



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN

PLACENTARIA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL , 2020

PRESENTADO POR

SARITA ESTHER TIPIANA GUEVARA

ASESOR

MG. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILLOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,**

ALTO RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERU

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL, 2020**” presentado por el(la) aspirante **TIPIANA GUEVARA SARITA ESTHER**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) Mg. **ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0552-2021-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software **TURNITIN**, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	TIPIANA GUEVARA SARITA ESTHER	HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCIÓN PLACENTARIA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL, 2020	23%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **23%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 13 de agosto de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	II
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2. Justificación	2
1.3.1 Antecedentes	3
1.3.2 Bases teóricas	5
CAPÍTULO II.....	13
CASO CLÍNICO.....	13
2.1.- Objetivo:	13
2.1.1. Objetivo General.....	13
2.1.2. Objetivos Específicos.....	13
2.2.- Datos clínicos relevantes	14
2.3. Discusión	17
2.4. Conclusiones	18
2.5 Recomendaciones	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

RESUMEN

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones que más muertes ha logrado en el mundo, y en muchos casos es prevenible.

El presente caso clínico hace un reporte de una paciente de un poblado que está a 3 horas de la ciudad, que inicialmente es reacia a recibir atención por el personal de salud del establecimiento, pero que luego es evacuada a establecimientos de mayor resolución pues estaba en juego su vida.

Este caso clínico nos hace ver la importancia de la capacitación por parte del personal de Obstetricia en el manejo de las patologías más frecuentes pues una rápida acción puede ayudar a disminuir los riesgos de muerte. También podemos destacar la capacidad del personal para hacer la referencia en el momento indicado.

En general, podemos observar que debemos buscar de manera frecuente que se brinde capacitación al personal y que se implementen los establecimientos de salud para poder tener mayor capacidad resolutive y con ello contribuir a disminuir los índices de muerte materna.

La retención placentaria en muchos casos debe ser manejada con rapidez, capacidad y eficiencia de modo que nos evitemos una complicación y podamos brindar bienestar a la paciente.

Palabras claves: Hemorragia postparto, retención placentaria, atonía uterina

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Un indicador de desarrollo económico es la muerte materna, y por ello es el reflejo de cómo se comportan los servicios de salud de un país. Tenemos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien reporta que más de 1000 mujeres mueren a consecuencia del embarazo, parto o puerperio, siendo estas cifras alarmantes, sobre todo en países en desarrollo, en zonas pobres y en zonas rurales ⁽¹⁾.

Y aunque esta tasa ha decrecido en el tiempo, aún sigue elevada, pero se continúa trabajando fuertemente para poder cumplir con los objetivos del milenio y reducir las tasas de mortalidad materna (RMM) ⁽¹⁾

Es preciso señalar que la primera causa de muerte materna es: las hemorragias ocurridas en el periodo posparto inmediato, periodo en el cual el cuidado es más continuo y minucioso además de poner énfasis en aquellas mujeres con factores de

riesgos relevantes unas más que otras. El tratamiento oportuno frente a la gravedad de la situación reducirá los casos de morbilidad materna ^(2,3).

En los poblados del interior del país, tener una complicación como esta tiene un impacto altamente significativo y puede llevar en muchos casos a la muerte materna.

Se analizará la retención de restos placentarios y el impacto que tiene cuando ocurre en lugares que distan de tener todas las condiciones de atención, es por esta razón que tener un personal capacitado ayudara a garantizar la vida de la paciente.

1.2. Justificación

La HPP es muy frecuente y se presenta en la gestación y en muchos casos se da porque no nos tomamos el tiempo adecuado para el manejo de la fase del alumbramiento, la cantidad de pacientes o la premura por realizar alguna otra actividad nos puede traer graves consecuencias.

El presente caso se revisa para poder conocer cuales son los pasos para evitar una muerte materna en caso de hemorragia, porque podemos observar en el mismo que el Obstetra primero acude rápidamente a la casa de la paciente y luego hace las derivaciones oportunas, y para que revisamos este caso es porque nos permite saber que hay capacitaciones que deben darse dentro de la emergencia sanitaria y de la accesibilidad de los lugares donde se brinda atención.

En suma, este caso es de suma importancia pues de manera cercana podemos conocer la problemática de la región en la atención y además que es lo que debemos hacer para salvar una vida.

1.3. Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

Rivera S, et al (2020). La hemorragia posparto tiene alta morbimortalidad y es un problema de salud pública, esto debido a distorsiones del tono uterino, traumatismo en el parto, retención placentaria o alteraciones de coagulación, dependiendo de ello se hará el manejo adecuado de la patología ⁽⁴⁾.

Vargas S, et al. (2020). La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica e importante causa de muerte, en muchos casos su incidencia depende de los criterios de diagnóstico, las primeras 4 horas son fundamentales e indispensables para valorar y evaluar la intervención que se dará a cada paciente ⁽⁵⁾.

Flores M. (2020). Estudios realizados en un hospital de cuarto nivel en la que la hemorragia posparto es una causa prioritaria de muerte. La mayor cantidad de muertes maternas fueron por hemorragia postparto 4 horas, en un porcentaje alto se utilizó uterotónicos para el manejo del alumbramiento y el puerperio. Este estudio sirvió para hacer protocolos para el manejo de la hemorragia en dicho establecimiento ⁽⁶⁾.

Amilcar G. (2020). Evaluar los factores de riesgo durante el embarazo y el parto con la idea de prevenir o predecir el desafío al equipo de salud de las mujeres que no acuden a su control prenatal y que se complican en el alumbramiento. Se estima que cerca de 1000 mujeres en el mundo mueren por complicaciones relacionadas a la hemorragia postparto ⁽⁷⁾.

Riquero J. (2020). Entre un 30 y 50% se encuentra la tasa de muerte materna, siendo las causas más importantes, la edad materna avanzada y las enfermedades

crónicas. La hemorragia materna se da dentro de las 24 horas hasta 6 semanas después del parto en muchos casos por atonía uterina, retención placentaria, alteraciones de la coagulación, multiparidad, la supervisión se basa en un manejo activo del trabajo de parto mediante terapias uterotónicas ⁽⁸⁾.

b. Antecedentes Nacionales

Vicuña S. (2020). Se evaluaron los factores asociados a la hemorragia postparto en una investigación analítica, retrospectiva en un estudio tipo caso-control. En ella se encontró asociación significativa de los factores de riesgo antes del parto con la hemorragia posparto $p=0,009$, entre los factores tenemos: edad, gran multiparidad, macrosomía fetal, embarazo múltiple y síndrome hipertensivo que tuvieron $OR > 1$. Los factores de riesgo intraparto no presentaron asociación significativa, la retención placentaria con $OR > 15$ ⁽⁹⁾.

Guererro M, et al (2020). Se hizo un estudio caso-control en el hospital de tercer nivel de salud en el año 2019, en un total de 390 puérperas, se calculó el odds ratio e IC y se halló significancia estadística en el 77% de los casos ⁽¹⁰⁾.

Izaguirre M (2020). Estudio realizado en un hospital nivel III, en mujeres en las que se realiza una cesárea o en algunos casos se hace histerectomía producto de una cesárea previa, antecedentes de legrado uterino, placenta previa, retención de restos placentarios. Los casos de placenta previa generan mayor riesgo de muerte materna ⁽¹¹⁾.

Pajuelo R (2020). La atonía uterina en el Perú, es una de las principales causas de HPP y está condicionada a extremos de la edad, este estudio hace una revisión que indica que la adolescencia es un factor que predispone a que se produzca la

hemorragia junto con la anemia, y ambas pueden traer como consecuencia la muerte de la madre ⁽¹²⁾.

Ledesma M. (2019). Estudio descriptivo de corte transversal en puérperas que presentan hemorragia postparto, entre los hallazgos más saltantes tenemos que en el 72% de los casos presentaron atonía uterina, 6% de retención de tejidos, solo el 4% de los casos fueron casos severos ⁽¹³⁾.

1.3.2 Bases teóricas

HEMORRAGIA POSTPARTO

Definición

Es la pérdida hemática excesiva que se da inmediatamente después del parto, al final del alumbramiento hasta la finalización de la etapa del puerperio, que en muchos casos puede requerir de reingreso hospitalario. La OMS, clasificó la hemorragia como primaria y secundaria o tardía. La hemorragia posparto severa requiere que se realice un perfusión de hemoderivados concentrados en casos de anemia severa ($Hb < 7g/dl$) ⁽¹⁾.

Etiología

La Hemorragia es una entidad que se presenta en el embarazo, es frecuente en el primer trimestre, sin embargo, en el segundo y en el tercer trimestre está relacionado diversas patologías como la placenta previa, que es la patología que se refiere a que la placenta cubre parte o la totalidad del orificio cervical interno y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 de gestación.

Esta tiene una alta tasa de mortalidad, se relaciona con embarazos pretérmino, el manejo expectante y el nacimiento debería darse lo antes posible cuando el feto sea viable ⁽¹⁴⁾.

Otra causa de hemorragia después de las 22 semanas con un 30% es el desprendimiento prematuro de placenta ⁽¹⁵⁾.

Tenemos que diferenciar los criterios diagnósticos: la atonía uterina se caracteriza por un sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae. Otra de las causas hemorragia está dada por la retención de la placenta, la placenta se encuentra adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo o por más de 15 minutos, cuando el alumbramiento es dirigido, la retención de los restos placentarios o restos de membrana son una causa de involución uterina, dónde la placenta se encuentra incompleta y algunas otras ocasiones las lesiones del canal del parto también pueden ocasionar el sangrado continuó a pesar de que el útero está contraído. Por último, también tenemos como causa de hemorragia a la inversión uterina y cuando no podemos palpar el útero nivel del abdomen y observamos que hay una protrusión en el canal vaginal con un dolor en el hipogastrio intenso ⁽¹⁶⁾.

Incidencia

La incidencia es muy variable debido a que la cuantificación de sanguínea es subjetiva. Cada año, hay más de 15 millones de mujeres que sufren de HPP a nivel mundial, de estas 25% se dan en los países en desarrollo. Actualmente actuar adecuadamente el uso de manuales de atención y el adecuado tratamiento con

medicamentos oxitócicos han hecho que la incidencia disminuya notablemente, sin embargo, aún es un reto poder disminuir esta patología que en muchos casos es prevenible (1, 3, 15, 17).

Fisiopatología de la Hemorragia Postparto

Durante el embarazo hay efectos protectores como la hipervolemia que son utilizados en el momento del parto, esto puede representar una alteración clínica usual de choque hipovolémico.

La hemorragia en muchos casos puede ser fatal, y aunque resulta difícil medir el volumen de pérdida sanguínea puede haber casos en que se presente retención dentro de la cavidad uterina y cambios del embarazo que puede enmascarar otro cuadro clínico. La paciente muestra signos de taquicardia y vasoconstricción compensadora que puede presentarse tardíamente cuando ya se ha perdido el 30 a 50% de el volumen sanguíneo, es importante por ello, conocer el volumen de pérdida sanguínea (18).

Se conoce que en la séptima semana del embarazo el volumen plasmático aumenta hasta la semana 32 con un pico máximo de 40-45 ml hasta en un 10%, y en un 30% aumenta la masa eritrocitaria al final del embarazo y el gasto cardíaco aumenta en un 40 50% es por ello que una mujer al final de la gestación puede presentar signos de hipovolemia ante una pérdida sanguínea significativa (11, 13, 17,19).

Muchas veces subestimamos esta pérdida sanguínea y sólo nos damos cuenta cuando hay una perfusión y oxigenación afectada llevando al choque hipovolémico.

Una pérdida de sangre conduce de forma secuencial a una inestabilidad cardíaca, coagulopatías, transporte inadecuado de oxígeno y disminución de la perfusión, hipoxia celular, luego de ello se presenta una respuesta inflamatoria sistémica y finalmente una falla orgánica múltiple que incrementa el riesgo de muerte ^(18, 20).

En el segundo y tercer trimestre se afecta los factores de coagulación por lo que hay una hipercoagulabilidad lo que es un beneficio y disminuye las complicaciones hemorrágicas en el parto ⁽¹⁹⁾

El miometrio tiene un papel importante en el proceso de homeostasia del lecho placentario, luego del parto hay un proceso de retracción que oblitera los vasos sanguíneos disminuyendo la pérdida sanguínea. En el alumbramiento, el útero se contrae y evita la pérdida sanguínea, de no producirse ello, se produce la atonía uterina y por consecuencia se da una hemorragia y en instantes poder llevarte a la muerte ^(18, 20,21).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. Se produce por una pérdida de sangre excesiva luego de la tercera etapa del parto, en primer lugar debemos valorar la cantidad de pérdida sanguínea y luego de ello se va a valorar la repercusión en el estado hemodinámico de la paciente para ello debemos evaluar parámetros como la presión arterial, frecuencia cardíaca, tensión capilar, nivel de conciencia, diuresis para en base a ello establecer el nivel o el grado de hemorragia ^(13,14, 17).

Tratamiento

Inicialmente debe enfocarse en mantener la estabilidad hemodinámica, se realiza la instauración de la terapia, con la restauración de fluidos con la intención de reponer la pérdida sanguínea. Dependiendo de la cantidad de litros de sangre perdidos, se debe administrar los derivados hemáticos para reducir el impacto de una coagulopatía dilucional.

Monitorizar los signos vitales y hacer el control de los valores de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tiempo de protrombina, fibrinógeno. Además de ello, se debe administrar oxígeno y colocar una sonda vesical para monitorear la diuresis. De acuerdo a la evolución de la paciente debe ser evaluada cada 30 minutos ^(19,21,22).

Algunos signos de mejoría son valorados en la frecuencia cardiaca y en la presión sistólica, nivel de conciencia, diuresis horaria. Una vez que la paciente haya alcanzado una hemoglobina mayor de 8 gr/dl se debe finalizar la transfusión. En caso la saturación de oxígeno no se mantenga sobre el 92%, se debe dar oxigenoterapia y de manera simultánea buscar la estabilidad hemodinámica que permita dar un tratamiento idóneo para la causa de la hemorragia ⁽²²⁾.

Atonía uterina

Definición

Es la poca capacidad del útero para poder contraer, mantener y sostener la contracción post parto y en el puerperio inmediato. Este puede ocasionar la pérdida de sangre es de forma continua desde la zona donde estuvo implantado la placenta. Al examen, se palpa el útero el cual se percibe blando, incrementado de volumen y

tamaño, que no se contrae. Al examinar mediante el tacto vaginal el cuello uterino está dilatado, y los signos vitales se van alterando a medida que la pérdida hemática se acentúa ⁽²³⁾.

Entre las afecciones que predisponen a esta patología están los que producen engrosamiento del miometrio como el polihidramnios o el embarazo gemelar, el parto precipitado o el parto prolongado, el útero sobre estimulado con oxitócicos y de fármacos como el sulfato de magnesio que alteran la contractilidad del útero.

Etiología

Las causas de esta patología están dadas por una sobre-distensión uterina, infección intrauterina, la sobre estimulación con medicamentos relajantes uterinos, el largo proceso de trabajo de parto que ocasiona fatiga uterina, una inadecuada maniobra que provoque inversión uterina, y la retención placentaria por un parto precipitado, o inadecuada maniobra de manejo del periodo de puerperio ⁽¹⁾.

Hay diversos factores de riesgo como: placenta previa, historia previa de hemorragia previa, obesidad, multiparidad, raza, preeclampsia.

