



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**HEMORRAGIA POSTPARTO POR DESGARRO VAGINAL DE III
GRADO EN EL HOSPITAL DE NIVEL III- LIMA, 2017**

PRESENTADO POR:

ZÁCIGA CÁRDENAS, CARMEN ROSA

ASESOR

Mgr. YALÁN LEAL ELIZABETH ENI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y

CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA - PERÚ

2017

RESUMEN

Tenemos el conocimiento que la hemorragias posparto es aquella donde se produce la pérdida de sangre más de 500ml, en los partos vaginales y más de 1000ml durante una cesárea, la hemorragia postparto es considerado como una de las causas de mortalidad materna a nivel mundial y nuestra región. Gestante de 39 años ingresa por emergencia, solicitando una atención de parto, teniendo como antecedente un parto pretérmino que termino con un recién nacido que falleció, solo tuvo 04 controles prenatales, ingreso con el diagnóstico de: Multigesta de 39 semanas por fecha ultima de regla; trabajo de parto fase activa, en la unidad de centro obstétrico fue monitorizada permanentemente, el trabajo de parto se desarrolló espontáneamente, no se administró ningún tipo de analgésico, el parto se produce después de 04 horas de haber ingresado al hospital, durante el periodo expulsivo la gestante se agotó, no colaboraba con el profesional que lo atendía, tuvo un parto con recién nacido de sexo masculino, peso de 3470gr, tamaño normal, se realizó alumbramiento dirigido con oxitocina de 10 UI, cuando se revisa canal de parto se observa el desgarro perineal III grado, se comunica a médico de guardia quien se demora en la atención, específicamente en la reparación del desgarro, la gestante continuaba sangrando a pesar de haberle producido hemostasia al nivel del desgarro, terminando con una anemia severa, la reparación se hizo en sala de operaciones, se administró inmediatamente antibiótico de primera elección como es la Ceftriaxona, recibió tratamiento de antibiótico por 04 días, recibió dos paquetes globulares de sangre.

Palabras clave: Hemorragia postparto; Desgarro Vaginal; Embarazo

INDICE

	Pág.
Página del jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACION	2
1.3 MARCO TEÓRICO	3
1.3.1. Antecedentes Internacionales	3
1.3.2. Antecedentes Nacionales	6
1.3.3. Hemorragia Postparto	9
1.3.4. Incidencia	10
1.3.5. Etiología	10
1.3.6. Fisiopatología de la hemorragia postparto	11
1.3.7. Causas de la hemorragia postparto	13
1.3.8. Cuadro clínico	13
1.3.9. Diagnóstico diferencial	15
1.3.10. Complicaciones	16
1.3.11. Manejo de la hemorragia postparto	16

1.3.12. Tratamiento	17
1.3.13. Shock hemorrágico	26
1.4. Desgarro y/o lesiones perineales obstétricas	29
1.4.1. Definición	29
1.4.2. Lesiones perineales	30
1.4.3. Clasificación de desgarros	31
1.4.4. Factores de riesgo de lesiones obstétricas	33
1.4.5. Episiotomía	36
1.4.6. Parto instrumental	37
1.4.7. Factores sociodemográficos	40
1.4.8. Prevención de desgarro perineal	44
1.4.9. Evolución y tratamiento	45
CAPÍTULO II	
2.1 CASO CLÍNICO	47
CAPÍTULO III	
3.1 CONCLUSIONES	71
3.2 RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
CARTA COMPROMISO	78

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La importancia de poder disminuir y evitar una muerte materna, es una prioridad de todo personal de salud, si bien es cierto las cifras sobre la muerte materna han ido disminuyendo con el tiempo, sigue siendo un gran problema en nuestros días. Hoy en día las medidas dirigidas a la prevención de las complicaciones es una tarea muy importante, a pesar de haber implementado estrategias para disminuir los factores de riesgo en las gestantes, el sangrado masivo pos parto sigue siendo la primera causa de muerte materna a nivel mundial y nuestra región no está al margen de esta realidad.

La hemorragia postparto es considerado como una de las causas más comunes de muerte materna en el mundo. El mayor porcentaje de ellas se presenta en países en vías de desarrollo. A nivel mundial las complicaciones postparto corresponden a un 75%. Del total de partos atendidos la hemorragia postparto se presenta en un 40% de todos los partos vaginales, y un 30% de los partos por cesárea. En el Perú, según estadísticas del Ministerio de Salud, el índice de mortalidad materna va

disminuyendo progresivamente durante los últimos años, reflejándose estos datos en las regiones de la sierra y la selva. (1)

1.2- JUSTIFICACIÓN

La elección del caso clínico es porque aún se producen muertes maternas como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, el estado peruano a través de las diferentes órganos administrativos, busca reducir la tasas de muerte materna, al revisar el número de muertes maternas en el Perú la región de Lima es el mayor número de muertes, esto debido a la concentración de la población que hay, de la misma manera la región de Lima es centro de referencia a nivel nacional, muchas veces llegan en estado crítico, por una mala atención inmediata, o falta de protocolos de atención.

Un embarazo puede cursar sin complicaciones, presentarse en el momento del parto no es novedad, para esto el profesional debe de tener la pericia y habilidad en el manejo de las hemorragias posparto inmediato.

La anemia severa es un complicación inmediata si no es la muerte, lo que genera una demora en su recuperación personal de la parturienta, del mismo modo genera un gasto institucional, mayor tiempo de estancia.

Toda prevención de la hemorragia posparto es preferible al mejor tratamiento.

Todas las gestantes durante su control prenatal y durante el parto deben de ser evaluadas minuciosamente buscando los factores de riesgo, para prevenir las complicaciones. Se pueden cometer errores cuando el manejo no ha sido correcto.

Con el presente trabajo se pretende hacer ver las dificultades y aciertos para el manejo de las hemorragias postparto.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1.-ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Llumiquinga, E., Marcia, D. (2011). Incidencia de traumatismo obstétrico y neonatal relacionado con el periodo expulsivo prolongado. Hospital General Riobamba. Ecuador. Objetivo: identificar la causa y efecto de los traumatismos obstétricos, la muestra estuvo constituido por 108 pacientes, de los cuales el 57% son primigestas, el 33% son multíparas y solo el 10% fueron gran multíparas (mayor de 4 hijos). El 67% de las pacientes fueron sometidas a una episiotomía, debido a que se encontraban en un periodo expulsivo prolongado, mientras que un 33% de las pacientes no se les realizó. De todas las pacientes el 24 % presentó desgarro de primer grado y el 9% desgarro de segundo grado, en relación a los traumatismos neonatales el 37% presentaron caput succedaneum, seguido del 28% con fractura de clavículas. Los traumatismos obstétricos se presentaron en un 67% de los casos estudiados, los traumatismos neonatales se presentaron en un 90% de los casos, los mismos que guardan relación con el periodo expulsivo prolongado que hacen un total de 33% de la muestra total (2).

Malvinoa, E., Eiseleb, G., Martínez., Anheld, S., y Lowensteine, R. (2008) Hemorragias Obstétricas Exanguinantes. División Cuidados intensivos Clínica Materno Suizo Argentina. Objctico: se plantearon evaluar la causa y tratamiento de un grupo de gestantes con hemorragias obstétricas exanguinantes, luego proponer medidas para prevenir. El método de estudio fue descriptivo, retrospectivo, realizado en 25 gestantes que ingresaron a la unidad de Cuidados intensivos, por haber presentado sangrado mayor a 4 litros, que necesitaron transfusiones sanguíneas iguales o mayores a 10 unidades de glóbulos rojos. Teniendo los

siguientes resultados 11 gestantes presentaron desgarros cervicovaginales y roturas uterinas. El 88% de los casos presentaron shock hemorrágico. Terminaron en histerectomía 20 pacientes, se realizó este procedimiento como última medida para controlar la hemorragia masiva, de ellas Siete pacientes histerectomizadas presentaron hemorragia retroperitoneal o intraperitoneal y hubo que reintervenirlas quirúrgicamente por hemorragias persistentes. Todas las pacientes sobrevivieron sin secuelas. Concluyendo que los desgarros cervicovaginales y las roturas uterinas representaron las causas más frecuentes de hemorragias exanguinantes; la supervivencia materna fue óptima (3).

Malvinoa, E., Eiseleb, G., Donoc, J., Amanzic, P., Martínez, M. (2009) Evaluación de la Coagulopatía por consumo asociado. Argentina. Se plantearon evaluar la frecuencia, las complicaciones y el pronóstico de las coagulopatías por consumo, en un grupo de gestantes que presentaron hemorragias obstétricas graves, durante el trabajo de parto. La metodología utilizada fue de un estudio, descriptivo y retrospectivo con una muestra de 91 pacientes que presentaron Coagulopatía por consumo, 247 pacientes presentaron hemorragias obstétricas graves durante el parto. La muestra estuvo determinada desde el año 1991 hasta el 2008, obteniendo los siguientes resultados; el shock hemorrágico se presentó en 110 pacientes, que afecto a más de la mitad de los casos con desgarro cervicovaginales y ruptura uterina; 61 pacientes con shock presentaron coagulopatía por consumo, 12 pacientes presentaron sangrado múltiple. Al finalizar todas las puérperas sobrevivieron sin presentar ninguna secuela; llegando a la conclusión que la prevalencia de coagulopatía por consumo en las pacientes con hemorragia obstétrica grave resulto mayor en la población general de gestantes en estado

crítico. La prevención de casos de shock que presentaron hemorragia no evitó la coagulopatía por consumo en un 21% de los pacientes, teniendo una supervivencia optima en las madres (4).

Abril, F., Guevara, A., Ramos, A., Rubio, J. (2007) en un estudio realizado sobre los factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía en un Hospital Universitario de Bogotá. Se plantearon Identificar los factores de riesgo para desgarro perineales grado II o mayor en partos por vía vaginal; la metodología es analítico, prospectivo. La muestra estuvo constituido por 149 pacientes, obteniendo los siguientes resultados: el 54.4% de la pacientes presentaron desgarro perineal que necesitaron reparación. Concluyeron que la prolongación del trabajo de parto y fetos grandes son factores de riesgo para desgarro perineal (5).

Lorenzo, M., Villanueva, L. (2003) realizaron un estudio para identificar los Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen Obstétrico. México. **Objetivo:** Identificar los factores que incrementan el riesgo de desgarros perineales de III y IV grado en el Hospital de la mujer, método de estudio de casos y controles, de tipo prospectivo, la muestra es de 690 pacientes de ellos estuvo constituido por 517 pacientes control y 173 casos. Obteniendo los siguientes resultados. De los 173 casos, el 69.9% tuvo desgarro perineal de III grado y el 30.1% desgarro de IV grado, los factores condicionantes fueron el uso de oxitocina, la duración de parto en el periodo expulsivo más de 60 minutos, la episiotomía, el parto instrumentado con fórceps, los desgarros fueron significativamente más frecuente en los casos que en los controles, no ha influido la antropometría de los neonatos o el tipo de personal que atendió. Se concluye que la causa de los desgarros perineales es multifactorial (6).

1.3.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

Gutiérrez, E., (2016) realizó un estudio sobre la Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales, Hospital de Ventanilla. Objetivo: Conocer si las medidas somatométricas tienen relación con la ocurrencia de desgarros y otros factores de riesgo asociado. La metodología: es un estudio de tipo observacional prospectivo de casos y controles realizado en gestantes que acudieron a su control prenatal de Julio a Diciembre 2016; teniendo una muestra de 41 casos de gestantes con horquilla vaginal anterior y control de 123 gestantes con horquilla vaginal posterior. Obteniendo como resultado que una horquilla vaginal anterior es un factor de riesgo, Riesgo relativo de 3, con un índice de confianza al 95% (7).

Chambergó, J. (2013) Complicaciones Obstétricas según la vía de parto en adolescentes del Hospital Lanfranco la Hoz. Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas según la vía de parto en adolescentes. La metodología: es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, con un índice de confianza de 95%, el margen de error 5%. La muestra estuvo constituido por 250 historias clínicas, con los siguientes resultados, el 86% de los pacientes son primíparas, los embarazos a término representan un 92.4% del total de los casos, en relación al control prenatal el 56.8% estuvieron controladas, obteniendo las siguientes conclusiones, que el 46.8% de las adolescentes tuvieron al menos una complicación, de ellas el 63% tuvieron parto vaginal y el 37% terminaron en cesárea. Las complicaciones que se presentaron en partos por vía vaginal fueron la anemia con un 19.6%, seguido por los desgarros perineales con un 13.6%, y atonía uterina con un 1.2%(8).

Atunca, D., Huamán, C. (2010) en un estudio sobre Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en la maternidad de Lima. La metodología de estudio es analítico, casos y controles, la muestra conformada por 2 grupos de 130 pacientes de parto vaginal, cada uno, un grupo con pacientes que presentaron desgarro perineal y otro sin desgarro perineal, se realizó el análisis por el programa SPSS, obteniendo los siguientes resultados, el 79.2% presentaron desgarro de primer grado de ellos el 74.6% tienen de 20 a 34 años de edad, el 80% de este grupo son multípara, el 84.6% de recién nacidos tuvo un peso adecuado. Llegando a las conclusiones: que las adolescentes o mujeres mayores de 35 años tienen mayor probabilidad de presentar desgarro perineal, las gestantes con anemia tienen 1.9 veces mayor de presentar desgarro, las clases de Psicoprofilaxis no está relacionada con el desgarro perineal, en relación a los factores Obstétricos las primíparas tienen 1.5 veces mayor que las multíparas, el segundo periodo del trabajo de parto menor o igual a 10 minutos se relacionan con la presencia de desgarro, el periodo Intergenésico largo tienen 1.9 veces mayor de producir desgarro, con aquellas que tienen un periodo Intergenésico adecuado. Los factores neonatales, los macrosómico tienen unas 23 veces más de producir desgarro perineal, de todos los factores mencionados, el factor neonatal es considerado de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal (9).

Nelson, J (2007) Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave. Hospital San Bartolomé. Realizaron un estudio para Identificar los factores de riesgo que se asocian con el traumatismo perineal posterior grave. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo transversal. La muestra estuvo conformada por 146 historias clínicas de todas las pacientes que tuvieron el diagnóstico de

traumatismo perineal posterior grave luego del parto vaginal. En el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2004. Se procedió al análisis usando el SPSS versión 11,0 y se empleó índices de tendencia central (media, mediana y moda) medidas de dispersión y correlación. Principales medidas de resultados: Desgarros perineales posteriores graves, episiotomía, parto instrumentado, paridad, peso del recién nacido. Resultados: Durante el periodo de estudio se produjeron 25044 partos vaginales, de los cuales 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves, con una incidencia anual promedio de 0,58%. A 69,2% (101 casos) se les realizó episiotomía medio lateral, a 5,5% (8 casos) episiotomía mediana y en 25.3% (37 casos) no se les realizó episiotomía. En los partos vaginales normales, los desgarros perineales posteriores graves fueron más frecuentes con un 89,7%, los partos instrumentados con fórceps con un 8,9% y en los partos instrumentados con vacuum extractor un 0,4%. Nulíparas presentaron mayor cantidad de desgarros perineales posteriores graves con un 80,1%, en comparación con las multíparas 19,9%. En relación al recién nacido los macrosómicos presentaron un 85,6% de casos de desgarro perineal posterior grave. Por lo que concluyeron que la incidencia anual promedio de traumatismo perineal posterior grave fue 0,58%. La práctica de la episiotomía y la nuliparidad incrementaron el riesgo de traumatismo perineal posterior grave (10).

Altamirano, P (2012), realizó un estudio para determinar los Factores de alto riesgo asociado a hemorragia posparto inmediato. Hospital María Auxiliadora. Fue un estudio de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística

múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. Obteniendo los resultados, La frecuencia de Hemorragia posparto fue de 1.52%. Siendo las complicaciones en orden de frecuencia, Primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo 11.1%, talla baja 8.7%, pacientes añosa mayor de 35 años con un 7.4% y la anemia en un 6.3%. Los principales factores de riesgo intraparto son episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, el uso de la oxitocina en un 10%, parto prolongado 7,3%. Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo más riesgo de hacer hemorragia posparto en comparación a las que no presentaron el factor. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52% (11).

1.3.3.- HEMORRAGIA POSTPARTO

DEFINICIÓN.

La hemorragia posparto es considerado como cualquier pérdida hemática excesiva que sobreviene después de la expulsión de la placenta, hasta la sexta semana, según la Organización Mundial de la Salud. (12)

Se pueden considerar hemorragia posparto, según el tiempo en primarias, secundarias o tardías. Mientras tanto La Hemorragia posparto severa, es cuando la paciente requiere transfusión sanguínea de cuatro a más unidades de sangre, por clínica una anemia aguda se puede diagnosticar con una hemoglobina < 7 gramos /decilitro (13).

La hemorragia posparto es la pérdida mayor a 500 ml durante un parto vaginal, muchas veces se considera normal a la pérdida sanguínea menores de 1000ml en una cesárea, pasado estos rangos se considera una hemorragia posparto, por lo general la pérdida sanguínea ocurre en el puerperio inmediato y dentro de las dos primera horas. Esta complicación se presenta en un 4 % del total de los partos (14).

1.3.4.- INCIDENCIA

Anualmente 14 millones de mujeres embarazadas presentan hemorragias postparto a nivel mundial, que representa a un 25 a 30% de muertes maternas, especialmente en países en vías de desarrollo (15).

Para disminuirla incidencia se han propuesto implementar con mayor disponibilidad de medicamentos oxitócicos, razones por los cuales estas cifras no supera el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados (15).

1.3.5.- ETIOLOGÍA

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo, es menor en comparación con las hemorragias de la primera mitad del embarazo. Podemos mencionar a las causas más frecuentes de las hemorragias. La Placenta Previa que representa un 20%; la mayor incidencia de mortalidad perinatal, por los partos prematuros, algunas veces se disminuyen con tratamientos conservatorios, mientras no se complique el cuadro clínico (16).

El desprendimiento prematuro de placenta es otra causa de la hemorragia, que podría presentarse hasta en un 30%, que se presenta después de las 22 semanas de embarazo; algunas veces puede ser un sangrado oculto (16).

La atonía uterina, se caracteriza por presentar un sangrado vaginal abundante, con un útero distendido, que no tiene la capacidad de contraerse. La retención placentaria, es cuando no es expulsada por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y más de 15 minutos en alumbramiento dirigido. Las lesiones o desgarros a nivel perineal y vaginal presentan un sangrado continuo. La inversión uterina es otra de las causas de hemorragia en este caso el útero es expulsado por la vagina, o se encuentra a nivel del canal vaginal (17).

1.3.6.-FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Durante el embarazo suceden cambios a nivel de todo el organismo, uno de los cambios importantes es a nivel hemodinámico y hematológico, produciéndose una hipervolemia, que se caracteriza por una expansión de los glóbulos rojos, como medida de protección frente a un sangrado masivo durante el embarazo (18)

La circulación sanguínea a nivel placentario es de 700 a 900 ml/minuto, cuando se produce una hemorragia podría ser fatal para la paciente. Frente a un sangrado generalmente se estima solo un aproximado, ya que hay dificultad para medir la cantidad, uno de los primeros signos que la paciente presenta es taquicardia, luego una hipotensión arterial, esta última puede presentarse tardíamente, muchas veces cuando la paciente ha sangrado más del 30 a 50% del volumen sanguíneo. (19)

Frente a un sangrado en una paciente es importante cuantificar la pérdida sanguínea y el porcentaje que ésta pérdida representa, para ello sabemos que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 ml /kilogramo peso (20).

En una mujer embarazada a la séptima semana, el volumen plasmático tiende a incrementarse aproximadamente un 10%, con un pico máximo de 40 a 45 ml en la semana 32 de embarazo. De la misma manera, la masa eritrocitaria se incrementa

en un 30% a finales del embarazo. Cuando hay un aumento del volumen sanguíneo aumenta el gasto cardíaco entre 40% y 50%. Por estas razones una mujer embarazada puede tolerar una pérdida sanguínea significativa antes de presentar signos de hipovolemia. La pérdida del volumen sanguíneo muchas veces es subestimada, ya que resulta difícil cuantificar exactamente; sin embargo, cuando la pérdida es significativa afecta a la perfusión y oxigenación tisular llevando al shock hipovolémico. Cuando se presenta una pérdida sanguínea, se produce una inestabilidad cardiovascular, coagulopatía, disminución del transporte de oxígeno, disminución de la perfusión e hipoxia celular. Todas estas alteraciones hemodinámicas conllevan al desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica, y finalmente a una múltiple falla orgánica, lo que puede terminar en una muerte. (18)

Todas las mujeres embarazadas durante la segunda mitad del embarazo se producen un aumento de los factores de coagulación por lo que se encuentran en un estado de trombofilias; con ello disminuye la posibilidad de complicaciones hemorrágicas relacionadas con el parto. (21)

Anatómicamente el miometrio está constituido por fibras musculares divididas en tres capas y es la capa del miometrio que cumple un rol fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la contracción uterina normal, los vasos sanguíneos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo la pérdida sanguínea. Cuando se produce la expulsión de la placenta, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; de la misma manera el miometrio progresivamente se engrosa y se produce una vasoconstricción. Las contracciones uterinas continuas y coordinadas del músculo uterino van a comprimir los vasos sanguíneos locales, se va producir una

disminución del sangrado y con ello se da inicio a la formación de un coágulo retro placentario. Si el útero no realiza una adecuada contracción, se producirá la atonía uterina, algunas veces llegan a terminar en la muerte. (22)

1.3.7.- CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSPARTO (14)

- Atonía uterina.
- Traumatismo genita.
- Tejidos placentarios retenidos.
- Implantación baja de placenta.
- Inversión uterina.
- Trastornos de la coagulación.
- Desprendimiento placentario.
- Embolia de líquido amniótico.
- Óbito fetal retenido.
- Coagulopatía hereditaria.

1.3.8.-CUADRO CLÍNICO: (15)

Dependerá del grado de hemorragia, además de tener los signos y síntomas de: palpitación, palidez, vértigo, sudoración, disnea y sincope, se debe de considerar los siguientes parámetros en el cuadro.

GRADO	O perdida normal < 10%	I Compensado 10-15 %	II Leve 15 -25 %	III moderado 25-35%	IV Severo 35-45%
Pérdida sanguínea	<500ml	500 ml a 1000 ml	1000-1500	1500-2000	2000-3000
Frecuencia cardiaca	Normal	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	Normal	Normal	Ortostatis mo	Disminuido	Sostenido
Llenado capilar	Normal	< 2 segundos	Puede ser lento	Lento	Muy lento o ausente
Frecuencia cardiaca	Normal	14-20 x minuto	20-30 x minuto	30-40 x minuto	> 35 x minuto
Gasto urinario	Normal	> 30 ml/h	20-30 ml/h	< 20-5 ml/h	Anuria
Estado mental	Normal	No agitado	Agitado	confuso	Letárgico o inconsciente

Fuente: Guías de práctica clínica de la INMP-2010

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar una hemorragia postparto básicamente es clínico, con la presencia de una pérdida sanguínea excesiva después del alumbramiento. Frente a un sangrado lo primero que debemos de realizar es cuantificar el volumen de la pérdida sanguínea, luego valorar la repercusión de la misma sobre el estado

hemodinámico de la paciente, se debe evaluar diferentes aspectos como son: presión arterial, llenado capilar, diuresis, frecuencia cardíaca y nivel de conciencia. Los valores de la hemoglobina van a determinar el grado de hemorragia. (14)

1.3.9.-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Las causas de la hemorragia posparto requieren de un abordaje sistémico, debe de evaluarse palpando el fondo del útero a través de la pared abdominal, para poder descartar una atonía uterina. Después se realiza la inspección rápida y minuciosa de la vagina y el cérvix, con la finalidad de poder descartar alguna laceración o desgarro, que pueda complicar el problema de una hemorragia. También se debe de descartar una inversión uterina o hematoma pélvico. Si no se puede identificar la causa de una hemorragia, se debe de realizar una exploración manual de la cavidad uterina, bajo anestesia general, para realizar una buena exploración. Si no se encuentra una causa de la hemorragia, considerar alguna coagulopatía. (14)

Según la guía de práctica clínica (2010) los Criterios de diagnóstico a considerar son: (15)

- Atonía uterina: el sangrado es abundante, el útero se encuentra con el tamaño aumentado que no se contrae.
- Retención placentaria: cuando el alumbramiento es espontáneo y la placenta se encuentra adherida por más de 30 minutos, cuando se realiza alumbramiento dirigido por más de 15 minutos.
- Retención de restos placentarios: se considera a la retención de membranas y cotiledones, se observa una sub involución uterina, al examinar la placenta se encuentra incompleta.

