



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“HEMORRAGIAS POST PARTO EN HOSPITAL DE LA REGIÓN**

**MOQUEGUA”**

**PRESENTADO POR**

**LEONA CHALLCO CASTRO**

**ASESOR**

**DRA. KARINA NAVARRO GUTIERREZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**EN OBSTETRICA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉRICAS, ALTO**

**RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS.**

**MOQUEGUA-PERÚ**

## ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA .....	ii
ÍNDICE .....	iv
RESUMÉN.....	vii
ABSTRACT .....	ix
CAPITULO I.....	1
<b>1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 HEMORRAGIAS POST PARTO.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3.1. Concepto de Hemorragia Post Parto.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3.2. Clasificación de Hemorragias Post Parto.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3.3. Factores de riesgo de hemorragias post parto. ....</b>	<b>9</b>
<b>1.3.4. Etiología de la Hemorragia Post Parto.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.4.1. Atonía uterina.....</b>	<b>14</b>
<b>a). Etiología de atonía uterina. ....</b>	<b>15</b>
<b>b). Diagnóstico de atonía uterina. ....</b>	<b>16</b>
<b>c). Tratamiento de atonía uterina. ....</b>	<b>16</b>
<b>1ª. Medidas físicas: .....</b>	<b>17</b>
<b>– Masaje uterino bimanual: .....</b>	<b>17</b>
<b>– Taponamiento uterino.....</b>	<b>17</b>
<b>2ª. Medidas farmacológicas: .....</b>	<b>17</b>
<b>– Oxitocina: .....</b>	<b>17</b>
<b>– Ergóticos: .....</b>	<b>19</b>
<b>– Derivados de las prostaglandinas.....</b>	<b>20</b>
<b>3ª. Medidas quirúrgicas: .....</b>	<b>22</b>
<b>d). Profilaxis.....</b>	<b>25</b>
<b>1.3.4.2. Trauma obstétrico:.....</b>	<b>26</b>
<b>a). Desgarros Cervicales. ....</b>	<b>27</b>
<b>-Etiología. ....</b>	<b>27</b>
<b>-Clínica y Diagnóstico. ....</b>	<b>28</b>
<b>-Tratamiento.....</b>	<b>28</b>

<b>b). Desgarros Vaginales.</b> .....	28
-Etiología.....	29
-Clínica y Diagnóstico. ....	29
-Tratamiento.....	29
<b>c). Desgarros vulvoperineales.</b> .....	29
-Etiología.....	29
-Clínica y Diagnóstico. ....	30
-Tratamiento.....	30
<b>d). Hematoma pélvico.</b> .....	31
-Hematoma vulvar.....	31
-Hematoma vaginal. ....	32
-Hematoma retroperitoneal.....	33
<b>1.3.4.3. Retención de placenta y de restos de las membranas ovulares.</b> .....	34
<b>a). Distocias dinámicas</b> .....	34
<b>b). Distocias anatómicas o placenta anormalmente adherida.</b> .....	35
<b>c). Etiología.</b> .....	35
<b>d). Diagnostico.</b> .....	35
<b>e). Tratamiento.</b> .....	35
<b>1.3.4.4. Inversión uterina.</b> .....	36
<b>a). Los factores de riesgo:</b> .....	36
<b>b). Tratamiento.</b> .....	36
<b>1.3.4.5. Trastornos de la coagulación.</b> .....	37
-Enfermedad de Von Willebrand. ....	38
-Coagulación intravascular diseminada.....	38
<b>1.3.4.6. Rotura del útero.</b> .....	39
<b>a). Etiología y factores de riesgo de rotura de útero.</b> .....	39
<b>b). Clasificación de rotura de útero.</b> .....	40
<b>c). Cuadro clínico:</b> .....	40
<b>d). Diagnostico.</b> .....	41
<b>e). Tratamiento.</b> .....	41
<b>f). Pronóstico.</b> .....	42
<b>1.3.4.7. Prevención de las hemorragias post parto.</b> .....	42
• <b>La maniobra de Brandt-Andrews;</b> .....	43

• <b>Maniobra de Créde;</b> .....	43
1.3.4.8. <b>CONCLUSIONES.</b> .....	43
<b>CAPITULO II</b> .....	45
<b>2.1 OBJETIVOS:</b> .....	45
<b>2.2. CASO CLINICO</b> .....	45
<b>2.2.1. FILIACIÓN</b> .....	45
<b>2.2.2. ENFERMEDAD ACTUAL</b> .....	46
<b>2.2.3. ANTECEDENTES PERSONALES.</b> .....	47
<b>2.2.4. EXAMEN CLÍNICO.</b> .....	49
<b>2.2.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.</b> .....	50
<b>2.2.6. EVOLUCION:</b> .....	50
<b>2.2.7. TERAPEUTICA E INDICACIONES.</b> .....	55
<b>2.2.8. EXÁMENES AUXILIARES.</b> .....	57
<b>2.2.9. RELATO CRONOLOGICO.</b> .....	60
<b>2.4 CONCLUSIONES:</b> .....	66
<b>2.5 RECOMENDACIONES:</b> .....	67
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69

## RESUMÉN

Las hemorragias postparto es una de las principales emergencias obstétricas. Ya que en el Perú es una de las primeras causas de mortalidad materna, cuya tasa oscila entre 30 y 50%.<sup>(1)</sup> En el presente trabajo se analiza factores de riesgo condicionantes como: cicatrices uterinas previas, porque la paciente es cesareáda anterior dos veces, además que esta patología es un factor condicionante para que la placenta no se implante en el sitio adecuado dando lugar a placenta previa oclusiva total, factores que son condicionantes a que la paciente presente hemorragia post parto, donde el útero no es capaz de retraerse luego del alumbramiento. Es importante la búsqueda de factores de riesgo en el control prenatal, para prevenir y estar preparados para afrontar adecuadamente, aunque un importante porcentaje de las hemorragias post parto se da en paciente sin riesgo alguno, por lo que todo personal de salud debe estar capacitado en buscar factores de riesgo, manejo adecuado y saber cuándo referir si el caso lo amerita.

El tratamiento y manejo precoz y oportuno es fundamental, que va desde realizar solo masajes uterinos, el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta una medida radical como es la histerectomía de urgencia, que se dio en este caso clínico que presentamos. Las complicaciones más severas se dan cuando la hemorragia post parto es a consecuencia de acretismo placentario que es una inserción anormal de la placenta.

En el presente trabajo se identificaron los factores de riesgo que presenta la paciente, a sí mismo se hizo referencia oportuna y el manejo adecuado fue fundamental ya que se evitó complicaciones más severas como son las hemorragias pos parto que puede desencadenar en cuestión de horas a una muerte materna.

**Palabras Claves:** Hemorragia post parto, atonía uterina, shock hemorrágico

## **ABSTRACT**

Postpartum hemorrhage is one of the top obstetric emergencies in our country. In Perú, postpartum hemorrhage is one of the first causes of maternal mortality with rates oscillating between 30 and 50% of deaths. (1)

In the present work we analyze conditioning factors such as: previous uterine scars, because the patient went through C-section twice in the past, in addition, this pathology is a conditioning factor for which the placenta is not implanted in the right place, leading to total occlusive placenta. These factors are conditioning the patient to present postpartum hemorrhage, where the uterus is not able to retract after the birth. It is important to look for risk factors in prenatal care in order to prevent and be prepared to deal adequately, although an important percentage of postpartum hemorrhages occurs in a patient without any risk. Therefore all health personnel must be trained on how to recognize the risk factor also how to deliver proper care and know when to transfer the patient if necessary. Early and timely treatment is fundamental. Various activities could help the patient greatly for example: performing uterine massages, the use of pharmacological therapies with uterotonics, or even an emergency procedure like a hysterectomy, which occurred in this clinical case that we present. The most severe complications occur when postpartum hemorrhage is a consequence of Placenta Accreta which is an abnormal insertion of the placenta. In this thesis we identify the risk factors that the patient presented, furthermore the approach taken and the adequate care provided; all of which were essential in the recovery of the patient, avoiding additional complications like a deadly postpartum hemorrhage.