Tratamiento

En casos de atonía uterina el tratamiento es preventivo, existe evidencia que si se realiza un tratamiento activo del alumbramiento se reduce en 70% la incidencia de hemorragias. Dentro del protocolo se utiliza la infusión de oxitócicos, una vez producido el parto, luego de 10 minutos, se hace la tracción suave del cordón umbilical y un masaje uterino. En caso de retención de placenta el personal de salud

inicia la extracción manual de placenta y en caso haya sangrado uterino profuso se procede con la infusión de oxitocina para evitar la atonía uterina. La evidencia dice que la retención placentaria es mayor cuando no se hace un manejo activo del mismo. La lactancia materna inmediata ayuda en la contractilidad uterina y, por lo tanto, reducir la hemorragia ^(15,16,17).

Si se diagnostica atonía uterina, el tratamiento es farmacológico, manual y en algunos casos quirúrgicos. Cada tratamiento es individualizado, dependiendo de la gravedad de la hemorragia, y del deseo futuro de volver a ser madre. En paralelo se debe hacer masaje uterino para lograr la contracción uterina. Tenemos el uso del maleato de metilergonovina, que es un potente fármaco uterotónico que puede provocar contracciones uterinas a pocos minutos de su administración IM. Debe de evitarse su administración IV pues puede causar problemas cardiacos, pulmonares, hepáticos, renales. Se puede utilizar un supositorio vaginal o anal como la dinoprostona. También podemos utilizar el misoprostol en el tratamiento y prevención de hemorragias, aunque las prostaglandinas pueden producir contracciones muy intensas, todo este tratamiento se usa de manera secuenciada ^(18,19).

Cuando el masaje uterino y el tratamiento uterotónico no es suficiente, se realiza el taponamiento intrauterino mediante la compresión intrauterina o quizás colocando un balón de compresión para interrumpir la hemorragia, buscando siempre conservar el útero.

Las técnicas de compresión quirúrgica tienen índices elevados de éxito, disminuyendo las tasas de histerectomía y la ligadura de la arteria iliaca, dos

técnicas asociadas a altos índices de morbilidad. Esta tiene la ventaja que impide evitar la extracción del útero y por consiguiente la infertilidad ⁽²³⁾.

RETENCION PLACENTARIA

La retención placentaria vendría a ser la falla de la expulsión de la placenta después de 30 minutos posterior al alumbramiento en caso el manejo sea expectante o de 15 minutos posteriores al mismo en caso el manejo sea dirigido. En algunos casos, el útero no se contrae, por lo que la placenta no puede ser expulsada, lo que evita que la cavidad uterina pueda contraerse y por ello sangrado continúa. Sí luego de 30 minutos no se ha producido la expulsión de la placenta se puede realizar maniobra de tracción con oxitocina ⁽²⁴⁾.

Existen algunos estudios que indican que un número de cicatrices uterinas por procedimientos de cesáreas previas, miomectomía y un inadecuado manejo pueden incrementar el riesgo de retención placentaria.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

Analizar el manejo de la gestante con hemorragia por retención placentaria en un establecimiento de salud.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Analizar los sistemas de referencia de la gestante con retención placentaria
- Describir el manejo de la hemorragia postparto.

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

06 octubre 2020

06:15 hrs

Paciente de 35 años, residente de un poblado a 3 horas del centro de la ciudad, acude familiar al establecimiento para pedir la atención de familiar, se ha realizado 6 controles prenatales durante el embarazo.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- G2p1011
- PARTOS: G1: 2011 Aborto
G2: 2015 Parto vaginal
G3: gestación actual
- PIG: 5 años y 2 meses.

Niega antecedentes

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL:

- Peso: 68 kg, talla 165 cm
- Grupo sanguíneo: O Rh+
- No hábitos nocivos

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hb: 15.4 gr/dl
Glucosa: 80 mg/dl 18/06/2020
VDRL: No reactivo
VIH: no reactivo 12/06/2020 22ss5d

ECOGRAFIAS

No se realizó

8:20 hrs Familiar acude a puesto de salud y conversa con Obstetra para que pueda acudir a su domicilio, quien encuentra a gestante deambulando, paciente refiere que tiene dolor tipo cólico que aparece de forma esporádica.

Al examen: PA: 90/60 mmHg P: 68x T°: 36.4 °C

LCF: 142 x', situación LCD, MF +, DU: esporádico

AU = 31 cm

TV = D:1cm I: 20-30%, AP: - 2, MO: integras.

Luego de evaluación se indica a paciente que debe acudir al establecimiento de salud para su atención, pero paciente se niega.

Se indica que en 2 horas se volverá a reevaluar.

10:45 hrs Se reevalúa a paciente, al examen:

LCF: 146 x', situación LCD, MF +, DU: esporádico

TV = D:2cm I: 50%, AP: - 2, MO: integras.

Se comunica a jefe de puesto de salud que gestante no quiere acudir al establecimiento de salud para su atención.

12:45 hrs Se reevalúa a paciente, al examen:

LCF: 138 x', situación LCD, MF +, DU: cada 5'

TV = D:3cm I: 50%, AP: - 2, MO: integras.

15:30 hrs Paciente acepta ir al puesto de salud para continuar con trabajo de parto.

Pero se niega a que se le coloque vía endovenosa, al examen:

LCF: 142 x', situación LCD, MF +, DU: 3/10'++45 cada 5'

TV = D:5cm I: 80%, AP: - 2, MO: integras.

17:30 hrs LCF: 144 x', situación LCD, MF +, DU: 4/10'++45 cada 5'

TV = D:8cm I: 100%, AP: - 2, MO: integras.

19:00 hrs LCF: 135 x', situación LCD, MF +, DU: 4/10'+++50 cada 5'

TV = D:9cm I: 100%, AP: - 2, MO: integras.

21:00 hrs LCF: 135 x', situación LCD, MF +, DU: 4/10'+++50 cada 5'

TV = D:10cm I: 100%, AP: - 1, MO: rotas.

Líquido amniótico meconial claro fluido

La paciente se coloca en posición vertical pues refiere sensación de pujo.

21:10 hrs Paciente refiere que no siente los miembros inferiores, se le pide que se coloque en la camilla, pero se niega.

21:30 hrs Se produce parto vertical con RN con Rn de sexo masculino, peso 3300 gr. Apgar 7 al 1'y Apgar 9 a los 5'. (10 UI de oxitocina IM). Se coloca a paciente en camilla para continuar con la atención.

22:00 hrs Paciente en camilla para realizar alumbramiento, se realiza masaje uterino constante, hay perdida continua de sangre, se administra 10 UI de oxitocina IV. No hay signos de expulsión de placenta.

23:10 hrs Se refiere dolor tipo cólico, pero no hay signos de desprendimiento, se continuo masaje uterino.

23:50 hrs Se evidencia sangrado rojo rutilante, paciente se queja de dolor intenso, útero alto, PA: 80/50 mmHg, Pulso: 80x', T°: 37.1°C. Se administra 10 UI de oxitocina diluido en 20 cc de CLNA endovenoso, se hace intento de sacar la placenta el cual resulta fallido.

Se indica a los familiares que es necesario evacuar a paciente a un lugar de mayor resolución, se indica que está en riesgo la vida de la madre y que el recién nacido está en perfectas condiciones.

07 de Octubre 2020

00:10 hrs Paciente no desea ser trasladada a ningún lado, refiere que la culpa ha sido del personal de salud por haberla sacado de su casa.

00:25 hrs Útero sigue sin contraerse, sangrado rutilante y moderado alto, se evidencia dolor de la paciente, sin signos de desprendimiento de placenta.

00:40 hrs Familiares aceptan trasladar a familiar a otro establecimiento.

01:50 hrs Paciente llega al hospital de II nivel con PA: 80/40 mmHg, T°: 37.6, pulso: 96x`, quejumbrosa, con muestra evidentes de dolor y debilidad, se evidencia

sangrado moderado, obstetra realiza segundo intento de extracción manual de placenta fallido. Paciente no es recibida y es derivada a hospital de III nivel.

02:22 hrs Se llega al Hospital de III nivel con paciente en mal estado general, sangrado abundante con mal olor.

02:25 hrs Paciente ingresa por emergencia, se toman funciones vitales encontrándola con PA: 70/30 mmHg, pulso: 106 x', se le coloca vía EV de CLNA al 9% + 20 UI de oxitocina a chorro 500 cc y luego a goteo rápido, y vía EV de Haemaccel a chorro.

02:30 hrs Se realiza extracción manual de placenta, luego se procede a legrado uterino por retención de resto placentarios.

03:00 hrs Se realiza legrado uterino. Paciente tiene PA 80/50 mmHg, pulso 90x', se encuentra sedada con vía IV colocada.

04:00 hrs Paciente en regular estado general, con útero contraído y sangrado escaso.

DIAGNOSTICO: Hemorragia post parto por retención placentaria.

2.3. Discusión

- Una de las causas principales de muerte materna es la hemorragia post parto. En muchas ocasiones se debe a la retención de la placenta por causas idiopáticas generando que de manera sistemática se presenten fallas que pueden llevar a la muerte.
- En este caso el manejo de atención fue el adecuado, si bien no se realiza de manera efectiva la extracción manual de la placenta, la derivación oportuna a un establecimiento de mayor resolución fue oportuno.
- La obstetra muestra un manejo de los procesos de referencia y contrarreferencia que fueron vitales para que la madre no pierda la vida.
- La OMS recomienda el uso de fármacos uterotónicos y de masaje uterino como parte del manejo que se brinda a la gestante en casos de hemorragia y las diversas instituciones lo tienen en sus planes y normas de atención, en pro de evitar el manejo quirúrgico.
- La hemorragia posparto por retención placentaria es una de las causas más frecuentes de muertes en el puerperio, sin embargo, es una de las más evitables, si hacemos lo indicado en la norma técnica, y si se hace un manejo expectante del alumbramiento, pero si aun así falla, el manejo se debe hacer con la derivación oportuna.

2.4. Conclusiones

- El manejo de la hemorragia post parto por retención placentaria fue manejado adecuadamente, sin embargo, es importante capacitar al personal e implementar con las herramientas necesarias para poder realizar la extracción manual de la placenta que habría acortado los tiempos de recuperación y no habría puesto en riesgo la vida de la madre.
- Conocer las limitaciones de los establecimientos y hacer la derivación oportuna es importante pues disminuye la probabilidad de muertes maternas.
- Es importante concientizar a la gestante y la familia de lo importante que es realizar los controles prenatales y de que la atención del parto debe ser en un establecimiento de salud, respetando sus credos y creencias, pero en un lugar que pueda brindarle la seguridad para su vida.

2.5 Recomendaciones

- Brindar información acerca del embarazo, de la salud de la gestante y de las complicaciones que pueden presentarse, para actuar de manera oportuna.
- Mejorar la atención de control prenatal y se detectar alguna condición que pueda poner en riesgo la vida de la gestante.
- Fomentar el control del puerperio, pues es una etapa vital donde se producen el mayor porcentaje de muertes maternas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la infección urinaria. [Internet]. 1ed. Suiza: OMS; 2014. [actualizado 2020; citado 1 marzo 2021]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D635.pdf
2. López-López A, Castillo-Rienda A, López-Peña C, González-Andrades E, Espinosa-Barta P, SantiagoSuárez I, , , , , . Incidente of urinary tract infection in pregnant women and its complications. ACTUALIDAD MEDICA. 2019 04 30;104(806):8- 11. <https://doi.org/10.15568/am.2019.806.or01> 2.
3. Cuyuch-Hernández J, López-Rosa V, Mejía-Sánchez D. Infecciones de vías urinarias en embarazadas de 15 A 30 años y sus complicaciones obstétricas y perinatales en unidad comunitaria de salud familiar especializada de Chalcuapa, Santa Ana, en el periodo comprendido de enero a diciembre 2015. San Salvador, El Salvador: Universidad del El Salvador; 2016. Pereira CJ, Pereira RY, Quirós FL. Actualización en preeclampsia . Revista Médica Sinergia. 2020;5(01):345. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Apr 4];5(6):e512. Available from: <http://revistamedicasinergia.com>
4. Vargas S, Duarte M. Hemorragia postparto. Rev.Méd.Sinerg. [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 4 de abril de 2021];5(11):e603. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603>
5. Flores MG. Cumplimiento del Protocolo para la atención de la Hemorragia post-parto. Conocimientos, actitudes y prácticas en personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia.Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños. Julio del 2018 a Junio del 2019. 2020;
6. Amilcar G, Vargas N, Gaibor AM, Riobamba -Ecuador V. Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud carrera de medicina proyecto de investigación previo a la obtención del [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo,2020; 2019 Feb [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6424>

7. Riquero JA. Universidad Tecnica de Babahoyo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Obstetricia. Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz Caso clinico[Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8408>
8. Vicuña S. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Pichanaki. Tesis de pregrado Universidad Peruana Los Andes. <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1690>
9. Guerrero MH, et al. Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana Factores asociados a hemorragia postparto tesis para optar al título profesional de Médico cirujano presentado por bachiller Frank Manuel Oliva Conde [Internet]. Universidad Ricardo Palma. Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2962>
10. Izaguirre M. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/14104>
11. Pajuelo R. Universidad José Carlos Mariátegui vicerrectorado de investigación escuela de posgrado segunda especialidad en obstetricia [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/845>
12. Ledesma MI. Factores asociados a la hemorragia post parto en puérperas del Hospital II-2 Tarapoto, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2021 [cited 2021 Apr 4]. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3880>.

13. Sánchez, L. (2018). Diabetes gestacional como factor de riesgo para hemorragia postparto. Hospital Belén de Trujillo 2013-2017. (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú
14. Suarez, J; Santana, Y; Gutiérrez, M; Benavides, M; y Pérez, N. (2016). Impacto de la Hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev. Cubana de Obstet Ginecol*, 42 (4): 1-9.
15. Jambay, J. (2018). Prevalencia de hemorragia puerperal en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Guayaquil. (Tesis de Pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
16. Guzmán (2017). Sutura de B-Lynch en hemorragia postparto por inercia uterina. Experiencia Hospital Luis Tisné Brousse 2013-2016. *Rev. Chilena de Obstet Ginecol* 82 (5) ,504-514.Páginas.
17. Organización Mundial de la salud (OMS, 2014). Recomendaciones de la OMS para la Prevención y tratamiento de la hemorragia postparto.1-41.Páginas.
18. Boletín Epidemiológico del Perú (2018). Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. I semestre 2018. Volumen (27), Semana, (26), p.567-570.
19. Díaz, M., Ferreiro,L., y Soto, J. (2016).Predictores de Atonía Uterina. *Rev. Inf Cient.* 95(3), 425-436.Páginas
20. Quispe V. Marcela. Factores de riesgo asociados a la hemorragia puerperal en el Hospital Leoncio Prado – Huamanchuco 2017 [Tesis obstétrica]. Perú, Universidad César Vallejo; 2018.
21. Huamanga G. Bertha. Factores de riesgo asociados a la hemorragia posparto inmediata en el Centro de Salud San Jerónimo Cusco [Tesis obstétrica]. Perú, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, 2019.
22. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, et al. Identifying Regional Variation in the Prevalence of Postpartum Haemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2012;7(7):e41114.
23. Juan L. García-Benavides, Miguel A. Ramírez.Hernández, Mariana Moreno- Cárcamo, Eduardo Alonso-Ramírez, Viridiana Gorbea-Chávez.

Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 C. Revista Mexicana de Anestesiología 2018;41(1):S190-S194.

24. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin N° 183. Obstet Gynecol, 130 (4), 168-86. Páginas