- Lesiones del canal de parto: se observa un sangrado masivo y continuo, a pesar de tener un útero bien contraído y la placenta completa.
- Inversión uterina: al momento de extraer la placenta no se puede palpar a nivel del útero, al realizar el examen vaginal se encuentra una tumoración en el canal vaginal, la parturienta presenta un dolor hipogástrico agudo.

1.3.10.- COMPLICACIONES: (15)

- Shock hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.
- Isquemia del miocardio.
- Síndrome de dificultada respiratoria.
- Panhipouitarismo (síndrome de Sheehan)
- Muerte.

1.3.11.-MANEJO DE HEMORRAGIA POSTPARTO. (15)

Hemorragia puerperal inmediata. La conducta a seguir es de la siguiente manera:

- El manejo debe de ser multidisciplinario e interdisciplinario por los profesionales de la salud.
- Actuar inmediatamente, en forma simultánea.

- Canalizar una segunda vía endovenosa con catéter N° 16-18, con cloruro de sodio al 9‰ 1000ml.
- Considerar la Carbetocina como primera droga de elección, no asociar con oxitocina o ergometrina.
- Si la parturienta, se encuentra hemodinamicamente inestable, debemos de actuar según protocolo de shock hipovolémico.
- Colocar una sonda Foley, con bolsa colectora, para evacuar vejiga.
- Hacer firmar consentimiento informado para todo procedimiento que se va a realizar, si la paciente esta lucida firmara, de no ser así los familiares deberán de hacerlo.
- Realizar revisión manual de cavidad uterina, y revisión de canal de parto, si es posible utilizar valvas para determinar la causa de la hemorragia.

1.3.12. TRATAMIENTO

El tratamiento inicia con mantener y recuperar la estabilidad hemodinámica, muchos investigadores coinciden que se debe de comenzar con la administración de fluidos a razón de tres frascos de cloruro y un haemacell.

Para realizar una transfusión sanguínea se debe de haber perdido entre 1 y 2 litros de sangre, en este caso si se administran 5 o más concentrados de hematíes, no olvidarse que se debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Si las plaquetas se encuentran por debajo de 20.000/ml será necesario administrar concentrados de plaquetas. Tener en cuenta que un concentrado de hematíes incrementará el hematocrito en un 3%. Para lo cual se deben monitorear estrictamente las funciones vitales y obtener muestras de sangre cada 30 minutos para determinar los valores de la hemoglobina, hematocrito,

pruebas cruzadas, recuento de plaquetas, (tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activada), fibrinógeno y productos de degradación. Se administrará Oxígeno a razón de 6 a 8 litros por minuto. Se colocará una sonda vesical Foley N° 14 para realizar control de diuresis permanente. Reevaluar la paciente una vez que se haya transfundido líquidos después de los 30 minutos, para determinar la evolución y recuperación de la paciente. Se considerará como signos de mejoría: una frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, presión arterial sistólica de 100 mmHg o más, nivel de conciencia estable, con una diuresis horaria de 30 ml o más. Se dejara de realizar una transfusión una vez alcanzada una hemoglobina de 8gr/dl o más (hematocrito \geq 21%), recuento plaquetario \geq 50.000/ml, o tiempo de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control. Cuando la saturación de oxígeno es menor de 92%, se deberá de instaurar oxigenoterapia de soporte con mascarilla, paralelamente se deberá de identificar la causa de la hemorragia, con la finalidad de poder calmar el sangrado. (1)

Según el MINSA (2007) el tratamiento y manejo según los niveles de atención en los establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – (FONP Y FONB)- (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4) se siguen los siguientes pasos: (22)

- Identificar los signos y síntomas de alarma y determinar los factores asociados de una hemorragia.
- Frente a la sospecha debemos de diagnosticar, estabilizar y referir inmediatamente.
- Tacto vaginal restringido, no colocar espéculos.

- Si la paciente presenta signos de shock hipovolémico actuar según lo señalado en la Guía de Práctica Clínica.
- Referir oportunamente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con las siguientes consideraciones:
 - Canalizar dos vías endovenosas seguras con ClNa al 9‰, ambos con catéter N°18.
 - Permeabilizar vía aérea, si es posible administrar oxígeno, con catéter nasal a razón de 3 litros x minuto.
 - Mantener a la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo
 - La paciente debe de estar bien abrigada.
 - Realizar monitoreo estricto de las funciones vitales por el profesional que acompaña.
 - Se debe de estimar la pérdida sanguínea.
 - Personal que acompaña debe de estar en la condición de donar sangre.
 - Comunicar oportunamente la referencia.
- La referencia de la paciente deberá de ser acompañada por un profesional capacitado en emergencias obstétricas.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE
(Categorías II-1, II-2). (22)

Se debe de Aplicar las medidas generales realizadas en establecimientos con FONP y/o FONB.

- Frente a una hemorragia el manejo debe de ser multidisciplinario.

- Se debe de contar con un buen acceso a vía venosa: vía endovenosa segura, flebotomía o catéter central.
- Realizar un examen clínico general y preferencial obstétrico.
- Evaluar el estado general de la paciente.
- Realizar un estricto monitoreo materno-fetal: presión arterial, pulso latidos cardiacos fetales, dinámica uterina y tono uterino cada 15 minutos, registrar en una hoja de monitoreo.
- Controlar el tamaño del útero y delimitar el fondo.
- Cuantificar el sangrado vaginal a través de paños perineales.
- Realizar un control de diuresis horaria
- Si la paciente se encuentra en emergencia, se deberá de estabilizar según gravedad del paciente y solicitar exámenes auxiliares respectivos.
- Realizar solicitud de depósito de sangre.
- Según el estado de la paciente se hospitalizará (sala de hospitalización, cuidados intermedios, UCI) o definir que pase a sala de operaciones.
- Hacer firmar un consentimiento informado a la paciente y/o familiares sobre la intervención que va a realizar y sus posibles complicaciones.

Tratamiento según las diferentes causas de hemorragias. (15)

a.- Atonía uterina.

- Realizar masaje uterino externo.
- Administrar una vía segura con Cloruro de sodio al 9‰ 1000 ml, con catéter N° 18.

- Administrar una 1 ampolla de Carbetocina 100µg, dosis única, vía endovenosa en bolo, diluidos en 10cc. de solución salina en un lapso no menor a 1 minuto.
- No administrar dosis adicional de Carbetocina.
- Se puede realizar un manejo alternativo: Instalar vía endovenosa con Cloruro de sodio 9‰ 1000 ml más 20 a 40 UI de oxitocina, e infundir a una velocidad inicial de 5 ml/minuto (100 mu/minuto), para luego ir aumentando según el tono uterino y el sangrado.
- Cuando la hemorragia es abundante colocar segunda vía sólo con Cloruro de sodio al 9‰, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Administrar ergometrina 0.2 mg intramuscular que se puede repetir a las 2 a 4 horas, tener mucho cuidado en pacientes con hipertensión arterial.
- Otra alternativa puede ser la administración de misoprostol 800 a 1000 Ug vía rectal en el tratamiento de la hemorragia posparto.
- Si se sospecha de una retención de restos placentarios se deberá de hacer una revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos, posteriormente realizar masaje uterino bimanual
- .Si continua con la hemorragia, trasladar a la paciente a sala de operaciones para:
 - Realizar empaquetamiento del útero (Técnica de B. Lynch modificada)
 - Ligar las arterias hipogástricas o arterias uterinas según técnica usual.

- Si las técnicas anteriores no resolvieron el caso proceder con la Histerectomía total.

Prevención de la atonía Uterina

En pacientes con factores de riesgos asociados para prevenir una atonía uterina, después de la extracción de la placenta se administrará Carbetocina, 1 ampolla de 100 micro gramos intra muscular. La administración de Carbetocina es en una sola dosis.

b.- Retención de placenta: (15)

Frente a una retención placentaria nuestra conducta a seguir es de la siguiente manera:

- Realizar un consentimiento informado y debe de firmar por la pacientes, de no ser posible firmar un familiar directo.
- Canalizar una nueva vías con catéter N°18 o de mayor calibre y estabilizar hemodinamicamente (soluciones y/o sangre).
- Se debe de administrar oxitocina.
- Se debe de solicitar muestra de sangre (Hemoglobina / Hematocrito) y realizar pruebas cruzadas frente a la posibilidad de transfundir paquetes globulares.
- La paciente deberá recibir apoyo emocional.
- Deberá ser evaluado por un anestesiólogo para determinar si tiene las condiciones para una anestesia general de urgencia, si no, realizar sedación Diazepam 10 mg diluidos en 10ml de agua destilada y administrar vía endovenosa lento.

- Tener mucho cuidado de las normas de asepsia y antisepsia local.

Analgesia:

La administración debe de ser profesional competente.

- Administrar Petidina 100mg endovenoso lentamente.
- Diazepam 10mg endovenoso, lentamente, tener mucho cuidado de no mezclar con la Petidina en la misma jeringa.

Antibióticos:

- Administrar dosis única de antibióticos profilácticos.
Cefazolina 1g endovenoso más Metronidazol 500mg EV.
- Si la paciente presenta signos de infección, administrar.
Cefazolina 1g endovenoso c/ 6 horas.
Gentamicina 5mg/kg de peso endovenoso c/ 24 horas o 160 mg endovenoso diario.
Metronidazol 500 mg endovenoso c/ 8 horas.

Si la paciente presenta fiebre, 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevaluar a la paciente y revisar el diagnóstico.

Técnica:

- Para la extracción de la placenta, ponerse guantes estériles largos que lleguen hasta el codo.
- Coger una pinza y sostener el cordón umbilical. Con una mano, jalar el cordón umbilical con delicadeza, con dirección al piso.
- Poner la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.

- Girar los dedos de la mano dentro del útero lateralmente buscando el borde de la placenta.
- Cuando el cordón umbilical se desprende y la torta placentaria queda dentro del útero, introducir una mano en la cavidad uterina. Revisar toda la cavidad hasta detectar una línea de división entre la placenta y la pared uterina.
- Se procede a desprender la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Seguir lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se desprende de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospechar de un acretismo placentario, prepararse para una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo del estado y las condiciones de la paciente.
- Si la placenta se desprende del útero retirar lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.

c. Laceración del canal del parto

- Para poder identificar el sangrado y reparar se debe revisar el canal de parto con las valvas Doyen.
- Una vez que se haya identificado que es un desgarró perineal y vaginal, se deberá de suturar con catgut crómico 2/0.

- Cuando el sangrado es por un desgarro cervical, inmediatamente se deberá de pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y Suturar con catgut crómico 2/0.
- Se administrara antibioticoterapia como medida profiláctica: Ampicilina 1 gr endovenoso cada 6 hrs y Gentamicina 160mg/día en desgarro de IV grado.

d. Hematomas

Una vez identificado el hematoma en el canal de parto se procede a realizar la debridación, misma manera realizar hemostasia en sala de operaciones.

E. Rotura uterina

Cuando se produce una rotura uterina se debe pasar a sala de operaciones para reparar las laceraciones uterinas o realizar una histerectomía según la extensión de la rotura, su localización, dependerá del estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.

- La paciente deberá estar con una vía segura con catéter N° 18, comenzar con la infusión de cloruro de sodio al 9‰ 1000 ml a 60 gotas por minuto.
- Cuando la paciente presenta signos de hipovolemia:
 - ✓ Se colocara una sonda foley N° 14, para realizar un control de diuresis horaria.
 - ✓ Iniciar con la administración de oxigeno con catéter nasal, a razón de 3 litros por minuto
 - ✓ Realizar un control estricto de funciones vitales cada 10 minutos, registrar en hoja aparte.
 - ✓ Realizar Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos Maternos.

F. Retención de restos (alumbramiento incompleto)

- Si la paciente se encuentra sin vía, canalizar una vía endovenosa segura con ClNa 9‰ más 20 UI de oxitocina.
- Realizar una ecografía abdominal para descartar restos placentarios, luego proceder con legrado uterino.

G. Inversión uterina

- Cuando se produce la inversión uterina inmediatamente se debe de pasar a sala de operaciones y administrar anestesia general.
- Si la placenta aún no se desprendió del útero, posteriormente se procederá a separarlo y separarla después.
- Reposición manual del útero se realiza empujando el fondo con la punta de los dedos y con la palma hacia arriba.
- Si con estas maniobras no se logra reponer el útero, inmediatamente realizar histerectomía total abdominal.