**Key Words:** Postpartum, hemorrhage, uterine atony, hemorrhagic shock

## **CAPITULO I**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Dentro de las tres primeras causas de mortalidad materna, las hemorragias ocupan el primer lugar, en nuestro país, disputándose entre enfermedad hipertensiva del embarazo y las infecciones, esto varía de acuerdo a las regiones. Siendo la muerte materna un evento catastrófico para la familia sobre todo si quedan hijos menores.

La muerte materna al ser catastrófica afecta a la familia y por ende a la comunidad en general, con graves consecuencias como abandono a los menores hijos, desnutrición infantil, violencia y falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país, ya que es un indicador del desarrollo de un país. La mayoría de las muertes son debidas a hemorragia ante parto y postparto y sus complicaciones. Algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.

El 70% de las muertes maternas en Lima ocurren inmediatamente después del parto.

(1)

La federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven la prevención de la morbimortalidad

materno-fetal a causa de hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías prácticas de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. (2) El acceso a métodos diagnósticos modernos, personal médico capacitado, implementación de los establecimientos de salud, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos.

Las hemorragias postparto constituyen una de las primeras causas de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, en 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, siendo un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. El 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo en la cual nuestro país está inmerso. (1)

En América Latina la razón de mortalidad materna es de 74.3 x 100,000 nacidos vivos y en el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000 nacidos vivos lo que representa un importante descenso. (1)(2)

En el 2012 las causas de muerte directas, registradas por el Ministerio de Salud del Perú fueron: Hemorragias (40.2%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (32%), Aborto (17.5%), e Infecciones durante el Período de Puerperio (4.1%). (1)

El objetivo de esta trabajo es mostrar la importancia de nuestra realidad como país, analizar la importancia de conocer el tema que todo personal de salud que atiende gestantes y parto debe conocer y estar adiestrado en el manejo adecuado de esta

emergencia, como prevenir, realizar el diagnóstico y ver las medidas terapéuticas de acuerdo a nuestro nivel de capacidad de resolución y enfatizar la importancia de la acción multidisciplinaria en base a protocolos de acción frente a estas emergencias.

Hay países desarrollados donde la hemorragia post parto pueden ser más toleradas, sin embargo, en nuestras poblaciones donde hay factores propios de cada paciente, que ya son preexistentes incluso antes del embarazo, como estado nutricional, condición médica previa, el acceso a un determinado nivel de atención de salud, estado sociocultural, creencias religiosas, entre otros, son factores condicionantes que no se puede evitar ni modificar.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Siendo la hemorragia una de las principales causas de morbilidad materna en nuestro país y segunda causa en la Región Moquegua dentro de ello la hemorragia post parto, es importante realizar trabajos relacionados al tema en la Región Moquegua si bien es cierto que hace años no se producen muertes maternas a causa de hemorragias post parto, sin embargo, la morbilidad es alta que repercute en la salud de la madre y del recién nacido.

Mediante este trabajo se quiere contribuir la importancia de los controles prenatales y el diagnóstico precoz y oportuno así como el manejo apropiado, ya que se evita complicaciones más severas y muerte materna. Así mismo la referencia oportuna y que un establecimiento este implementado para afrontar este tipo de complicaciones.

La muerte materna es un indicador que evalúa a un país su estado socioeconómico, grado de educación, por lo tanto la calidad de vida de una población, es una expresión fidedigna de inequidad y exclusión social, donde se ve claramente la cobertura y calidad a los servicios de salud, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en tanto a la accesibilidad, control prenatal, atención de parto humanizado, y post parto.

La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias posparto, que dejan complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente. (3)

La hemorragia posparto es una de las principales causas de morbimortalidad materna, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, y es responsable de una cuarta parte de todas las muertes maternas en el mundo. (4)

En el Hospital Regional Moquegua en el año 2017 se presentó 17 casos de hemorragia post parto de las cuales corresponden 47% a atonía uterina, 35% corresponde a desgarros del canal del parto, 11.76% corresponde a retención placentaria, y 5.8% corresponde a retención de restos, el 94% de los cuales corresponde a parto vía vaginal y 5.8% corresponde a parto vía cesárea, con sangrados importantes que van de 500 cc a 2000 CC. (5)

Es importante conocer las hemorragias Obstétricas principalmente las hemorragias pos parto analizando causas del sangrado, clasificación del shock hemorrágico, complicaciones terapéuticas. Así como cuantas requirieron transfusión sanguínea.

Las consecuencias de la hemorragia obstétrica, hemorragia post parto aumentan la mortalidad y morbilidad materna llevando a la paciente a complicaciones como histerectomía, anemia severa, coagulación intravascular diseminada, transfusiones

masivas, injuria renal aguda, fallo renal, SDRA, síndrome de insuficiencia cardiocirculatoria, infertilidad, y fallo multiorgánico, necrosis hipofisaria (síndrome de Sheehan), con posible pérdida de la fertilidad y muerte materna. Además, es una de las principales causas de admisión en cuidados intensivos durante el puerperio. (6)

## MARCO TEÓRICO

### 1.3 HEMORRAGIAS POST PARTO

#### 1.3.1. Concepto de Hemorragia Post Parto.

En un embarazo normal que termina en parto vía vaginal sin complicaciones se pierde hasta 500 ml. De sangre, si el parto termina por vía cesárea la pérdida sanguínea es de 1000 ml. aproximadamente. A esto se suma el cálculo que no se realiza en forma exacta en el momento de la valoración del volumen sanguíneo que se pierde (7)

Tenemos por definición de hemorragia postparto, como pérdida sanguínea mayor a 500 ml. En un parto vía vaginal y pérdida de volumen de más de 1000 ml. Por vía cesárea, la clínica es fundamental para hacer un diagnóstico ya que por el mismo hecho que la valoración de la cuantía no es exacta en dichos procedimientos y en general se subestima, por lo que es crítico para el obstetra estimar rápidamente el déficit de volumen.

Es importante la clínica, así como la aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, cuando la pérdida sanguínea es más de 1000 ml. Se produce vasoconstricción arterial, así como de los compartimientos venosos para preservar la irrigación de los órganos y para mantener la presión arterial, cuando la pérdida es más del 20%, la presión arterial empieza a alterarse, hay aumento de pulso y aumento de la frecuencia respiratoria. (4) (7)

#### **Incidencia.**

Implica del 3 a 5% de los partos, a fin de comprender la prevención y el manejo adecuado de la Hemorragia Post Parto, es importante conocer y entender la anatomía y fisiología del periodo del parto. (4)

### **Anatomía del útero.**

El útero está constituido básicamente por tres capas.

Capa circular interna

Capa intermedia formada por un entramado de fibras musculares

Una capa longitudinal externa

La capa media es la más crítica para la hemostasia en la tercera etapa, la cual es la capa más sangrante, por esa razón se la denomina sutura fisiológica o ligadura viviente del útero.

El útero recibe irrigación de dos arterias.

-Arteria uterina que es la fuente principal, y esta parte de la arteria Iliaca interna.

-Arteria ovárica, que emerge de la aorta abdominal. (4)

### **Fisiología de la separación de placenta.**

Los principales agentes bioquímicos relacionados con la tercera etapa del parto, son las prostaglandinas y la oxitocina. En la primera y segunda etapa solo las prostaglandinas F2 alfa (PGF<sub>2</sub>) y la oxitocina se eleva en el plasma materno. A los 5 minutos del parto se elevan las concentraciones maternas de PGF y PGF<sub>2</sub>. Al producirse el desprendimiento placentario estas concentraciones disminuyen.

Por ultrasonido se percibe la tercera etapa del parto y se divide en cuatro fases:

-Fase latente, que es inmediato al nacimiento, donde se contrae todo el miometrio menos el miometrio retroplacentario.

-Fase de contracción, aquí hay contracción del miometrio retroplacentario.

-Fase de desprendimiento inducido por la contracción del miometrio que corta y expulsa, la placenta de las deciduas.

Fase de expulsión, la placenta es extruida. El tironeo hacia abajo eleva la presión intraabdominal lo que conduce a la extrusión.

Los mecanismos de desprendimiento son a lo largo de la decidua esponjosa mediante dos mecanismos:

**Método Schultze:** en este caso, se forma un coágulo en el centro retroplacentario y se separa de la placenta. La placenta se fija en el segmento inferior del útero, al descender arrastra detrás de si las membranas.

**Método Duncan Mathews:** el coágulo se forma en la parte marginal. Con este tipo de desprendimiento hay más posibilidad de que queden restos placentarios y membranas ovulares. (4) (6).

#### **Mecanismo de la hemostasia.**

Cerca de 500 a 600 ml/minuto De sangre es bombeada, en el espacio subcorial del útero. Por desprendimiento de la placenta, la ruptura de arterias y venas dan como resultado el sangrado. Dicha hemostasia se logra por:

- Compresión mecánica de los vasos sanguíneos entrelazados en la fibra de la capa muscular del miometrio.
- La vasoconstricción causada por PG endógenas
- Trombosis por la interacción entre las plaquetas y los vasos del endotelio. (6)

### **1.3.2. Clasificación de Hemorragias Post Parto.**

Una clasificación tenemos por periodo en el que ocurre la hemorragia post parto:

#### **-Hemorragia posparto primario o precoz:**

Denominada así a la hemorragia que se produce dentro de las primeras 24 horas del puerperio; la mayor parte ocurre en las primeras 2 horas de puerperio. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante que nos lleva a consecuencias que determinan la morbimortalidad materna. (8)

#### **-Hemorragia posparto secundaria o tardía:**

Es la que se da después de las 24 Horas de puerperio hasta la culminación del puerperio. Cuyas causas de hemorragia posparto son atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios, y alteraciones de la coagulación en el orden mencionado. (8)

### **1.3.3. Factores de riesgo de hemorragias post parto.**

Una de las principales causas de hemorragias obstétricas es la hemorragia posparto, complicación que si no es diagnosticada en forma precoz y oportuna con un tratamiento adecuado nos lleva a morbilidad con secuelas graves y finalmente a la muerte en cuestión de horas. Muchos son los factores que se han considerado como predisponentes para sufrir una hemorragia posparto: (2)

#### **Antecedentes:**

- Cicatrices uterinas previas.
- Gestante añosa mayor de 35 años.
- Legrados uterinos Múltiples

- Primigesta
- Inversión uterina previa. (2)

**Características:**

- Polihidroamnios
  - Embarazo múltiple
  - DPP
  - Multiparidad.
  - Inversión uterina previa.
  - Adherencia anormal de la placenta.
  - Anomalías uterinas.
  - Malnutrición materna
  - Anemia materna
- 
- Tabaquismo y consumo de drogas
  - Miomas uterinos
  - Síndromes hipertensivos del embarazo
  - Traumatismos abdominales
- 
- Trabajo de parto prolongado

- Corioamnionitis.
- Prematuridad
- Lóbulo placentario aberrante
- Antecedentes de abortos.
- Expulsivo prolongado
- Parto instrumentado
- Extracción podálica.
- Periné corto fibroso.
- Varices vulvar y vaginal.
- Parto precipitado.
- Fibromatosis uterina.
- Obesidad.
- Patología materna crónica
- Pre eclampsia
- Macrosomía fetal (2)

**Intervenciones:**

- Mal uso de oxitocina durante el trabajo de parto, anestésicos generales, sulfato de magnesio, relajantes uterinos.
- Mala conducción del parto.
- Mal manejo del alumbramiento.
- Mala técnica de la atención del expulsivo.
- Mala técnica de la extracción manual de placenta.
- Mala técnica de la atención del alumbramiento. (2)

Identificar estos riesgos es importante debido a que se puede prevenir y estar preparados para afrontar complicaciones en el puerperio, en los países en desarrollo como es el nuestro generalmente se convierte en fatal, dada a que el acceso a servicios de salud son limitadas sobre todo en el área rural urbano marginal en donde las gestantes tiene poco o ningún acceso a servicios de salud de buena calidad en donde los establecimientos de salud no cuentan con equipo mínimo de salud y con muchas deficiencias en materiales e infraestructura para afrontar estas emergencias. La probabilidad de morir se incrementa en forma importante cuando la mujer llega con algún factor de riesgo como anemia al momento del parto, situación frecuente en nuestros países sobre todo en áreas marginales con poblaciones cuyo nivel sociocultural es baja.

#### **1.3.4. Etiología de la Hemorragia Post Parto.**

Las causas principales de hemorragia en el alumbramiento o postparto son:

- Atonía uterina.
- Desgarros del canal del parto.
- Retención de placenta o restos placentarios.
- Inversión uterina.
- Alteraciones de la coagulación.
- Rotura uterina.

Una manera fácil de recordar las causas de Hemorragia Post Parto es utilizando la nemotecnia de las "4T" que son las principales causas de hemorragia post parto. (7)

**Tono (90%):** Incluye la atonía o inercia uterina

**Trauma (7%):** Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina

**Tejidos y Trombina (3%):** Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal, así como coagulopatías. (8)

**Tabla 1. Factores de riesgo de la hemorragia postparto. (7)**

	<b>Proceso etiológico</b>	<b>Factores de riesgo</b>
<b>“TONO”</b> (atonía uterina)	Útero sobredistendido	Polihidramnios Gestación múltiple • Macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	Parto rápido Parto prolongado • Alta paridad
	Infección intramniótica	Fiebre • Rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	Miomas • Placenta previa • Anomalías uterinas
<b>“TEJIDO”</b> (retención de productos)	Placentario	Expulsión incompleta de la placenta • Cirugía uterina previa • Paridad alta • Placenta anómala

	Coágulos	Utero atónico
“TRAUMA” (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	Parto precipitado • Parto operatorio
	Desgarro en cesárea	Malposición • Gran encajamiento
	Rotura uterina	Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	Gran paridad • Placenta fúndica
“TROMBINA” (alteraciones de la coagulación)	Previas: hemofilia A, enfermedad de von Willebrand	Coagulopatías • Hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la Preeclampsia, PTI, CID (Preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	Sangrado con el rasurado Muerte fetal Fiebre, leucocitosis Hemorragia anteparto Inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	Estudio de coagulación

#### 1.3.4.1. Atonía uterina.

La inercia uterina es la primera causa de sangrado postparto sobre todo del puerperio inmediato. Una vez que se expulsa la placenta, el útero no se retrae ni se contrae, además queda con un lecho sangrante con multitud de bocas vasculares

que requieren de la contracción uterina adecuada para el cierre físico de estos espacios vasculares. La contracción uterina es el mecanismo más efectivo y fundamental para controlar la hemorragia fisiológica que causa el alumbramiento. Por lo que va provocar pérdida continua de sangre a través de la herida placentaria, dejado por el lecho placentario. (7)

**a). Etiología de atonía uterina.**

Tenemos a considerar varios factores que condicionan la aparición de la atonía uterina:

- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
- Falta de vacuidad uterina. (retención de placenta o trozos placentarios)
- Gran multiparidad.
- Trabajo de parto prolongado.
- Miomatosis.
- Parto precipitado.
- Parto inducido.
- Parto obstruido.
- Hemorragia preparto.
- Vejiga llena.
- Anemia
- Anestésicos uterinos.
- Manipulación uterina.
- DPPNI.

- Placenta previa
- Parto anterior con atonía.
- Uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados).
- Corioamnionitis.
- Feto muerto intraútero.
- Embolismo de líquido amniótico. (4)

**b). Diagnóstico de atonía uterina.**

Ocurre después de la expulsión de la placenta el útero no contrae y consecuentemente presenta hemorragia, la consistencia uterina es muy blanda y no se forma el globo de seguridad de Pinard.

El sangrado por atonía aumenta cuando se comprime el fondo uterino, y se diagnostica al palpar un útero blando y que no se ha retraído hacia la pelvis menor, por lo general el fondo uterino se encuentra por encima del ombligo y sangrado persiste en forma continua por el cuello uterino. (9)

**c). Tratamiento de atonía uterina.**

El Masaje uterino a través de la pared abdominal es una medida de mucha utilidad y sin costo alguno en el post alumbramiento puede ser necesario y eficaz hasta dos horas post alumbramiento y hay que asegurarse de que no haya relajación del útero luego de detener los masajes y la hemorragia se haya detenido.

## **1ª. Medidas físicas:**

### **– Masaje uterino bimanual:**

Previamente se realiza evacuación de la vejiga, consiste en masaje bimanual, en la cual la mano derecha se coloca sobre el abdomen detrás del fondo uterino y la mano izquierda en el fondo anterior a través de la vagina, y ambas manos comprimen una en contra de la otra. Es más efectivo el masaje intermitente, que una presión sostenida. En ocasiones es suficiente con esta medida. (4)

### **– Taponamiento uterino.**

Se utiliza en la atonía uterina con hemorragia causada por el lecho placentario de una placenta previa o acretismo parcial, se puede utilizar un Catéter Foley, Tubo de Sengstaken Blakemore, Globo de Cook o un simple condón, incluso si no contáramos con ninguno de estos insumos se puede utilizar un guante quirúrgico, se llena el globo con hasta 500 ml. De solución salina, lo cual va detener el sangrado del útero atónico. (6)

## **2ª. Medidas farmacológicas:**

### **– Oxitocina:**

La oxitocina es un fármaco que se ha utilizado en los últimos años dando buenos resultados, en casos de hemorragias post parto por atonía uterina, siendo el más fisiológico, económico y de fácil uso, que nos va producir contracción intermitente en la fibra uterina.

Como tratamiento de atonía uterina se administra de 20 a 40 UI de oxitocina diluida en 1000 cc de solución salina isotónica o Ringer Lactato, a dosis de 60 gotas/minuto, no administrar más de 3 litros, hay divergencia en la

administración directa de la oxitocina ya que puede producir efectos secundarios tales como problemas cardiovasculares que puede llevar la paciente a un paro cardiaco. (10)

Esta administración de oxitocina en infusión endo venoso se realiza también como medida preventiva a pacientes con factores de riesgo que están propensas a presentar atonía uterina, así como gran multiparidad, macrosomía fetal, corioamnionitis, trabajo de parto prolongado, etc.

Se administra oxitocina 10 UI vía intra muscular antes del alumbramiento de la placenta, como manejo activo del tercer periodo del parto, en el primer minuto después de la expulsión del feto, para acelerar el desprendimiento de la placenta y a la vez la contracción del útero y disminuir el sangrado post parto.

La administración en infusión intravenoso continua de oxitocina no tiene contraindicaciones y se puede manejar y controlar con facilidad, los efectos secundarios, aunque hay casos esporádicos conocidos como náuseas, vómitos e intoxicación acuosa, de darse alguno de estos efectos secundarios solamente suspender la infusión ya que el metabolismo de la oxitocina es rápido y en cuestión de pocos minutos se elimina y pierde su acción en el organismo.

Para la administración de oxitocina sobre todo cuando su uso es antes del parto el manejo debe ser muy cauteloso, por lo general la administración de oxitocina en la bibliografía viene para administrar en mili unidades, y en la práctica real se hace uso por goteo o con bomba de infusión, lo adecuado es

el manejo con bomba de infusión, pero cuando no contamos con este equipo podemos hacer el cálculo para hacer un mejor manejo por goteo.

La oxitocina viene en presentaciones de 5 UI o 10UI

Haremos un ejm. Con presentación de 10UI para calculo en gotas por mili unidades.

1 am oxitocina de 10 UI que se diluye en un frasco de 1000 cc de CLNA

Al diluir en un litro se convierte en 10,000 mili unidades vale decir que:

1000cc de CLNA = 10,000 MU

1cc = X

$X = 1cc \times 10,000 \text{ MU} / 1000cc$

$X = 10 \text{ MU}$

1cc = 20 gts. Por tanto

20 gts = 10 MU de oxitocina

10 gts = 5MU de oxitocina

Si iniciamos con 4 MU de oxitocina nos referimos a 2 MU de oxitocina.

Es cuestión de hacer una conversión, dependerá con que volumen se trabaja y con cuanto de concentración de oxitocina estamos tratando a la paciente.

#### **– Ergóticos:**

Los derivados del cornezuelo de centeno son también otra alternativa excelente para controlar la atonía uterina, se administra 0.2 mg. de maleato de ergonovina o metil ergonovina, lo que hará que se produzca contracción tetánica del útero, se puede utilizar cada 15 a 20 minutos, por vía intramuscular, aunque su acción por lo general dura cuatro horas y su acción

es a los 20 minutos después de la administración. Tiene efectos secundarios, como elevación de la presión arterial, somnolencia, vómitos, y problemas de debilidad en los miembros inferiores, su uso está proscrito en pacientes con problemas cardiovasculares, pacientes con problemas de hipertensión, enfermedad hipertensiva del embarazo, ya que actúa a nivel de la musculatura lisa en general, mas no así la oxitocina actúa solo a nivel de la musculatura lisa del útero.

Para potenciar su efecto se puede utilizar junto a la oxitocina. Los derivados del cornezuelo de centeno tienen más efectos secundarios que la oxitocina. Estos preparados en inyectable requieren de manejo muy especial ya que es muy inestable y pierde su efecto cuando se conserva sin refrigeración o expuesta a la luz, lo que limita su uso en las zonas rurales de los países en desarrollo ya que muchas veces no se cuenta ni siquiera con energía eléctrica las 24 horas y mucho menos para conservar en refrigeración a una temperatura adecuada. (10)

#### **– Derivados de las prostaglandinas.**

Son oxitócicos fuertes, PGE2, PGE1, PGF todos se pueden usar siempre y cuando se tenga en cuenta los efectos secundarios y las contraindicaciones se pueden usar por diversas vías de administración.

Carboprostol PGF: 25mg. Intramuscular cada 15 minutos se administra por un máximo de 2mg.

Sulprostona: 1.000 ug en 500 ml. de solución salina a razón de 60 a 80 gotas/minuto de infusión.

Irrigación intrauterina con PGE2 1.5 ug/ml con catéter Foley, 1 ml/ minuto por 12 a 24 horas.

Administración directa intramiometrial de prostodin en todos los cuatro cuadrantes del útero también se ha demostrado que puede ser eficaz.

Misoprostol PGE1 en una dosis de 1000 ug vía rectal, vía oral sobre todo sublingual, también se puede administrar vía vaginal, pero debido a que hay constante salida de sangre acompañado de coágulos no tiene mucho efecto y muchas veces es expulsado junto con el sangrado abundante. A estas dosis los efectos secundarios más frecuentes son temblor, temperatura corporal mayor o igual a 38°C, diarrea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea, estreñimiento, vértigo. (4)

En la actualidad el uso de las prostaglandinas es bastante común, en pacientes obstétricas, se realiza maduración cervical, para la inducción del parto sobre todo en casos de óbito fetal, en el manejo de la tercera y cuarta etapa del de parto, nos referimos al tercer periodo en el manejo activo del tercer periodo del parto, y para el cuarto periodo del parto que es el puerperio inmediato principalmente las dos primeras horas post parto donde se produce el mayor problema, han sido utilizadas principalmente para la Hemorragias Post Parto como una de las opciones luego de haber intentado con uso de oxitócicos, ergóticos que no se pudo manejar o que la hemorragia fue intratable, como último recurso cuando otras intervenciones médicas no han sido suficientes. No han sido útiles inicialmente en la gestión activa de la tercera etapa del parto. Los efectos colaterales que presenta el misoprostol sobre todo a dosis mayores de 400 mcgr. Tales como temblores, diarrea, escalofríos

y fiebre que aparece sobre todo después de las 12 horas de haber administrado el medicamento.

La vía recomendable de administración del misoprostol en el post parto es la vía rectal y sublingual. Y su manejo es fácil no requiere de entrenamiento, es barato, no requiere almacenamiento especial, así el uso de misoprostol ofrece una ventaja en los países en desarrollo, sobre todo en zonas rurales urbano marginales en donde no haya personal capacitado para manejo de hemorragias post parto, pueden representar un problema, y el uso del misoprostol puede ser una alternativa de fácil manejo para manejo del tercer periodo y profilaxis de hemorragias post parto y de ser posible dar tiempo para hacer una referencia oportuna a un nivel de capacidad resolutive superior.

### **3ª. Medidas quirúrgicas:**

Cuando contemplamos las medidas quirúrgicas para el manejo de las Hemorragias Post Parto se debe tener en consideración el deseo de procrear en el futuro de la paciente y así preservar la fertilidad de la paciente.

-Ligadura de la arteria uterina unilateral: el primer paso para la desvascularización uterina es la ligadura de la rama ascendente de la arteria uterina, cuyo vaso está situada en la unión de los segmentos uterino superior e inferior, se utiliza una sutura crómica con aguja atraumática número 0 o número 1, luego llevaremos sobre la superficie anterior del útero, para luego anudar, muchas veces con este procedimiento es suficiente para detener el sangrado.

-Ligadura de la arteria uterina bilateral: si no se logra para el sangrado con la ligadura de un solo vaso repetiremos el mismo procedimiento del lado contrario, con lo cual alcanzaremos en un 75% controlar el sangrado. (6)

-Ligadura bilateral de los vasos del bajo útero: en caso de que la hemorragia persiste en el segmento bajo del útero, realizar las ligaduras bilaterales que pasen 2-3 cm. Por debajo de las anteriores.

-Ligadura unilateral de la arteria ovárica: si aun después de la ligadura bilateral de las arterias uterinas continua el sangrado el siguiente paso será la interrupción de la irrigación del útero al ligamento infundibulopélvico. La anastomosis de la arteria ovárica y la uterina en el mesovario se liga justo debajo del ligamento úteroovarico, se hace la sutura con aguja atraumática pasando desde el útero alrededor del vaso y anudando.

-Ligadura bilateral de la arteria ovárica: si continúa sangrado este es el siguiente paso.

-Ligadura de la arteria hipogástrica: la arteria hipogástrica irriga todo el tracto genital por lo que puede traer consecuencias, especialmente en presencia de un útero grande, puesto que la ligadura disminuye el flujo de sangre en un 50%. Presenta un éxito entre 42 a 80%. La técnica consiste en realizar una incisión en lado del peritoneo paralelo al ligamento infundibulopélvico. El peritoneo al que se adhiere el uréter se retrae medianamente. La arteria hipogástrica se aísla y direcciona a unos 5 cm de su origen se pasa una abrazadera en ángulo recto del lateral al medial y se liga doblemente la arteria hipogástrica, evitando la rama posterior. Las complicaciones que puede presentar son daños a las venas o al uréter, ligando en su lugar de la arteria iliaca externa, necrosis glútea, etc.se puede comprobar mediante la palpación del pulso femoral después de realizar dicho procedimiento para evitar lamentar que se haya ligado accidentalmente la arteria iliaca externa. (4)

-La embolización:

Consiste en ocluir vasos específicos colocando en forma transitoria un catéter con balón para la oclusión de las arterias uterinas en ausencia de coagulopatías el éxito es superior al 90%. (10)

Puede presentar complicaciones como infección pélvica, y fiebre que son las más frecuentes, debe haber comunicación continua entre el equipo gineco-obstetra y radiólogo que interviene.

-Compresiones uterinas.

- compresión de la aorta contra el promontorio sacro este procedimiento ayuda a minimizar el sangrado.

-Técnica sutura de abrazadera de B-Lynch, se lleva a cabo bajo anestesia general mediante una laparotomía, se empuja la vejiga hacia abajo seguido por una incisión transversal en el segmento inferior del útero y la exteriorización del útero. Para probar la efectividad se comprime manualmente y otro verifica el sangrado de la vagina. Usando catgut No 2 el útero es punzado 3 cm. En la incisión inferior derecha y 3 cm. En el borde lateral derecho y el hilo emerge 3 cm. Por encima del margen superior de la incisión luego se pasa la sutura al fondo uterino 3-4 cm. Desde el extremo del cuerno, tomado posteriormente y entrando verticalmente en la pared posterior a nivel de la cicatriz transversal. La sutura se aprieta luego se pasa posteriormente a lado izquierdo y pasa de nuevo alrededor del fondo uterino, esta vez a la izquierda. La incisión uterina transversa se sutura en dos capas y posteriormente a la cirugía se observa para verificar si para el sangrado. (4)

- Histerectomía de hemostasia:

Como último recurso, después de que se intentó las anteriores medidas para detener la hemorragia por atonía uterina y haber fracasado tenemos la Histerectomía debe ser realizado por gineco-obstetra experimentado ya que la histerectomía periparto tiene alta tasa de morbilidad. La decisión entre histerectomía total y subtotal debe ser individualizada teniendo en cuenta la experiencia del cirujano.

#### **d). Profilaxis.**

Hacer un buen diagnóstico y estar preparados para una posible emergencia post parto para prevenir complicaciones. Durante el control prenatal se debe identificar de los factores de riesgo, para prevenir la hemorragia postparto, sin embargo debemos estar alertas en todos los partos ya que muchas veces se han presentado hemorragias post parto sin la existencia previa de factores de riesgo evidentes, por lo que existan o no factores de riesgo se realiza la prevención, más aun en nuestro país teniendo como primera causa de morbimortalidad materna las hemorragias y el mayor porcentaje de las cuales se presentan en el post parto, y más aun teniendo gestantes que llegan al término de su gestación anémicas.

Se recomienda mantener una conducta expectante y activa en el tercer periodo del parto como el alumbramiento para evitar la hemorragia postparto, así mismo en el cuarto periodo del parto que es el puerperio inmediato especialmente las dos primeras horas post parto. Esta suele incluir la administración de oxicíticos desde la expulsión del recién nacido para un manejo activo del tercer periodo del parto que se debe realizar a toda gestante ya que no tiene contraindicación alguna.

Estas maniobras han demostrado la disminución de la pérdida de sangre, por lo tanto, la disminución de la incidencia de hemorragia postparto, aunque con algún

efecto secundario para la madre si se emplea la ergometrina como la hipertensión, náuseas y vómitos, o cuando se utilizan las prostaglandinas cuyos efectos secundarios son escalofríos, diarrea fiebre y temblores.

La profilaxis de la hemorragia no sólo comprende el alumbramiento y postparto inmediato, abarca también los primeros días post parto la que debe manejar con fármacos como oxitocina, ergóticos vía oral o prostaglandinas vías oral, sublingual o intrarectal, dependiendo de cada caso y cada paciente, preferentemente en mujeres que no dan de lactar, ya que en las que amamantan a su recién nacido, hacen que se produzca liberación endógena de oxitocina provocada por la succión mamaria la que produce contracción uterina adecuada.

#### **1.3.4.2. Trauma obstétrico:**

Cuando la hemorragia continua después de evaluar y útero esta contraído y no han quedado fragmentos de placenta en la cavidad uterina puede ser debido a laceraciones de partes blandas del aparato genital de la madre o hematomas.

#### **Desgarros y lesiones del canal del parto.**

Estos desgarros presentan por lo general sangrados profusos, se presentan después de un parto complicado o por uso de instrumentos como el fórceps, también puede presentarse después de un parto precipitado, o una inadecuada protección del periné en el momento del desprendimiento de la cabeza fetal, falta de rotación interna de los hombros, así como otros factores que influyen para desgarros como las infecciones vaginales que la gestante cursa durante la gestación,

Estas lesiones se pueden presentar en cualquier parte del canal del parto, siendo esta en el cuerpo del útero, cuello uterino, vagina, vulva y periné. Así mismo la profundidad puede ser variada. (9)

### **Diagnóstico.**

Después que ocurre al alumbramiento con placenta y membranas completas, y el útero bien contraído y retraído, y una correcta coagulación sanguínea, pero persiste sangrado profuso y continuo, se realiza revisión de canal del parto, iniciando de afuera hacia adentro todo el trayecto del parto. El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico, se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo. El tratamiento se hará vía vaginal previa hemostasia de ser necesaria, si el desgarro es en el cuerpo uterino y es extenso se realizará vía abdominal.

#### **a). Desgarros Cervicales.**

Solución de continuidad de variable extensión que puede abarcar desde el orificio cervical externo y se extiende hacia la zona ístmica, aquellos desgarros que sobrepasan la zona ístmica se consideran rotura uterina. Con frecuencia están localizados hacia las horas 3 y las 9 en sentido del reloj. (4)

#### **-Etiología.**

Como causas tenemos:

Fetos macrosómicos

Parto precipitado

Rigidez de partes blandas

Cicatriz previa

Parto instrumentado (fórceps)

Falta de dilatación completa del cuello uterino al momento del parto

Maniobras de Kristeller

Mal uso de oxitócicos

Lesiones cervicales previos

Dilataciones forzadas digitalmente. (4)

**-Clínica y Diagnóstico.**

Diagnóstico se realizará en forma visual mediante la inspección del canal cervical mediante el uso de las valvas durante la revisión del canal del parto.

**-Tratamiento.**

La sutura de estos desgarros requiere anestesia adecuada de la paciente, pinzas de dos o tres porta esponjas, fórceps anular, retractores de Sim de tamaño grande, buena asistencia, posicionamiento adecuado de luz en relación a la paciente y suministro libre de gasas para hisopado.

Se repara la lesión mediante sutura con puntos separados 1cm por encima del ángulo superior del trayecto de la lesión ya que los vasos sanguíneos al momento de la lesión se retraen y no siempre se encuentran al borde de la lesión lo cual puede hacer que se formen hematomas incluso luego de la sutura.

En el momento de la atención del parto se debe aplicar las técnicas correctas para evitar traumas de las partes blandas, esperar que la dilatación complete y descienda la altura de presentación antes de llevar la paciente a sala de partos, y evitar maniobras como Kristeller que lejos de ser una ayuda son perjudiciales para la paciente, laceraciones pequeñas que no son sangrantes no requieren de sutura.

**b). Desgarros Vaginales.**

A la inspección del canal vaginal se observa solución de continuidad que puede ser longitudinal o trasversal, de profundidad variable, que por lo general se presenta en el tercio medio y tercio inferior de la pared vaginal.

### **-Etiología.**

Dentro de las causas más frecuentes tenemos:

Macrosomía fetal

Parto precipitado.

Parto instrumentado.

Feto con cabeza voluminoso.

### **-Clínica y Diagnóstico.**

Se realiza mediante la inspección visual el trayecto vaginal con la ayuda de valvas, se identifica la lesión ubicación, profundidad.

### **-Tratamiento.**

Las varices y los desgarros pueden empaquetarse mientras se prepara a la paciente para una sutura adecuada. La exposición adecuada, la luz y la buena asistencia; son requisitos previos para la sutura adecuada. La sutura se inicia 1cm por encima del ápice, ya que los vasos sanguíneos tienden a retraerse hacia el interior y puede ocasionar la formación de hematomas en lo posterior.

### **c). Desgarros vulvoperineales.**

De acuerdo a su extensión, se establecen 4 grados:

- ✓ Primer grado: afecta únicamente a la piel.
- ✓ Segundo grado: cuando afecta la musculatura perineal
- ✓ Tercer grado: incluye el esfínter externo del ano
- ✓ Cuarto grado o complicado: afecta además la pared del recto (9)

### **-Etiología.**

Relacionada con la sobredistención mecánica del periné debido a presión de la cabeza y hombro fetal, parto instrumentado, inadecuada protección del periné al

momento de la expulsión de la cabeza fetal, falta de rotación interna de los hombros fetales, tejidos fibrosos, cicatrices anteriores, edema, hipoplasia, pelvis estrecha con ángulo púbico muy agudo variedades occipitosacras, que sobredistienden el periné.

#### **-Clínica y Diagnóstico.**

Se realiza mediante la inspección visual identificando la lesión como una solución de continuidad, cuya longitud y profundidad es variable, así como vasos comprometidos. El pronóstico es bueno para primer y segundo grado; es reservado para tercer y cuarto grado, ya que por la cercanía del ano hay problemas sépticos que hacen que muchas veces no cicatriza la sutura.

#### **-Tratamiento.**

La sutura debe ser realizada en forma inmediata, ya que en ese momento aún no está infectada la herida.

- **En los desgarros primer grado.** Previa anestesia local, se hace la sutura con puntos separados tomando todo el espesor.
- **Los desgarros segundo grado.** Previa anestesia local se hace la sutura con puntos separados de ser necesario en dos planos. El primer plano se sutura el músculo aponeurótico, y el segundo plano, celular y piel es importante no dejar espacios muertos y tampoco hacer mucha presión en el primer nudo.
- **En los desgarros tercer grado.** En este caso se utiliza anestesia general se realiza la sutura con puntos separados por planos, teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externo que se hallan retraídos en la región marginal del ano, tener mucho cuidado en el tema de la asepsia.

- **En los desgarros cuarto grado.** Esta sutura es más complicada y de mucho cuidado ya que la reparación y hemostasia de la pared rectal y del esfínter del ano conformara una espesa cuña a expensas de los músculos de la región, para luego suturar el tejido celular y la piel.

En todas estas intervenciones se debe administrar antibióticos, así mismo tener cuidado con la evacuación intestinal, procurando la evacuación regular de la puérpera, indicar una dieta rica en fibras para evitar estreñimientos, de ser necesario administrar laxantes en caso que la paciente no evacua espontáneamente. (9)

**d). Hematoma pélvico.**

Se denomina así a la pérdida de sangre que no siempre es visible hacia el exterior, en algunos casos, la laceración traumática de los vasos sanguíneos puede conducir a la formación de un hematoma pélvico. Resultan por daño de los vasos sanguíneos por la cual se derrama la sangre y se infiltra en el tejido celular, se puede extender incluso hasta llegar al diafragma, sin laceración de tejido subyacente, generalmente es por excesiva presión.

**-Clasificación.**

Se dividen en tres tipos.

Hematoma vulvar.

Hematoma vaginal.

Hematoma retroperitoneal.

**-Hematoma vulvar.**

Resulta de la laceración de los vasos de la fascia superficial o del triángulo pélvico anterior o posterior. Los signos físicos habituales son la pérdida subaguda de volumen y dolor a nivel de la vulva. La pérdida de sangre se limita entre la fascia

de Colle y el diafragma urogenital; en la zona posterior se limita entre la fascia del ano. Luego de estos límites el sangrado se extenderá hacia la piel, haciéndose visible el hematoma.

El tratamiento para la puérpera es aperturar una vía con catéter No 18 y administrar volumen, luego el tratamiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión lineal sobre el hematoma, para evacuar la sangre y los coágulos, por lo general no son visibles los vasos afectados, por lo que se hace sutura del espacio muerto, luego de la evacuación de los coágulos y sutura, por encima se colocara compresas estériles de tal manera que hagan presión sobre ella, estas compresas se retiran a las 12 horas. Taponar dentro del hematoma es en vano ya que provocaremos más sangrado, al momento de la evacuación se coloca sonda vesical por 24-36 horas. (6)

#### **-Hematoma vaginal.**

Este tipo de hematomas son ocasionados como consecuencia de traumas ejercidos sobre el tejido materno durante el parto. Como parto instrumentado, pero también puede ocurrir en partos normales, se presentan con menos incidencia que los hematomas vulvares, la sangre que se acumula en el plano sobre el nivel del diafragma pélvico, lo que hace que en este espacio no se acumulan cantidades considerables de sangre. La sintomatología que la paciente presenta es la presión que siente sobre el recto, el diagnostico se realiza, mediante la exploración de una masa que sobresale en la vagina.

El tratamiento que se da es mediante la incisión del hematoma que sobresale en la vagina, y luego se evacuar la sangre y coágulos, estos hematomas incluso si no se diagnostican a tiempo, pueden pasar varios días, una vez hecho el diagnostico se tendrá que evacuar, ya que las molestias para la paciente son muy severas, y esta

sangre acumulada puede demorar mucho tiempo en absorberse y continuar dando molestias la paciente, esta incisión no requiere de sutura, se puede colocar taponamiento vaginal que se debe retirar a las 12 a 18 horas. (6)

#### **-Hematoma retroperitoneal.**

Este tipo de hematomas son los más raros, pero más peligrosos para la salud materna. La sintomatología no es muy llamativa, apareciendo de forma súbita hipotensión o shock.

El hematoma retroperitoneal se produce luego de la laceración de uno de los vasos que nacen de la arteria hipogástrica, estos desgarros pueden ser resultado de la hemostasia inadecuada en las arterias uterinas en el momento de la cesárea o como consecuencia de la rotura de una cicatriz segmentaria baja de una cesárea anterior cuando la paciente tiene prueba de trabajo de parto por vía vaginal, en estas pacientes, la sangre puede disecar todo el espacio retroperitoneal hasta la vasculatura renal.

El tratamiento es bastante complicado y muchas veces letal, debe realizarse laparotomía exploratoria y ligadura de vasos hipogástricos, puede ser del lado del desgarrro, y si no para el sangrado ligadura bilateral, se puede abrir el hematoma e identificar el vaso sangrante para hacer la hemostasia directamente al vaso afectado.

(6)

De ser necesaria se realiza transfusión sanguínea según evaluación hemodinámica de paciente, administrar antibiótico como profilaxis y la evacuación vesical, debido a la retención urinaria mecánica.

### **1.3.4.3. Retención de placenta y de restos de las membranas ovulares.**

Normalmente la placenta se desprende con facilidad después de producido el parto, si no ocurre ello se debe traccionar suavemente el cordón umbilical hacia abajo de ser posible con la otra mano se eleva el útero hacia arriba, y termina de expulsarse la placenta en su totalidad. Si al cabo de 15 minutos para alumbramiento con manejo activo y 30 para alumbramiento espontaneo no se produce la salida de la placenta en forma completa vamos a considerar retención de placenta. (6)

Puede ser debido a distocias dinámicas y distocias anatómicas.

#### **a). Distocias dinámicas**

Por lo general se trata de inercia uterina donde la placenta se encuentra totalmente adherida, puede haber o no hemorragia, en este caso se realiza masaje uterino y la administración de oxitócicos para reactivar la dinámica uterina y si con ello no se consigue vamos a recurrir a la extracción manual de placenta. Esto se realiza bajo anestesia general, regional o sedación, con lo cual se consigue una buena relajación, un segundo ayudante fija el fondo uterino a través de la pared abdominal, y el operador con la mano izquierda sostiene fijamente el cordón umbilical que sirve de guía para llegar hasta la placenta y con la mano derecha introduce la mano a través de la vagina guiada por el cordón umbilical llegando al borde de la placenta y la pared uterina y con la yema de los dedos desgarrar la adherencia en su totalidad, una vez realizado esta maniobra la placenta cae en mano del operador que retira en su totalidad de la cavidad uterina. Posteriormente se revisa la placenta y membranas ya que puede quedar algún cotiledón o fragmentos de la placenta, posteriormente

se realiza revisión de la cavidad uterina para evitar dejar restos placentarios y retirar si acaso quedara, que en lo posterior son causantes de hemorragias post parto. (9)

**b). Distocias anatómicas o placenta anormalmente adherida.**

En algunas ocasiones las vellosidades de la placenta se encuentran anormalmente adherida a la pared uterina. Estas pueden ser:

- **Ácreta**, cuando las vellosidades llegan al miometrio se da en el 80%
- **Íncrета**, cuando las vellosidades invaden el miometrio se da en el 15%
- **Pécreta**, cuando las vellosidades llegan ala serosa se da en el 5%.(10)

**c). Etiología.**

Las principales causas son:

Cesárea anterior.

Antecedente de legrado uterino vigoroso.

Endometritis puerperal.

Placenta previa anterior.

**d). Diagnóstico.**

Se puede realizar mediante ecografía obstétrica durante la gestación, o resonancia nuclear magnética, debe haber búsqueda activa en pacientes con factores de riesgo predisponentes para estas patologías.

**e). Tratamiento.**

Después de haber intentado la extracción manual de placenta y encontrar que no se desprende y sangra a pesar de la administración de oxitócicos, toca preparar a la paciente para una histerectomía o ligadura de las arterias hipogástricas. Si el cuadro se presenta durante una intervención de cesárea esta descrita la ablación de la zona

y preparación en cuña o la sutura del defecto, de persistir la hemorragia se debe realizar histerectomía. (10)

#### **1.3.4.4. Inversión uterina.**

Es la protrusión del fondo uterino a través del cuello uterino, exponiendo hacia afuera el endometrio, es una complicación poco frecuente 1/5000 partos, pero potencialmente mortal, se asocia con inserción fúndica, puede ser:

- Incompleta cuando el cuerpo no atraviesa el cérvix.
- Completa cuando el cuerpo atraviesa el cuello uterino.

Prolapsada cuando el cuerpo se extiende a través del introito vaginal

#### **a). Los factores de riesgo:**

Las causas más frecuentes son:

- Tracción brusca del cordón.
- Tracción del cordón antes que aparezca signos de desprendimiento de la placenta.
- Compresión excesiva del fondo uterino.
- Adherencia mórbida parcial o completa de la placenta.

#### **b). Tratamiento.**

Por lo general, hay presencia de hipotensión profunda fuera de proporción con la pérdida de sangre, que es insignificante si la placenta continúa adherida, se piensa que el shock puede ser de origen neurogénico ya que se traccionan los ligamentos infundibulopélvico. Se debe iniciar la reanimación activa administrando una solución coloidal intravenosa.

El diagnóstico es evidente ante la presencia de una masa en la vagina y un fondo uterino ausente en la posición supra púlica que normalmente presenta la parturienta. (4)

Debe intentarse reponer rápidamente a su posición normal, si aún no se ha desprendido la placenta no intentar desprender, se puede ocasionar más sangrado, si esta no es posible se realizara con anestesia general y una buena relajación, de no poder realizar por el anillo de contricción esta se realizara por vía abdominal por tracción mixta a través de la vagina y el abdomen o con un corte del anillo de contricción en la cara posterior del útero, luego suturar la incisión posterior como una cesárea.

Una vez corregido la inversión uterina se interrumpe la administración de anestésicos utilizados para la relajación uterina, y se comienza con administración de oxitócico por infusión, para producir la contracción del útero, si a pesar de esto no contrae se hace uso de prostaglandinas F2x. (10)

#### **1.3.4.5. Trastornos de la coagulación.**

Cuando persiste el sangrado a pesar de realizar el tratamiento habitual, debemos de pensar en otra alteración menos frecuente como los trastornos de la coagulación.

Generalmente estas patologías son hereditarias o congénitas que se conocen antes del parto, de manera que su manejo es planificado. Las coagulopatías inducidas o adquiridas como en el DDP, embolia de líquido amniótico, óbito fetal intrauterino, Preeclampsia severa, eclampsia y sepsis, por la administración de fármaco o por consumo de factores de coagulación son las más frecuentes que se asocia a las hemorragias post parto. En estos casos la sintomatología de coagulación anormal

va desde sangrado hasta anemias severas, poniendo en peligro la vida de la puérpera. La hemorragia post parto en la mayoría de los casos ocurre sin previo aviso-

Las más frecuentes tenemos:

- Coagulación Intravascular Diseminada
- Enfermedad de Von Willebrand.

#### **-Enfermedad de Von Willebrand.**

Alteración que afecta tanto a mujeres y hombres. Es una coagulopatía hereditaria que se caracteriza por aumento de tiempo de sangría, disminución de la actividad del factor VIII, disminución del antígeno relacionado con el factor VIII y disminución del factor de Von Willebrand, este último es un factor del plasma que juega un papel importante para la correcta función de las plaquetas y su agregación. Este coagulopatía es muy variable en su curso clínico, severidad y en los estudios de laboratorio, incluso en la misma paciente por lo que la paciente puede pasar desapercibida hasta el momento del parto. El tratamiento es con crioprecipitado. Si se hace el diagnóstico antes del parto se administra una bolsa de crioprecipitado por cada 10/kilos de peso antes de las 24 horas del parto o cesárea, ya que el factor VIII se demora 24 horas en corregir su defecto plaquetario, si su diagnóstico es tarde se administra por lo menos seis unidades de crioprecipitado cada 12 horas durante los tres a cinco días. (6)

#### **-Coagulación intravascular diseminada.**

Se produce debido a la pérdida del control local de los mecanismos de coagulación del organismo. Existen cuatro elementos esenciales en el control local de la hemostasia:

- Integridad vascular
- Función plaquetaria
- Sistema de coagulación
- Lisis del coagulo.

El tratamiento buscar la causa que la genero el proceso, no obstante, se debe reponer lo que se ha perdido para permitir la reparación del tejido lesionados. El tratamiento incluye reposición de los factores esenciales a una velocidad mayor que la que se consume, estos son, plaquetas y factores de coagulación, fibrinógeno, derivados del plasma fresco congelado o criopresipitado, se debe monitorizar a los 20 minutos de administrados en forma intravenosa, se deberá conseguir recuento de plaquetas mayor de 100,000/ ul y un nivel de fibrinógeno superior a 100mg/dl. No debe usarse la heparina puede empeorar el sangrado. (6)

#### **1.3.4.6. Rotura del útero.**

Complicación severa que ocurre que, con más frecuencia en el parto, con graves consecuencias para la madre y el feto, tiene una incidencia entre 1000 a 5000 partos, que por lo general esta ruptura es a nivel del segmento inferior del útero, la hemorragia por lo general va hacia la cavidad peritoneal, o al ligamento ancho, disecionando el retroperitoneo. Se puede dar en forma espontánea, traumática u operatoria. (10)

##### **a). Etiología y factores de riesgo de rotura de útero.**

Dentro de las principales causas tenemos:

Excesiva administración de oxitocina y/o misoprostol

Cirugía uterina previa.

Malpresentación fetal.

Gran multiparidad

Marcada sobredistención del útero.

Parto traumático.

Hiperdinamia uterina debido a obstáculo (pelvis estrecha, tumores, DCP, etc.).

Roturas traumáticas son excepcionales (accidentes, agresiones, etc.).

Parto traumático y/o instrumentado (maniobra de Kristeller, instrumental).

Hipoplasia y malformaciones del útero.

Antecedentes de legrados uterinos a repetición.

Acretismo placentario. (8)

#### **b). Clasificación de rotura de útero.**

Son:

- **Completa:** cuando la serosa está rota.
- **Incompleta:** cuando la serosa está conservada.

#### **c). Cuadro clínico:**

Cuando se da en el trabajo de parto la paciente manifiesta aumento del dolor abdominal agudo y de gran intensidad, de pronto la paciente ya no presenta contracciones uterinas, alteración de la frecuencia cardiaca fetal, presenta irregularidades en el contorno uterino, al tacto vaginal la altura de presentación desaparece o se eleva, seguido de shock sin evidente sangrado abundante externo, puede presentar hematuria si hay compromiso vesical o uretrales.

La rotura uterina por lo general va precedida por una clínica denominada inminencia de rotura uterina que presenta lo siguiente:

- Dolor a nivel del segmento inferior del útero que manifiesta la paciente durante y después de las contracciones uterinas.
- Elevación del anillo de retracción de Bandl. (Entre pubis y ombligo) haciendo que el útero se vea en forma de ocho.
- Aumento de las contracciones uterinas que hace que llegue a la tetania uterina.
- Palpación de los ligamentos redondos, tensos, duros y dolorosos a los lados del útero llamado dignos de Frommel.
- La paciente está inquieta, con taquicardia y ansiosa. (8)

**d). Diagnóstico.**

Por la clínica, con frecuencia se hace el diagnóstico, sobre todo si la evolución inicial hace presumir el accidente o si el cuadro es neto, cuando el cuadro no es completo resulta más difícil hacer el diagnóstico. En el puerperio la paciente con ruptura presenta dolor en el sitio de ruptura y sangrado vaginal persistente, con útero contraído.

**e). Tratamiento.**

Su tratamiento dependerá de las condiciones de la ruptura como tipo, localización y extensión, y el deseo de mantener la fertilidad de la paciente; se realizará sutura de la ruptura o histerectomía, sea total o subtotal, dependiendo de la habilidad del cirujano y el estado de la paciente, ¿por lo general se recomienda realizar histerectomía total. (10).

Por otro lado, estabilizar a la paciente para mantener el estado general de la madre, administrando líquidos, electrolitos y transfusión sanguínea.

#### **f). Pronóstico.**

Muy grave para la madre y para el feto, para la madre dependiendo de la precocidad con que se hace el diagnóstico y la terapéutica oportuna, siendo grave en las roturas consumadas sobre todo si compromete otros órganos. Para el feto en la mayoría de los casos es grave. (9)

#### **1.3.4.7. Prevención de las hemorragias post parto.**

Debemos estar preparados para afrontar este tipo de emergencia en todos los establecimientos donde se realiza atención de parto, de esa manera tendremos la mitad de la batalla ganada frente a las HPP, estar consciente que la hemorragia post parto es la causa más importante de mortalidad materna es la mejor profilaxis, todos miembros del equipo de trabajo deben estar capacitados desde el personal paramédico hasta el último vigilante. Deben saber reconocer una emergencia, para transferir a la paciente para su tratamiento precoz o llamar al profesional experto, en caso de los establecimientos de salud de primer nivel saber hacer la referencia oportuna en las condiciones adecuadas. Y durante los controles prenatales saber identificar los factores de riesgo que pueden condicionar una hemorragia post parto y hacer la referencia oportuna a un establecimiento de mayor complejidad según la gravedad del caso.

El manejo activo del tercer periodo del parto es una de las medidas que se debe aplicar a toda paciente en el tercer periodo del parto, ya que nuestra población en su mayoría llega al parto con algún tipo de anemia, ya que se ha visto que reduce la pérdida total de sangre y la incidencia de hemorragias post parto, y tras el alumbramiento se debe examinar la placenta y anexos.

Para el manejo activo tenemos dos técnicas:

- **La maniobra de Brandt-Andrews;**

en la cual la mano que se ubica en el abdomen sujeta el fondo uterino para evitar la inversión uterina mientras que la otra mano ejerce una tracción sostenida hacia abajo sobre el cordón umbilical.

- **Maniobra de Créde;**

Con una mano se fija el cordón umbilical mientras el fondo uterino es sujetado y traccionado hacia arriba utilizando la mano abdominal.

#### **1.3.4.8. CONCLUSIONES.**

- La Hemorragia Post Parto sigue ocupando una causa importante de muerte materna a nivel mundial, principalmente en países subdesarrollados como nuestro país.
- Las gestantes con factores de riesgo no son necesariamente las que presentan complicaciones de Hemorragia Post Parto, desafortunadamente, incluso puede producirse en mujeres sin factores de riesgo, en muchas ocasiones son las que más se complican.
- La búsqueda de factores de riesgo, realizando un buen examen clínico y una historia clínica completa, integral de la gestante nos permite hacer un diagnóstico oportuno de sus causas durante el control prenatal para prevenir y estar preparados para afrontar complicaciones en forma más apropiada.
- El uso de la tecnología actual es importante ya que nos facilita hacer un diagnóstico oportuno y apropiado de los factores de riesgo y sus posibles complicaciones en la gestante para prevenir y preparar un plan de acciones para cuando se dé el caso.

- Implementar y cumplir con protocolos adecuados a cada nivel resolutivo de los establecimientos de salud incluso en la comunidad, para poder actuar de inmediato ya que en estos casos un minuto perdido va en contra de la vida de la madre, o de que la paciente tenga secuelas graves.
- Toda paciente debe ser atendida en el momento de su parto tenga o no factor de riesgo, con manejo activo del tercer periodo, dado que reduce el sangrado en el momento del alumbramiento y disminuye la incidencia de hemorragia post parto además que no tiene contraindicaciones

## **CAPITULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS:**

2.1.1 Identificar factores de riesgo en la gestante, con posibilidad de presentar hemorragia post parto

2.1.2 Verificar si el diagnostico se realizó en forma precoz y oportuno, de la hemorragia post parto, para evitar complicaciones y se convierta en una emergencia obstétrica.

2.1.3 Valorar el manejo y tratamiento de las hemorragias post parto y sus complicaciones.

#### **2.2. CASO CLÍNICO**

##### **ANAMNESIS**

**FECHA: 24-10.2018**

**HORA: 17.00 hr.**

##### **2.2.1. FILIACIÓN**

NOMBRE: M. F. G.

EDAD: 31

RAZA: Mestiza

SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: Casada

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Secundaria completa

IDIOMA: Castellano

OCUPACIÓN: Ama de casa

RELIGIÓN: católica

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Ilo – Moquegua 16/12/1986

NATURAL: Moquegua

PROCEDENCIA: Ilo

RECIDENCIA ACTUAL: Nueva Victoria Mz. M lote – 10

DATOS TOMADOS: Interno José

FECHA DE INGRESO: 24-10-2018

HORA DE INGRESO: 15.42

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN DE HISTORIA: 24-10-  
2018 17.00

INFORMANTE: Directo

TRAIDO: Por familiar

### **2.2.2. ENFERMEDAD ACTUAL**

TIEMPO DE ENFERMEDAD: 9 hrs. apróx.

SÍNTOMA PRINCIPAL: Contracciones uterina

#### **Relato de la enfermedad:**

Paciente gestante con antecedentes de cesárea anterior dos veces, presenta contracciones uterinas esporádicas, no signos de sangrado, ni pérdida de líquido tras vaginal. