10), Octubre 2019-ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>
- 6.- Lasso G. Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32924/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- 7.- Gonzales A. Factores asociados a hemorragia posparto primaria en el hospital Vicente Corral Moscoso. Ecuador 2019. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle>.

- 8.- Pérez R, Reyes W, Ruiz Y, Carmenate L, Diaz G, Llambias A. Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. Cuba2017.
- 9.- Campos J, Tarrillo D. Hemorragias post parto: Factores asociados en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2017. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Martín. 2019.
- 10.- Mocarro S. 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 de grado. Universidad Nacional de Piura. 2019.
- 11.- Tacuri M. Factores asociados a hemorragia postparto primaria, en las dos primeras horas; hospital III de emergencia Grau de Lima, 2018. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2019.
- 12.- López E. Hemorragia posparto inmediato en puérperas atendidas en el hospital regional docente materno infantil el Carmen, Huancayo 2018. Tesis de grado. Universidad Nacional de Huancavelica.
<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3004>
- 13.- Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato, hospital “Luis. Sáenz”, Julio 2016 - Julio 2017. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Martín. 2019.
- 14.- Gil M. Factores asociados a la hemorragia post parto en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2015. Tesis de grado. Universidad Ricardo Palma. 2016.
- 15.- Dioses-Guerrero E, Oña J, Cardoza K, Meza-Liviapoma J, Matorel-Ruiz M. Factores asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Hospital II-

2. Sullana. Piura. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo – Perú. Vol. 7 (4) 2014.
<http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/196>
- 16.- Torres E. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de enero del 2003 a diciembre del 2003. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.
- 17.- Cabrera S. Hemorragia post parto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2010;56(1):23-31.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf
- 18.- Gambone J. Hemorragias obstétrica y sepsis puerperal. Ginecología y Obstétrica de Hacker y Moore. 2011. Cap. X. Pág. 131-132
- 19.- Mayer, D., Smith, K. Principios y práctica de la anestesia obstétrica. 4ª ed. Missouri, Elsevier Mosby. 2009: 825-380
- 20.- Organización Panamericana de la Salud. Guía de atención de las principales emergencias obstétricas. Segunda edición. Washington DC 2019.
- 21.- Guías de práctica clínica y de procedimiento en Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010.
- 22.- Pantoja J. Universidad Regional Autónoma De Los Andes. Facultad de ciencias médicas carrera de enfermería proyecto de investigación previa a la Obtención de Título de Licenciada en Enfermería [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Apr 20]. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/11585>
- 23.- Borja I. Universidad Tecnica de Babahayo Facultad De Ciencias De La Salud Escuela de Enfermeria Carrera de Enfermeria Dimensión Practica del Examen

Complexivo Previo A La Obtención Del Grado Académico De Licenciado En Enfermería [Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [Cited 2021 Apr 20]. Available From: [Http://Dspace.Utb.Edu.Ec/Handle/49000/7398](http://Dspace.Utb.Edu.Ec/Handle/49000/7398)

24.- Guevara M. Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [Cited 2021 Jun 21]. Available From: [Https://Repositorio.Ujcm.Edu.Pe/Handle/20.500.12819/1036](https://Repositorio.Ujcm.Edu.Pe/Handle/20.500.12819/1036)

25.- Breathnach F, Geary M. Uterine Atony: Definition, Prevention, Nonsurgical Management, And Uterine Tamponade. Vol. 33, Seminars In Perinatology. 2009. P. 82–7.

26.- Amilcar G, Vargas N, Gaibor AM, Riobamba -Ecuador V. Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de Ciencias de La Salud Carrera de Medicina Proyecto de Investigación Previo a la Obtención del [Internet]. Universidad Nacional De Chimborazo,2020; 2019 Feb [Cited 2021 Apr 4]. Available From: [Http://Dspace.Unach.Edu.Ec/Handle/51000/6424](http://Dspace.Unach.Edu.Ec/Handle/51000/6424)

27.- Ledesma M. Factores Asociados A La Hemorragia Post Parto En Púerperas Del Hospital II-2 Tarapoto, 2019 [Internet]. Universidad Nacional De San Martín - Tarapoto. Universidad Nacional De San Martín - Tarapoto; 2021 [Cited 2021 Apr 4]. Available From: [Http://Repositorio.Unsm.Edu.Pe/Handle/11458/3880](http://Repositorio.Unsm.Edu.Pe/Handle/11458/3880)

28.- Panti Y. Antecedentes de Alto Riesgo relacionados a Hemorragia Postparto por retención de restos placentarios en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca, Julio a Setiembre del 2018. [Internet]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2020 [Cited 2021 Apr 20]. Available From: [Http://Repositorio.Uancv.Edu.Pe/Handle/UANCV/4752](http://Repositorio.Uancv.Edu.Pe/Handle/UANCV/4752)

- 29.- Izaguirre M. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018 [Internet]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2020 [Cited 2021 Apr 4]. Available From: <https://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Handle/20.500.12672/14104>
- 30.- Flores M. Cumplimiento del protocolo para la atención de la hemorragia postparto. conocimientos, actitudes y prácticas en personal del servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños. Julio Del 2018 A Junio Del 2019. 2020;
- 31.- Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 11 de octubre de 2021];5(6):e512. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>