1.3.13.-SHOCK HEMORRÁGICO (15)

Se denomina así cuando hay una pérdida aguda y masiva de sangre, con funciones vitales de presión arterial menor de 90 mmHg, taquicardia persistente mayor de 120 latidos por minuto, la paciente tiene sensación intensa de sed y ansiedad o sopor, las extremidades presenta una frialdad y oliguria, todas signos y síntomas estarán asociados a una hemorragia de origen obstétrico.

a. Medidas Generales

- Canalizar dos vías venosas con catéteres N° 16 o N° 18 e iniciar infusión rápida de cloruro de sodio al 9‰.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.

- Administrar Oxígeno por catéter nasal a 3 litros por minuto, si la saturación de oxígeno es menor que 92%.
- Poner una sonda de Foley N°14, con bolsa colectora e iniciar control horario de la diuresis.
- Realizar un control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- Coordinar una Interconsulta a la Unidad de cuidados intensivo materno.

b. Medidas Específicas.

- **Fluido terapia:** Administrar solución salina 2000ml a chorro y 1000ml de coloides, Repetir la misma secuencia mientras se cumplan las siguientes condiciones:
 - La paciente presenta una taquicardia > 120 latidos por minuto.
 - La paciente refiere tener sed o que sus extremidades están frías.
 - Según el control de diuresis la paciente presenta una oliguria de menor de 0.5 cc /kilo / hora.
 - Según control de funciones vitales la presión arterial media (PAM), menor o igual de 65 mmHg. Considerar limitar la repleción volumétrica del intravascular en cualquiera de los siguientes casos a. Si tiene Presión Arterial Media (PAM), mayor de 65 mmHg

La paciente presenta una taquicardia, que no mejore o lo haga solo en forma transitoria, se debe sospechar que hay sangrado activo, cuando esto sucede se debe mantener la reposición agresiva de fluidos asegurándose de mantener un flujo urinario mayor de 0.5 cc por kilo por hora. Cuando hay un hemoperitoneo se procederá a la paracentesis que es un manejo

quirúrgico urgente. Cuando la paciente presenta una oliguria, una sed, una palidez marcada y una alteración sensorial, deberá iniciarse con la reanimación con paquetes globulares.

- **Hemoderivados:** para la transfusión sanguínea se usarán sólo fracciones de la sangre, paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas o crioprecipitados. Teniendo las siguientes recomendaciones:
 - Los paquetes globulares, se deberán de administrar dos paquetes globulares rápidamente, luego tener preparado dos paquetes más mientras llega el resultado inicial de la Hemoglobina.
 - Cuando se haya transfundido cuatro paquetes globulares se deberá administrar una unidad de Plasma Fresco Congelado (PFC).
 - Tener mucho cuidado que después de transfundir cuatro unidades de cualquier hemoderivado se deberá administrar una ampolla endovenoso de gluconato de calcio, para neutralizar el citrato y evitar una coagulopatía por dilución.
 - La transfusión de plaquetas solo será si los valores de estos están por debajo de los 20,000 o si hay evidencia de sangrado activo.

Cirugía

Cuando una paciente presenta sangrado profuso, se debe considerar la posibilidad de una exploración quirúrgica. En el caso de pacientes obstétricas

toda hemorragia que lleve a un estado de shock es necesario realizar una intervención quirúrgica.

1.4.- DESGARROS y/o LESIONES PERINEALES OBSTETRICAS

1.4.1.-Definición de desgarro

Se denomina desgarro a la pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas a nivel del canal del parto, muchas veces afectando al periné (vagina, rafe medio y musculatura del periné). El desgarro puede ser lateral o central. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto. El desgarro a nivel del periné constituye la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vulva, vagina, y periné, que pueden ser en diferentes grados y extensión diversa. La mayoría de las parturientas primíparas el mayor riesgo es presentar un desgarro perineal; ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza el procedimiento de la episiotomía o ésta es insuficiente para facilitar la expulsión del feto, deficiente técnica en la atención de parto, también las cicatrices operatorias previas, parto precipitado, macrosomía fetal, se refiere a un feto con un peso mayor de 4000gr., anomalías congénitas y rigidez de los tejidos ocasionando principalmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo estado nutricional, infecciones previas al parto, con ello facilitando los desgarros, también se presenta en pelvis estrechas y en variedades occípito sacras

(24)

1.4.2.-LESIONES PERINEALES

Durante el embarazo en el organismo de la mujer se produce alteraciones anatómicas y funcionales, de la misma manera durante el parto sufren estas alteraciones, en relación al piso pélvico estas sufren mayor trauma. Durante el parto estas modificaciones abarcan traumas a nivel del tracto genital visible, también pueden provocar lesiones ocultas de algunos nervios y estructuras musculares del piso pélvico.

La lesión del suelo pélvico son multifactoriales que pueden terminar en una incontinencia urinaria, si las lesiones son de mayor profundidad pueden producir una incontinencia anal, disfunción sexual y dolor perineal. Generalmente las mujeres no buscan ayuda profesional sobre problemas de disfunción sexual, por sentir vergüenza, ya que son temas socialmente estigmatizantes, o bien porque algunas mujeres creen que síntomas como el dolor durante el coito, el dolor perineal o la incontinencia urinaria y anal son una consecuencia normal del parto (25).

Algunos investigadores confirman la incidencia de lesiones no identificadas en el momento del trabajo de parto, porque pasan inadvertidas para el personal médico. El impacto de estas complicaciones sobre la mujer en el periodo puerperal y en el recién nacido algunas veces pueden ser catastrófico desde el punto de vista físico, social y psicológico; de la misma manera se relaciona a un costo económico muy elevado para los servicios sanitarios. (26)

1.4.3.-CLASIFICACIÓN DE DESGARROS PERINEALES

La complicación más frecuente durante el parto son los desgarros perineales dentro de la morbilidad materna, más de un 65% del total de las pacientes con un parto vaginal normal. (27)

Las mujeres primíparas que han tenido un embarazo y parto de bajo riesgo han presentado hasta en un 83% alguna complicación.(28)

Muchas pacientes parturientas presentan cierto grado de lesión perineal, ya sea una laceración o un desgarro, se practica la episiotomía a miles de mujeres diariamente que requerirán la reparación del periné tras un parto vaginal.(25)

Los desgarros perineales se han clasificado en cuatro grados: (29)

Desgarros de primer grado: Generalmente afectan a los tejidos superficiales del cuerpo perineal. Este tipo de desgarro llega a Lesionar la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia ni el músculo subyacente.

Desgarros de segundo grado: abarca a nivel del cuerpo perineal, sin llegar hasta el esfínter anal. Están afectados los músculos perineales y la perineal profunda o fascia, sin comprometer el esfínter anal.

Desgarros de tercer grado: involucra anatómicamente la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y los músculos del esfínter anal.

Desgarros de cuarto grado: abarca la mucosa ano-rectal y se expone la luz del recto. (29)

Estas clasificaciones son consideradas incompletas al no contar con datos que brinden una información acerca del grado de afectación (grosor involucrado) del esfínter anal externo ni del compromiso del esfínter anal interno. El esfínter anal interno tiene un rol muy importante ya que es el responsable de poder mantener la

continencia anal, que involucra el pronóstico en la recuperación de la paciente. Se sabe que cuando se produce una lesión traumática obstétrica a nivel del esfínter anal interno puede resultar muy difícil, registrar el grado del daño del esfínter anal externo (mayor o menor del 50%).

Según Antañón, (2009) estas clasificaciones son inadecuada, porque crean confusión, tienen implicancias médico legal, epidemiológicas y clínicas. Por ello propuso la siguiente clasificación que ha sido aprobada por el Royal Colegio de obstetricia y Ginecología del Reino Unido. (30)

- Desgarros de I grado: cuando se produce una laceración a nivel de la mucosa vaginal o de la piel.
- Desgarros de II grado: cuando este tipo de lesión afecta el periné y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.
- Desgarros de III grado: este grado de lesión abarca el periné que incluye el complejo del esfínter anal, se identifican de la siguiente manera:
 - 3a: cuando el desgarro es de menos del 50% del grosor del esfínter anal externo.
 - 3b: cuando el desgarro es de más del 50% del grosor del esfínter anal externo.
 - 3c: se considera el desgarro que incluye el esfínter interno (además del externo).
- Desgarros de IV grado: cuando la lesión del periné afecta el complejo del esfínter Anal (interno y externo) y la mucosa ano-rectal. (29)

1.4.4.-FACTORES DE RIESGO DE LESION OBSTÉTRICA.

Para identificar y analizar los factores de riesgo de las lesiones obstétricas perineales durante estos últimos años se han realizado muchos estudios, con énfasis en las lesiones perineales severas que comprometen el esfínter anal, que muchas veces están considerados los desgarros de tercer y cuarto grado.

La mayoría de las investigaciones, identificaron los factores más frecuentes son: recién nacidos macrosómicos, edad gestacional, mala actitud de presentación fetal, distocia de hombros, trabajo de parto prolongado, maniobras de presión del fondo uterino en el periodo expulsivo (Kristeller), uso inadecuado de medicación intraparto (analgésia epidural y el uso de oxitocina), parto instrumental, episiotomía y nuliparidad. (31).

La mayoría de los estudios concluyen que el parto instrumental, asociado a la realización de episiotomía, es un factor de riesgo relevante para la lesión grave del periné. (32).

Factores de riesgo relacionados con el feto.

Diferentes circunstancias que distienden el periné durante el trabajo de parto que están directamente relacionados con fetos macrosómicos, las presentaciones deflexionadas (presentación de bregma y cara), y al momento de producirse el desprendimiento de la cabeza. (2).

La macrosomía fetal es considerado a un recién nacido mayor de 4 kilos, que está relacionado a lesión materna a nivel perineal, como son los desgarros de tercer y cuarto grado; Esto debido a un mayor perímetro cefálico porque condicionan a un periodo expulsivo prolongado. Un feto grande va a distender mayor los tejidos de soporte y las fascias de la pelvis provocando estiramiento del nervio pudiendo y

lesión por denervación. De la misma manera se produce una distocia de hombros, es por estas razones conocidas que se producen los traumatismos perineales y algunas veces llegando a lesionar el esfínter anal. (33).

Las malas posiciones y la mala actitud de presentación fetal durante el trabajo de parto, son causas bien conocidas que producen lesión perineal obstétrica; cuando el feto durante el trabajo de parto opta por una variedad de presentación de occípito-posterior, de la misma manera una presentación de cara y frente son factores de riesgo conocidos para una lesión del esfínter anal, porque el diámetro de la cabeza fetal es desfavorable y se asocian a partos dificultosos. Algunos estudios también identifican la edad gestacional como factor de riesgo de lesión perineal. También pueden ser atribuidos las alteraciones hormonales que se producen durante el embarazo, que son los responsables de modificar las características del tejido conectivo. (29)

Factores de riesgo relacionados con la madre.

La primiparidad que están fuertemente relacionadas a los casos de desgarro, también sucede cuando hay una estrechez de la vulva y un periné bien resistente, algunos autores mencionan al antecedente de desgarro como un factor predisponente, de la misma manera las cicatrices de las episiotomías previas, como causante de laceraciones del esfínter anal y rectal, algunos mencionan que la realización de la episiotomía mediana contribuye en los desgarros. El edema perineal se produce cuando no se protege adecuadamente durante el periodo expulsivo, produciéndose una lesión perineal. Muchas veces el descontrol de la paciente en el periodo expulsivo, cuando realizan pujos incontrolables pueden producir estas lesiones. (2).

Las gestantes nulíparas tienen el riesgo materno más elevado para que se produzca un daño perineal. Mayormente el traumatismo del esfínter anal, ocurre en el primer parto vaginal. En relación a la edad materna parece no estar asociada a un riesgo de lesión obstétrica. Tener en consideración que algunas características intrínsecas de la madre previa al embarazo y al parto, pueden tener relación con la calidad de los tejidos y el fortalecimiento de la musculatura pélvica, que se asocian a menor riesgo de laceraciones y desgarros espontáneos perineales y a una menor necesidad de episiotomía. La actividad física y los ejercicios maternos, pueden ejercer un factor protector. Sin embargo, en este mismo estudio los autores no encuentran asociación entre estos factores maternos y el desarrollo intraparto de desgarros severos perineales de tercer y cuarto grado, observando que las lesiones de gravedad están en relación con factores intrínsecos al parto, tales como la episiotomía y el parto instrumentado. (34).

Factores de riesgo relacionados con el parto.

La atención de parto con el uso de fórceps ha sido identificada como un factor de riesgo para el desgarro de tercer o cuarto grado. La expulsión de la cabeza en forma rápida y si no se tomó las precauciones para realizar la protección del periné, algunas veces la salida de los hombros en transversa pueden ayudar a que se produzca los desgarros. (2).

Todas estas condiciones son relevantes, puesto que muchos de ellos son factores modificables. Por eso la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud debe tener en consideración, son susceptibles de ser rectificadas y con ello generar una disminución de la morbilidad materna asociada al parto. El parto precipitado está asociado con lesión perineal, cervical, labial y uretral debido a la

falta de tiempo disponible para que los tejidos maternos se adapten a las fuerzas del parto y para que el obstetra o matrona pueda controlar el expulsivo fetal y poder proteger adecuadamente el periné. Existe evidencia de que el daño perineal puede tener lugar durante el primer periodo de parto que es la dilatación, debido a esto se ha determinado que la realización de una cesárea una vez que la dilatación haya llegado hasta 8 cm no protege de la lesión perineal. (35).

Existe suficiente prueba para mencionar que la segunda fase del trabajo de parto que es el periodo expulsivo prolongado, está asociado a un mayor riesgo de traumatismo perineal. La segunda fase del parto, el periodo expulsivo, comienza cuando la paciente ha llegado a una dilatación de 10 cm, y finaliza con la expulsión del feto. Se considera periodo expulsivo prolongado más de 60 minutos en las primíparas y 30 minutos en multíparas, que a su vez se han asociado con lesión del nervio pudendo. (29), y se ha relacionado con consecuencias negativas para el suelo pélvico y periné, como el prolapso de órganos pélvicos. (36).

1.4.5. EPISIOTOMÍA

Se ha demostrado que existe una alta relación entre la episiotomía y los desgarros, en especial la episiotomía mediana con el riesgo de desgarros perineales severos. . (Antañón, 2009). Durante la atención de un parto cuando se realiza la combinación del uso de fórceps y la episiotomía media, incrementan los casos de desgarros perineales severos, llegando a lesionar el esfínter anal. (32)

1.4.6.- PARTO INSTRUMENTAL.

La atención de parto con fórceps es considerado un factor de riesgo principal de lesión perineal grave. La instrumentalización en la atención del parto forma una parte integral de la Obstetricia; y aunque permite reducir la tasa de cesáreas y la

morbimortalidad asociada a ella, no cabe duda de que la morbilidad materna del parto asistido con instrumental muchas veces con fórceps, espátulas o ventosa obstétrica, es mayor que la de los partos eutócicos. Las lesiones causadas por partos instrumentados instrumentales incluyen desgarros perineales con afectación del complejo del esfínter anal y desgarros cervicales. Diferentes estudios indican que el fórceps tiene más riesgo de causar lesión materna que la ventosa; entre otras razones, porque las ramas del fórceps ocupan un 10% más de espacio en la pelvis materna. Las ramas del fórceps distienden el periné y pueden causar lesión del esfínter anal al traccionar de la cabeza fetal en dirección póstero lateral favoreciendo la flexión de la cabeza. Ocasionalmente, demasiada fuerza puede ser inintencionadamente aplicada por el obstetra, especialmente cuando la mujer presenta anestesia epidural. (33)

Existen contraindicaciones para el parto con vacuum, como, embarazos pretérminos, distocia en la variedad de presentación como pueden ser de cara que pueden tener una complicación de un sangrado. Cochrane, realiza una meta análisis en función a estos datos, con la finalidad de evaluar los efectos de la extracción con vacuum obstétrica comparada con el fórceps en la morbilidad materna y neonatal. (37)

Herbruck, 2008. Realizo un estudio de investigación en diez casos clínicos, y se observaron que los partos asistidos con vacuum disminuía de forma significativa la morbilidad materna con respecto al fórceps, pero está asociado a mayor complicaciones fetales como son los céfalo hematomas y hemorragias de retinianas neonatales; si bien, a largo plazo no se observaron diferencias significativas en el desarrollo visual y neurológico de los niños afectados. La complicación neonatal

severo fue muy poco con cualquiera de los dos instrumentos. Los autores concluyeron que el uso del vacuum obstétrica en lugar del fórceps en un parto asistido parece reducir la morbilidad materna; pero la reducción de casos de hemorragia de retiniana y céfalo hematoma observados con el fórceps podría ser un beneficio compensatorio. Muchas veces antes que la paciente hay completado la dilatación se someten a maniobras para ayudar a expulsar el feto, es por eso que se debe de dejar a la paciente a que los pujos sean cuando la dilatación haya completado (36).

Toda gestante que se encuentra en trabajo de parto, se le indica que debe de comenzar a pujar cuando la dilatación se encuentra en 10 cm, se les indica que mantengan la respiración y empiecen a pujar durante un periodo de al menos 10 segundos, proceso que se repite varias veces hasta que finaliza la contracción. Este pujo dirigido, especialmente cuando se realiza durante un tiempo prolongado, genera cansancio y agotamiento materno que aumenta las posibilidades de finalizar con un parto instrumental porque la mujer no colabora expulsión fetal. Cuando se le dice a la paciente que debe de pujar antes de que la presentación haya descendido, este proceso no ayudara a que la presentación fetal descienda en el canal de parto, por lo tanto estos pujos prematuros provocaran un daño estructural y tisular a nivel de la pelvis, es por ello que debemos de pedir a la paciente que debe de pujar cuando la cabeza fetal haya descendido y provoque a la mujer a pujar de manera espontánea y fisiológica. A través de estas conductas de manejo podemos ayudar a disminuir los riesgos de lesión perineal. (36)

Cuando una gestante se encuentra en trabajo de parto y presenta los pujos espontáneos se han demostrado que hay una disminución en las laceraciones y/o

desgarros perineales, algunas veces no es necesario realizar las episiotomías. Es importante saber que las maniobras externas de presión sobre el útero en el periodo expulsivo, se han asociado a mayor riesgo de lesión perineal. La maniobra de Kristeller es cuando se ejerce una fuerza en el fondo del útero, con dirección del eje longitudinal del útero, la mayor parte de la fuerza aplicada es dirigida hacia esta zona favoreciendo su traumatismo. Una de las complicaciones que presenta este tipo de maniobras es que la fuerza que ejerce el ayudante es muy difícil de controlar. Esta actitud queda reflejada en un informe de atención al parto avalado por La organización mundial de la salud (OMS), en el cual se recomienda no emplear maniobras de Kristeller hasta que la presentación fetal se encuentre coronando la horquilla vulvar. (29).

Medicación intraparto

Para el manejo de un parto sin dolor se está utilizando, la anestesia epidural, lo que está relacionado con un aumento de riesgo de lesión perineal. (32).

Mientras tanto el uso de oxitócicos para la conducción del trabajo de parto no parece estar asociada con el riesgo de lesión perineal. (29).

No se ha demostrado que la posición que adopta la gestante durante el parto pueda contribuir a aumentar o disminuir el riesgo de lesión perineal, es por ello que a toda gestante se debe de optar la posición que ellas quieran y se sientan más cómodas; una mujer que opta una posición erguida, durante el parto se ha relacionado con una mayor incidencia de lesión perineal, sin embargo, las investigaciones realizadas por Cochrane no ha demostrado efectos negativos en la madre ni en feto, solo un aumento en el sangrado del postparto inmediato, en menor porcentaje.(33)

1.4.7.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL

Existen muchos factores predisponente para producirse el desgarro perineal:

Edad materna: (38)

La presencia de complicaciones de hemorragias por desgarros cervicales durante el parto en adolescentes ha sido reportada como consecuencia propia de la edad, además se reportan otras lesiones del canal del parto siendo más frecuente en este grupo de edad. Cuando hay una incompatibilidad céfalo pélvica, en las adolescentes, estas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello cervical, vagina, vulva y periné. Generalmente esta complicación se produce con la inmadurez anatómica y funcional del piso pélvico reflejándose en una estrechez del canal blando.

La edad materna se debe de clasificar en tres grupos principales: Adolescentes, aquellas pacientes menores de 19 años, y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y los cambios físicos, psicológicos y sociales predominan. Una gestante adolescente es considerada de alto riesgo, porque no ha terminado el desarrollo físico ni psicológico, y esta predispuesta a ciertas patologías obstétricas, entre ellas preeclampsia la desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso al nacer.

El otro grupo de mujeres en edad obstetricia, son consideradas de 20 a 34 años de edad, esta edad es ideal para un embarazo, las han demostrado que es el grupo con mayor caso de desgarro, puede estar relacionado debido a que la mayor parte de las

gestantes se encuentran en este grupo. Las gestantes mayores de 35 años son consideradas de alto riesgo reproductivo debido a que la mayoría de patologías se presentan dentro de este grupo como son la diabetes, la hipertensión, malformaciones congénitas, problemas de insuficiencia placentaria y otras. (38).

Paridad

La cantidad de hijos que tiene una mujer es un factor importante, que condiciona a un desgarro perineal, aquí se consideran las primíparas, por la elasticidad del periné o también la frecuencia de parto es diferente en una primípara, frente a mujeres que tuvo más de dos partos, por lo tanto se debe de incluir como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal; se debe tener en cuenta que el trabajo de parto precipitado es más frecuente en multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné, en comparación con las primíparas, Sin embargo según conceptos manejados se sabe que existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarros que las primíparas, debido a que a las primíparas se le practica la episiotomía, lo que no sucede con la multípara. (20)

C. Anemia materna (38).

La mayoría de las gestantes en nuestra país presenta una anemia por deficiencia de hierro, por ello es muy importante el consumo de una dieta balanceada y la administración de sulfato ferroso 300 mg cada día durante el embarazo. La anemia es factor de riesgo, que puede ser controlada a través de la administración de sulfato ferroso.

Durante el embarazo para considerar una anemia el valor de la hemoglobina puede variar de la siguiente manera, en el primer trimestre los valores menores a 11g/dl,

en el segundo trimestre el valor menor a 10.5g/dl, y finalmente en el tercer trimestre el valor menor a 11 g/dl.

La hemoglobina es una proteína muy importante que se encarga del traslado de oxígeno a los tejidos, por lo que es muy imprescindible para la oxigenación de los tejidos de todo el organismo, a nivel del periné por una falta de oxígeno los tejidos puede encontrarse muy friables lo que conllevaría a producirse lesiones.

Clasificación: (38).

Anemia leve: con hemoglobina entre 9 y 10,9 g/dl.

Anemia moderada: con hemoglobina de 7 a 8.9g/dl.

Anemia severa: con hemoglobina por debajo de 7 g/dl.

D. Tiempo del expulsivo (29).

Se denomina así al segundo periodo de trabajo de parto, se considera cuando la dilatación alcanza los 10 cm. cuando esto sucede la mujer que se encuentra en trabajo de parto puede presentar sensación urgente de pujar, de manera espontánea.

Se divide en dos fases:

- Fase temprana, denominada no expulsiva, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado 10 cm y una incorporación del 100%.
- Fase avanzada, llamada también expulsiva, se considera desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta la expulsión del feto.

Según la ACOG la duración promedio del periodo expulsivo es de 50 minutos en las nulíparas y de 20 minutos en las multíparas. En la Clínica Maternidad Rafael Calvo ubicado en el país de Colombia, como en otras maternidades del mundo, se ha tomado como límite de tiempo de 1 hora para considerar el expulsivo como prolongado independientemente de la paridad de la paciente.

El segundo periodo de trabajo de parto es considerado como factor de riesgo, es decir el tiempo de duración del periodo expulsivo, pues como se entiende, un parto prolongado o precipitado, generaran muchas complicaciones, entre ellas el desgarro perineal, la exposición muy rápida o por mucho tiempo de la cabeza fetal sobre el periné, influye en la presencia de desgarro.

E. Periodo intergenésico

Se recomienda que la paridad debe de ser entre dos a cinco años. El período Intergenésico corto menor a dos años, es considerado no recomendable, porque es el tiempo que la mujer necesita para que todo su organismo recupere los cambios anatómicos y fisiológicos producidos durante el embarazo, parto y puerperio. (20)

F. Psicoprofilaxis materna

Los talleres de preparación prenatal, son muy importantes en las mujeres embarazadas, es la preparación para el momento del parto, se les orienta a tomar decisiones conscientes y responsables respecto al embarazo, parto y puerperio, el tipo de alimentación para su bebé. Se menciona que la mujer que ha tenido un parto vía vaginal garantizará un vínculo íntimo con su bebé y facilita el proceso de la lactancia materna exclusiva, ya que la experiencia de su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo. El apoyo emocional que brinda la pareja elimina la ansiedad que hay en esta etapa tan importante en la vida de la mujer. Algunas investigaciones demostraron que las mujeres que recibieron el taller de Psicoprofilaxis, presentaron menos complicaciones como el desgarro perineal, esto porque trabajan sobre romper el triángulo, del dolor, temor y la tensión. (20)

G. Otros factores de riesgo

Están considerados las infecciones vaginales manifestándose con los tejidos friables, el control prenatal que se realiza para buscar factores de riesgo, el tipo de personal de salud que atiende el parto y la colaboración de la paciente durante el trabajo de parto, son algunas de estas factores que influyen para que se produzca el desgarro perineal. (29)

1.4.8.- PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

Algunas veces los desgarros perineales es posible disminuir con la práctica de la episiotomía, se realiza en el período expulsivo que afecta a la piel, la mucosa y el músculo, tiene muchos beneficios y riesgos, pero en la práctica clínica su uso es muy útil. Existen otras maneras de prevenir el desgarro perineal como (39).

- La paciente tenga una buena alimentación
- Durante los talleres de Psicoprofilaxis la paciente aprenderá a realizar los ejercicios de Kegel, que sirven para fortalecer los músculos del piso pélvico, obteniendo un tono para ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. Estos ejercicios consisten en identificar los músculos que participan en el periodo expulsivo, mantenerlos contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer hasta doscientas repeticiones por día pero no todas a la vez. La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo la micción a intervalos. La paciente debe de estar sentada con las piernas abiertas, se intenta detener la orina y se vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes (39).
- Comodidad durante el parto

- Masaje perineal: se recomienda a las pacientes embarazadas mayores de 20 años, que consiste en preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto. Se inicia el masaje aplicando un lubricante, separando las piernas e introduciendo los dedos en la vagina, deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados durante dos minutos, luego masajear alrededor del introito y por último empujar los pulgares hacia afuera, simulando la presión de la cabeza sobre el periné (38).
- Parto atendido sin prisa
- Parto bajo el agua
- Jadeo y preparación.

1.4.9.- EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Evolución

Cuando se produce el desgarro de II grado el piso pélvico queda destruido, se presenta la incontinencia anal, una de las complicaciones a largo plazo son los prolapsos genitales si no se hace el tratamiento correcto. Cuando se produce el desgarro de III grado que lesiona el esfínter anal, se produce incontinencia fecal. Mientras cuando se produce el desgarro de IV grado la zona se convierte en una cloaca (25).

Complicaciones

Generalmente las complicaciones se producen cuando no son tratados o reparados oportunamente, las complicaciones más frecuentes son las infecciones, las incontinencias urinarias y fecales, estas por lesionar el esfínter anal.

Las complicaciones posteriores son el prolapso, tanto el rectocele, cistocele y el uterocele, las fistulas recto vaginales cuando se lesiona la mucosa rectal las

infecciones vaginales y la incontinencia fecal, que pueden aparecer tardíamente, entre tres meses y tres años después de la lesión primaria. (25)

Tratamiento

Una vez que se haya producido el desgarro perineal, debe ser reparada de inmediato para evitar las complicaciones posteriores.

Se utiliza Anestesia local con clorhidrato de lidocaína al 2%. Sin epinefrina.

Material de sutura: catgut crómico 2/0.

En 1989, Grant, estableció que los desgarros deberían ser reparados con material sintético, porque disminuían el dolor; sin embargo, Williams insiste en que la reparación de los desgarros deben ser con catgut crómico. (25)

Desgarro de tercer grado.

Lo primero que se realiza es suturar el musculo con catgut crómico 2/0 y aguja a traumática. Con el mismo material se afronta el esfinter anal, se recomienda el uso de puntos separados, continuándose con la sutura de la mucosa vaginal, el refuerzo del plano muscular es hacer puntos en el tejido celular subcutáneo y, finalmente la piel, como si se estuviera realizando una episiorrafia. (25)

Desgarro de cuarto grado.

Frente a este caso se recomienda realizarse es la sutura del recto, porque es la zona más contaminada. Para suturar debemos de introducir un dedo en el ano que nos ayudara como guía, y se realiza la sutura con aguja a traumática y con hilo de catgut crómico 3/0. Se realizan puntos separados, porque el recto es extra peritoneal, en un solo plano, se debe de englobar el esfinter anal a los elevadores del ano. Se desecha el material empleado y se continúa como en el desgarro de tercer grado. (25)

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.2. INTRODUCCIÓN

Generalmente el Parto ocurre cuando una gestante llega entre las 37 a 41 semanas de embarazo, el parto es un proceso fisiológico y natural que se produce, con la aparición de las contracciones uterinas y modificaciones cervicales, concluyendo con la expulsión de la placenta, un parto normal, se puede complicar en cualquier momento y producir complicaciones maternas y fetales incluso llegando algunas veces la mortalidad, como consecuencia de una hemorragia, que es la primera causa de muerte en nuestro país.

Dentro de las hemorragias pos parto, considerados los desgarros perineales, algunas bibliografías refieren que son las primíparas las que sufren en mayor porcentaje esta complicación.

Podemos mencionar que el trauma perineal durante el parto sucede, durante el parto de manera espontánea o cuando realizamos la episiotomía, los desgarros se clasifican en grados del I al IV.

Hay muchos factores de riesgo de desgarro perineal que son los maternos, obstétricos y neonatales, que muchas veces no son solucionados inmediatamente y terminan en complicaciones muy severas tanto para la gestante como para el producto, para ello debemos de hacer un buen seguimiento enfocando en el feto, edad de la madre, paridad, anemia, trabajo de parto.

2.3. Objetivo

- Identificar los factores de riesgo de la hemorragia postparto por desgarro vaginal de III grado.
- Conocer el manejo y seguimiento de la hemorragia postparto por desgarro vaginal de III grado.
- Describir las complicaciones maternas de la hemorragia postparto por desgarro vaginal de III grado.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

“Hemorragia posparto por desgarro vaginal III grado en Hospital de nivel III-Lima-2017”

2.4. A.- ANAMNESIS:

Fecha: 29 de marzo de 2017 Hora: 8:30 horas

Origen de servicio: Emergencia

Datos de filiación

Edad : 39 años

Raza : mestiza.

Ocupación : ama de casa

Nivel educativo : tercero de secundaria.

Estado civil : casada.

Antecedentes personales:

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes de intervención quirúrgica: legrado uterino- 2014

Antecedentes de transfusión sanguínea: ninguna

Reacción alérgica a medicamentos: niega

Antecedentes Gineco obstétricas:

Menarquia : 12 años

Régimen catamenial: 3/30 días

Inicio de relaciones sexuales 16 años

Número de parejas sexuales: 02

Uso de método de planificación familiar: ninguno

Fecha última de menstruación: 27 de junio de 2016

Fecha probable de parto: 04 de abril de 2017

Edad gestacional: 39 semanas

Formula obstétrica: G3 P 1101

Fecha último de parto: 10 de julio de 2007

Recién nacido con mayor peso: 3210gr.

Control prenatal: 04 veces en centro de salud

Gestación 1: parto vaginal.

Gestación 2: parto pretérmino peso recién nacido 2.10Kg falleció

Enfermedad actual:

Gestante ingresa por emergencia, presenta contracciones uterinas frecuentes, aproximadamente 4 horas, no presenta sangrado vaginal, no presenta pérdida de líquido amniótico, movimientos fetales activos.

B.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Examen físico general: Aparentemente Regular estado General (AREN), Lucido y Orientado, en Tiempo, Espacio y Persona (LOTEP)

Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 78 x minuto. Temperatura: 37°C

Respiración: 20 x minuto.

Peso: 85.5. kg.

Estado general sensorio: normal.

Aparato cardio vascular: normal.

Aparato respiratorio: normal

Aparato urinario: normal.

Abdomen : normal

Extremidades: normal sin edemas.

Evaluación Obstétrica:

Abdomen: Altura uterina: 34 cm. Dinámica uterina: 2-3 en 10 minutos 30" de duración Latidos cardiacos fetales: 142 latidos por minuto. Situación, posición y presentación fetal: longitudinal, derecha cefálico.

Genital: Tacto vaginal: dilatación: 4 cm., borramiento: 90 %, altura de presentación: -3/-2., Variedad de presentación: Occípito Iliaca derecha Transversa – OIDT. Membranas: Integras. Pelvis: Ginecoide., se observa flujo vaginal de color blanco amarillento

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE INGRESO:

1. Multigesta de 39 semanas x Fecha ultima de Regla.
2. Trabajo de parto fase activa.
3. Flujo vaginal.

PLAN DE TRABAJO:

- Parto vaginal
- Se solicita exámenes auxiliares control de hemoglobina, perfil de coagulación, grupo y factor sanguíneo, prueba rápido de VIH, RPR,
- Ecografía doppler.
- Test no estresante
- Reevaluar con resultados.

Reevaluación con resultados.

Fecha 29 de marzo de 2016 hora: 10:40

Resultados de la prueba Test no estresante:

- Línea de base: 144 latidos por minuto.
- Variabilidad: 12 latidos por minuto.
- Aceleraciones: 6 aceleraciones en 30 minutos.
- Desaceleraciones: ausentes
- Movimientos fetales: mayor de 5 en 30 minutos
- Dinámica uterina: 2 en 10 minutos

Resultado: Feto Activo reactivo 10/10

Ecografía Doppler:

- Presentación fetal: cefálico izquierdo
- Peso: 3400 gramos.
- Latidos cardiacos fetales: 145 x minuto.
- Cordón: tres vasos.
- Placenta: corporal lateral derecho.
- Grado: III
- Líquido amniótico: normal ILA: 6 cm.

Conclusiones:

- Gestación única de 39 semanas por Biometría fetal.
- Circular simple de cordón al cuello.

Laboratorio Clínico:

Hemoglobina : 12.9 gr%,

Hematocrito : 36%,

Plaquetas : 187,000pmc,
Tiempo de protrombina : 11,7 seg,
Tiempo de Protrombina Total : 27,8 seg,
Fibrinógeno : 496mg/dl,
Grupo y Facto : RH O+,
Tes rápido de HIV : Negativo,
PRS : no hay reactivo.

TRATAMIENTO

1. Pasar a centro obstétrico para atención de parto.
2. Control de funciones vitales
3. Control de signos y síntomas de alarma.

EVALUACIÓN EN CENTRO OBSTETRICO.

Fecha: 29 de marzo de 2017

11:15 horas Gestante ingresa al servicio, procedente del servicio de emergencia, ingresa en silla de rueda, sin vía, quejumbrosa por las contracciones uterinas, es evaluado por el equipo de profesionales, Médico y Obstetra de turno.

Al examen: AREG y LOTEP

Funciones vitales: Presión arterial: 110/60 mmHg., Pulso: 80 x minuto, Temperatura: 37.1°C., respiración: 20x minuto.

Piel y mucosas: ligeramente pálida e hidratada.

Mamas: blandas voluminosas, con secreción calostrala escasa.

Abdomen: altura uterina: 34 cm., feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 144 x minuto, dinámica uterina: 2-3 /10minutos/++., movimientos fetales:++.

Genital: tacto vaginal: dilatación: 7 cm borramiento: 90%, altura de presentación: -3/-2, membranas ovulares: integras, variedad de presentación: Occípito Iliaca izquierda transversa

Diagnóstico:

1. Multigesta de 39 semanas por FUR.
2. Trabajo de parto fase activa.
3. Vulvo vaginitis
4. Alto riesgo: gestante añosa, periodo Intergenésico largo.

Plan de trabajo:

1. Parto vaginal.
2. Evolución espontanea.
3. Monitoreo electrónico fetal por 30 minutos.

Tratamiento:

1. Canalizar vía con Cloruro de sodio al 9%
2. Control de funciones vitales permanente.
3. Control de dinámica uterina.
4. Control de latidos cardiacos permanente.

5. Reevaluación en 2 horas.

Resultados:

Evolución Obstétrica.

Fecha: 29 de marzo de 2017.

11: 08 horas Se instala monitor electrónico fetal Monitoreo Intra parto: patrón I; línea de base: 144 latido por minuto, Aceleraciones: presentes, Variabilidad: 10 latidos por minuto, desaceleraciones: ausentes, movimientos fetales: activos más de 4, dinámica uterinas 3 a 4 en 10 minutos.

11:10 horas Se canaliza vía con catéter número 18 en brazo izquierdo, Cloruro de sodio al 9‰ a XII gotas por minuto.

11:25 horas Latidos cardiacos fetales: 135-140 x minuto, movimientos fetales: ++, dinámica uterina: 4/10 minutos ++60” Sangrado vaginal: negativo, Perdida de líquido amniótico: negativo.

12:00 horas Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 82 x minuto. Respiración: 19 x minuto. Temperatura: 37.2°C

Latidos cardiacos fetales: 146 x minuto. Dinámica uterina: 3-4 en 10 minutos, +++./ 50”. Movimientos fetales: +++. Perdida de líquido amniótico: (-). Pérdida sangrado vaginal: (-)

12:30 horas Presión arterial: 110/64 mmHg. Pulso: 88 x minuto. Respiración: 20 x minuto. Temperatura: 37.1°C

Latidos cardiacos fetales: 132 x minuto. Dinámica uterina: 4 en 10 minutos, +++./ 50". Movimientos fetales: +++. Pérdida de líquido amniótico LA: (-). Pérdida sangrado vaginal: (-)

13:00 horas presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 80 x minuto. Respiración: 21 x minuto. Temperatura: 37.2°C

Latidos cardiacos fetales: 140 x minuto. Dinámica uterina: 3-4 en 10 minutos, +++./ 50". Movimientos fetales: +++.

Tacto vaginal: dilatación 9 cm. borramiento 90%, altura de presentación: -2, membranas ovulares: integras. Pérdida sangrado vaginal: (-)

13:20 horas presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 82 x minuto. Respiración: 20 x minuto. Temperatura: 37.1°C

Latidos cardiacos fetales: 146 x minuto. Dinámica uterina: 4 en 10 minutos, +++./ 50". Movimientos fetales:

Medico de turno evalúa y realiza ruptura artificial de membranas (RAM), líquido amniótico claro aproximadamente 100cc.

Deja indicación de agregar oxitocina 10 UI en frasco de Cloruro de sodio al 9‰ a 8 gotas por minuto.

13:30 pm la gestante se encuentra quejumbrosa por las contracciones uterinas, latidos cardiacos fetales: 146 x minuto. Dinámica uterina: 4-5 en 10 minutos, +++./ 50". Movimientos fetales:

13:45 horas presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 86 x minuto. Respiración: 20 x minuto. Temperatura: 37.4°C

Latidos cardiacos fetales: 140 x minuto. Dinámica uterina: 3-4 en 10 minutos, +++./ 50". Movimientos fetales: +++.

Tacto vaginal: dilatación 10 cm. borramiento 100%, altura de presentación: 0, membranas ovulares: rotas.

13:50 horas se realiza higiene perineal para atención de parto, luego se pone la ropa tres en uno para, se le indica pujar a la paciente.

14:00 horas Gestante se encuentra en periodo expulsivo, latidos cardiacos estables 142-148 x minuto.

14:10 hora latidos cardiacos fetales: 148 a 150 x minuto, dinámica uterina 5 en 10 minutos +++ 60".

14:20 horas se produce nacimiento de recién nacido de sexo masculino, nace con presentación mixta (cabeza + mano), la paciente no colabora durante el periodo expulsivo, parturienta agotada, se realiza atención inmediata de recién nacido y el contacto precoz piel a piel.

14:21 horas se administra oxitocina 10 UI intramuscular para realizar alumbramiento dirigido.

14:23 horas se realiza pinzamiento tardío de cordón umbilical, luego se muestra el sexo a la madre, recién nacido continúa en contacto piel a piel.

14:24 horas se procede a extraer placenta, sale de tipo duca con membranas y cotiledones completos, se observa sangrado vaginal abundante, se

realiza masaje uterino bi manual, útero se encuentra bien contraído, se agrega 10 UI en frasco de cloruro de sodio.

Se revisa minuciosamente la placenta se descarta retención de restos placentarios, continua con el sangrado de color rojo vivo. Se revisa canal de parto, se observa desgarro III a nivel vagina y periné, se realiza inmediatamente a nivel del desgarro con la finalidad de hacer hemostasia. Se canaliza una segunda vía de cloruro de sodio al 9‰, como vía XXX gotas por minuto.

14:28 horas se comunica a medico asistencial para reparar desgarro.

Funciones vitales: presión arterial 100/60 mmHg. Pulso: 90 x minuto, respiración: 22 x minuto. Temperatura: 37.5°C

14:30 pm funciones vitales: P.A: 100/60mmHg. FC: 90 x minuto. T° 37.4°C FR. 19 x minuto.

Datos del recién nacido: peso 3470gr. Talla: 49 cm, perímetro cefálico: 34 cm perímetro torácico: 34.5cm, APGAR 8 al minuto y 9 a los cinco minutos

15:00 horas se evidencia sangrado, funciones vitales: P.A: 90/50mmHg. FC: 100 x minuto. Temperatura: 37.4°C. respiración : 22 x minuto.

15:30: horas continua con dos vías permeables una vía con Cloruro de sodio + 20 UI a 60 gotas x minuto y otra vía solo cloruro de sodio al 9‰ a 30 gotas por minuto.

16:00 horas Médico de guardia acude a evaluar a la puérpera, reporta de la siguiente manera:

Fecha: 29 de marzo de 2017

16:00 horas Paciente puérpera inmediata se encuentra con sangrado vagina, refiere dolor a nivel perineal, dolorosa, con funciones vitales aparentemente normales.

Al examen: AREG, LOTEPE

Facies y mucosa: pálida, llenado capilar mayor de 2"

Abdomen: útero bien contraído AU: 15 cm.

Genitales: se observa sangrado continuo, se observa desgarramiento III grado, que lesiono el esfínter anal. .

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera inmediata +- 1 1/2 hora.
2. Hemorragia posparto.
3. Desgarro perineal III grado.

Plan de trabajo:

1. Revisión y reparación en sala de operaciones
2. Solicitar pruebas cruzadas.
3. Taponamiento vaginal
4. Control estricto de funciones vitales
5. Preparar para sala de operaciones.

6. Control de hemoglobina.

Tratamiento:

1. Cloruro de sodio al 9‰ + 20 UI de oxitocina LX por minuto.
2. Cloruro de sodio al 9‰ pasar 500 cc a chorro luego a XXX gotas por minuto.
3. Ceftriaxona 2 gr. E. V c/ 24 hrs.
4. Masaje uterino externo continuo

17:15 horas pasa a sala de operaciones, con vías permeable, en camilla, con funciones vitales dentro de los parámetros normales.

INFORME QUIRÚRGICO

Fecha: 29 de marzo de 2017 Hora de ingreso a centro Quirúrgico: 17:23 horas

Datos del procedimiento: intervención obstétrica. Tipo: emergencia

Fecha y hora de Inicio: 29 de marzo de 2017 17:55 horas

Diagnostico preoperatorio: CIE-10

- Desgarro perineal de tercer grado durante el parto O70.2
- Puérpera de parto vaginal U80.91

Fecha y hora de Fin: 29 de marzo de 2017 18:27 horas

Diagnostico post operatorio.

- Desgarro perineal de tercer grado durante el parto O70.2
- Puérpera de parto vaginal U80.91

Procedimientos quirúrgicos:

Sutura de desgarro vaginal. hallazgos síntesis de esfínter rectal interno, se realiza sutura continua con catgut crómico 2/0, colocación de puntos overlap en esfínter externo con catgut crómico 1/0, síntesis de mucosa vaginal, revisión de hemostasia retiro de material.

Hallazgos: Desgarro vaginal de 6 cm, en línea media

EVOLUCIÓN EN SALA DE RECUPERACIÓN

Fecha y hora: 29 de marzo de 2017 18:40 horas

Puérpera inmediata, se encuentra descansando, después del procedimiento de reparación del desgarro de III grado.

Se cuenta con resultado de control de hemoglobina valor 6.1 gr%

Funciones vitales:

Presión arterial: 90/50 mmHg. Pulso: 110 por minuto. Temperatura: 38 °C

Respiración : 24 por minuto

Abdomen: útero bien contraído AU: 15 cm.

Genitales: escaso sangrado vaginal, se observa suturas con borde afrontadas.

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera inmediata
2. Hemorragia posparto
3. Desgarro III grado resuelto.
4. Anemia severa.

Tratamiento:

1. NPO
2. ClNa 9‰ 1000 cc + 20 UI oxitocina pasar a XXX gotas x min. I-II
3. Transfundir 02 paquetes de sangre.
4. Ceftriaxona 2gr E.V c / 24 horas.
5. Clindamicina 600 mg E.V c/ 8 horas.
6. Amikacina 1 gr. E.V c/12 hrs.
7. Tramadol 100 mg sub cutánea c/ 8 horas.
8. Control de funciones vitales estrictas.

19:20 horas se inicia con la transfusión sanguínea, de 01 paquete de globular.

Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 105 x minuto. Temperatura 37.3°C. Respiración: 20 x minuto. Se inicia a 15 gotas por 20 minutos, luego a LX gotas por minuto.

19:50 horas puérpera se encuentra recibiendo transfusión sanguínea, estable no presenta ninguna reacción adversa. Funciones vitales:

Presión arterial: 115/64 mmHg. Pulso: 105 x minuto. Temperatura 37.3°C. Respiración: 20 x minuto, transfusión sanguínea a 60 gotas x minuto.

21:20 horas se termina con la transfusión sanguínea del primer paquete. Presión arterial: 105/50 mmHg. Pulso: 96 x minuto. Temperatura 37.6°C. Respiración: 21 x minuto

21:30 horas se inicia con el segundo paquete globular, la puérpera no presentó ninguna reacción adversa, presenta mejoría. Control de Funciones

vitales: Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 100 x minuto.
Temperatura: 37.5°C respiración: 20 x minuto.

23:00 horas Termino la pasar las 02 unidades de paquete globulares, se controla funciones vitales: presión arterial: 105/60 mmHg. Pulso: 90 x minuto. Temperatura 37.7°C. Respiración: 20 x minuto estable se encuentra en condiciones de pasar al ambiente de hospitalización

EVOLUCIÓN EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 30 de marzo de 2017

Evolución obstétrica.

02:00 horas Puérpera ingresa al servicio B, procedente de la sala de recuperación, post transfusión sanguínea, ingresa con dos vías, permeables, en camilla.

Al examen: AREN, AREG y LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 88 x minuto. Respiración: 20 x min. Temperatura: 37.3°C

Facies y mucosas, pálidas ligeramente hidratadas.

Mamas: blandas con escasa secreción calostrál.

Abdomen: altura uterina: 14 cm. útero bien contraído.

Genitales: escaso loquios hemáticos, escasos

Se cumple con tratamiento de administrar clindamicina 600 mg E. V

Tramadol 100 mg sub cutánea, control de diuresis.

Evaluación médica fecha: 30 de marzo de 2017. Hora: 8:00 am

Puérpera inmediata quejumbrosa por el dolor a nivel del desgarro perineal.

Examen clínico: AREN, AREG Y LOTEPE

Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 80 x minuto respiración: 20 x minuto.

Temperatura 37°C

Aparato cardio vascular: rítmicos no hay soplos

Aparato respiratorio: pasan ambos campos pulmonares.

Facies y mucosa: ligeramente rosada e hidratada.

Abdomen : útero bien contraído, AU: 14 cm.

Genital loquios hemáticos escasos. Sutura con bordes afrontados

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera inmediata
2. Hemorragia posparto
3. Anemia severa
4. Sutura de desgarro perineal III° grado.

Plan de trabajo:

1. Se solicita control de hemoglobina, pasado las 6 horas pos transfusión de los paquetes de sangre.
2. Continuar con tratamiento de antibioticoterapia.
3. Continuar con tratamiento hemáticos.

Tratamiento:

1. ClNa 9‰ 1000 cc + 20 UI oxitocina pasar a XXX gotas x min
2. Ceftriaxona 2gr E.V c / 24 horas.
3. Amikacina 1 gr. E.V c/ 12 horas.
4. Clindamicina 600mg E.V c/ 8 horas
5. Hierro sacarato 100 mg E.V c/ 24 horas.
6. Hidroxicobalamina 1 mg. Intra Muscular. c/ 24 horas
7. Paracetamol 500mg V.O c/ 8 horas.

Resultado de control de hemoglobina 7gr/dl

Obstetra de turno cumple con tratamiento indicado, puérpera paso el día aparentemente tranquila.

SEGUNDO DÍA

Evaluación médica fecha: 31 de marzo de 2017. Hora: 8:00 am

Puérpera inmediata, asintomática, a febril

Examen clínico: AREN, AREG Y LOTEPE

Presión arterial: 100/70 mmHg. Pulso: 84 x minuto. Respiración: 20 x minuto. Temperatura 37,2°C

Aparato cardio vascular: rítmicos no hay soplos

Aparato respiratorio: no hay ruidos, pasan ambos campos pulmonares.

Facies y mucosa: ligeramente rosada e hidratada.

Abdomen : útero bien contraído, AU: 14 cm.

Genital loquios hemáticos escasos.

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera mediata
2. Hemorragia posparto
3. Anemia severa

Plan de trabajo:

1. Continuar con tratamiento de antibioticoterapia.
2. Continuar con tratamiento hemáticos.

Tratamiento:

1. Vía salinizada.
2. Ceftriaxona 2gr E.V c/ 24 horas.
3. Amikacina 1 gr. E.V c/ 12 horas.
4. Clindamicina 600mg E.V c/ 8 horas
5. Hierro sacarato 100 mg E.V c/ 24 horas.
6. Hidroxicobalamina 1 mg. Intra Muscular. c/ 24 horas
7. Paracetamol 500mg V.O c/ 8 horas.

Obstetra de turno cumple con tratamiento indicado, puérpera paso el día aparentemente tranquila.

TERCER DÍA

Evaluación médica fecha: 01 de Abril de 2017. Hora: 8:12am

Puérpera inmediata, asintomática, a febril

Examen clínico: AREN, AREG Y LOTEPE

Presión Arterial 100/70 mmHg. Frecuencia cardiaca: 84 x minuto

Respiración: 20 x minuto. Temperatura 37,2°C

Aparato cardio vascular: rítmicos no hay soplos

Aparato respiratorio: no hay ruidos, pasan ambos campos pulmonares.

Facies y mucosa: ligeramente rosada e hidratada.

Abdomen : útero bien contraído, AU: 14 cm.

Genital loquios hemáticos escasos.

Impresión diagnóstico:

1. Puérpera mediata
2. Hemorragia posparto
3. Anemia severa

Plan de trabajo:

1. Continuar con tratamiento de antibioticoterapia.
2. Continuar con tratamiento hemáticos.

Tratamiento:

1. Vía salinizada
2. Ceftriaxona 2gr E.V c/ 24 horas.
3. Amikacina 1 gr. E.V c/ 12 horas.
4. Clindamicina 600mg E.V c/ 8 horas
5. Hierro sacarato 100 mg E.V c/ 24 horas.

6. Hidroxicobalamina 1 mg. Intra Muscular. c/ 24 horas

7. Paracetamol 500mg V.O c/ 8 horas.

Obstetra de turno cumple con tratamiento indicado, puérpera paso el día aparentemente tranquila.

CUARTO DÍA

Evaluación médica fecha: 02 de Abril de 2017. Hora: 8:00 am

Puérpera inmediata, asintomática, a febril

Examen clínico: AREN, AREG Y LOTEPE

Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 86 x minuto. Respiración: 20 x minuto. Temperatura 37,2°C

Aparato cardío vascular: rítmicos no hay soplos

Aparato respiratorio: no hay ruidos, pasan ambos campos pulmonares.

Facies y mucosa: ligeramente rosada e hidratada.

Abdomen : útero bien contraído, AU: 12 cm.

Genital loquios hemáticos escasos.

Impresión diagnóstico:

1. Puérpera mediata
2. Hemorragia posparto
3. Anemia severa

Plan de trabajo:

1. Continuar con tratamiento de antibioticoterapia.
2. Continuar con tratamiento hemáticos.
3. Alta con indicación médica.
4. Cita en 7 días por consultorio externo.

Tratamiento:

1. Cefuroxima 500mg. v.o. c /12 horas.
2. Sulfato ferroso 300mg v.o c/12 horas
3. Complejo B. v.o c/8 horas
4. Paracetamol 500mg V.O c/ 8 horas.

Obstetra de turno cumple con tratamiento indicado, púerpera paso el día aparentemente tranquila.

EPICRISIS

- Edad: 39 años.
- Fecha y hora de ingreso: 29 de marzo de 2017 a las 8.30 horas.
- Fecha y hora de egreso: 02 de abril de 2017 a las 8:00 horas.
- Resumen de enfermedad actual: Paciente gestante ingreso por emergencia con embarazo de 39 semanas, en trabajo de parto, se solicita los exámenes de rutina, se solicita ecografía y test no estresante, los resultados dentro de los parámetros normales la gestantes antes que complete comienza con los

pujos, durante el periodo expulsivo la paciente no colabora. Posparto inmediatamente se revisa el canal vaginal se observa desgarro III grado

- termina con un a hemoglobina de 6.1 gr%.
- Tratamiento y procedimientos: recibió antibióticos, suplemento de hierro y reparación de desgarro en sala de operaciones
- Evolución: Favorable, ninguna complicaciones.
- Diagnóstico de egreso: Hemorragia posparto por desgarro III perineal

Anemia

- Condiciones del alta: Mejorada
- Cita : 7 días por consultorio externo

CAPÍTULO III

3.1. - CONCLUSIONES

- Dentro de los factores de riesgo de la hemorragia por desgarro de III grado, se considera la edad avanzada de la gestante, flujo vaginal abundante, control prenatal insuficiente, agotamiento materno durante el periodo expulsivo.
- Una vez identificado la emergencia obstétrica de la hemorragia posparto por desgarro vaginal de III grado, se actuó de acuerdo a la guía de protocolo de atención médica.
- Una de las complicaciones inmediata fue la anemia aguda severa, se tuvo que transfundir dos paquetes globulares, mayor tiempo de estancia hospitalaria.

3.2. - RECOMENDACIONES

- Toda gestante debe de cumplir con sus controles prenatales, con la finalidad de poder evitar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, promoviendo la salud sexual y reproductiva en toda la población.
- Capacitación permanente en emergencias obstétricas, identificación y manejo de los factores de riesgos, sabiendo que un parto se puede complicar en cualquier momento.
- Tratar las diferentes infecciones antes del parto, con la finalidad de poder evitar complicaciones, el tejido perineal se vuelven friables.
- Durante el periodo expulsivo hacer que las parturientas pujen cuando hayan completado dilatación y la altura de presentación este +2, y no antes para evitar cansancio y/ o agotamiento en la parturientas.
- Los profesionales de salud deben de tener la habilidad de destreza para solucionar problemas relacionados con los diferentes grados de desgarro perineales.
- La reparación de un desgarro debe de ser inmediato, para disminuir la hemorragia y evitar la anemia aguda.
- Todo establecimiento debe de contar con disponibilidad de paquetes globulares, para realizar transfusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ortiz,A., Cecilia, L.,Miguel,P., Medina,S & Iratí,G. Hemorragia puerperal. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 206.2011
2. Llumiquinga, E., Marcia, D. Incidencia de traumatismo obstétrico y neonatal relacionado con el periodo expulsivo prolongado. Hospital general Riobamba. Ecuador.2011
3. Malvinoa,E., Eiseleb, G., Martínez,M., Anheld, S., y , Lowensteine,R. Hemorragias Obstétricas Exanguinantes. División Cuidados intensivos Clínica materno Suizo Argentina. 2008
4. Malvinoa,E., Eiseleb,G., Donoc, J., Amanzic,P., Martínez, M. Evaluación de la coagulopatía por consumo asociado. Argentina.2009
5. Abril, F., Guevara, A., Ramos, A., Rubio, J. factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. vol. 60, 2007:2: 143-151.
6. Lorenzo, M., Villanueva, L. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Rev CONAMED.2013; 18 (3): 111 - 116.
7. Gutiérrez, E. Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en gestantes, hospital de ventanilla.2016
8. Chambergó, J. Complicaciones Obstétricas según la vía de parto en adolescentes del Hospital Lanfranco la Hoz. Universidad Alas Peruanas. 2013

9. Atunca, D., Huamán, C. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el instituto materno perinatal.2010
10. Nelson, J. Factores de riesgo asociado al traumatismo perineal posterior grave. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 53. 2007.1:42-44
11. Altamirano, P. Factores de alto riesgo asociado a hemorragia posparto inmediato. Hospital María Auxiliadora.2012
12. Tikkanen M.El desprendimiento de placenta. Epidemiología. Factores de riesgo y consecuencias. Acta Obstet Gynecol Scand.2011: 90:140
13. Álvarez, E y col. Evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa. 2015; (83):7.
14. Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore. México el manual moderno 2011.
15. Berens P. Overview of postpartum care University of Texas.2010
16. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo.2012
17. Oyarzún E, Kusanovic J. Urgencias en obstetricia. Rev. Med. Clin. 2011; 22 (3) 316-331.
18. Elsevier. R. postpartum hemorrhage in grand multiparous patients: Retrospective, descriptive, observational study Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2011
19. Evensen A, Postpartum Hemorrhage: Third Stage Pregnancy.2009
20. Groutz, A., Hasson, J., Wengier, A., et al.Lágrimas perineales de tercer y cuarto grado: prevalencia y factores de riesgo en el tercer milenio. Am J Obstet. Ginecol. 2011:204: 347.e1-4.

21. Hebbar, S., Lavanya, R., Akshara, M. Comparison of blood loss in induced vs. Spontaneous vaginal delivery using specialized blood collection bag. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014
22. Hernández G. Graciano L Buensuseso J Mendoza J. Hemorragia obstétrica postparto: reanimación guiada por metas. *Rev. Hosp Jua Mex*. 2013 80(3): 183-191.
23. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú. Enero 2007.
24. Barbecho, P., Barrera, T. Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. 2013
25. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D., L., Hauth, J. Spong, C., et al. *Obstetricia de Williams*. 23^a ed. Nueva York: McGraw-Hill. Catherine Y. Spong. 2010
26. Ramos, V. Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial Docente General Riobamba [Tesis]. Chimborazo: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. 2008
27. Tena, A. *Ginecología y Obstetricia* tercera edición, 2013:197.
28. De la cruz, J. factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas. *Hospital Vitarte*. 2016
29. Antañón, M. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. Madrid. 2009

30. RCOG Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. El manejo de las lágrimas perineales de tercer y cuarto grado. RCOG Green-top Directriz No. 29:2007
31. Kudish, B., Sokol., y Kruger, M. Tendencias en los principales factores de riesgo modificables para traumatismo perineal. J Ginecol. Obstet. 2008:102 (2): p. 165-70
32. Fitzgerald, M., y et al. Factores de riesgo para el desgarro del esfínter anal durante la vagina entrega. Obstet Ginecol. 2007:109 (1): p. 29-34.
33. Fernando, R, Factores de riesgo y manejo de la lesión perineal obstétrica. Obstet Ginecol Reprod Med. 2007: 17 (8): p. 238-243.
34. Christianson, L., et al. Factores de riesgo de lesión perineal durante el parto. Obstet Ginecol. 2007:189 (1): p. 255-60.
35. Guidozzi, F. Lesión del esfínter anal: bajo reconocida e inadecuadamente tratada. Ginecol Obstet. 2009: 104 (2): p. 83-4.
36. Herbruck, L. El impacto del parto en el suelo pélvico. Urol Nurs, 2008: 28 (3): p. 173 - 84; Quiz 185.
37. Johanson, R. y Menon, B. Extracción con vacío versus fórceps para el parto vaginal asistido. Cochrane Database Syst Rev. 2010
38. Márques, A., Fleury, S., Machado, S., Rossie, R., Valadares, J. Práctica de la episiotomía de los materiales y neonatos relacionados. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012; 14 (4): 779-85.
39. González, Y., Hernández, I., Conde, M., Hernández, R., Brizuela, S. Revista Archivo médico de Camagüey ; (2010). 14 (1)

40. Razzo,L. Incidencia y factores de riesgo fetales en el Hospital San José del Callao: Enero-Diciembre. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2010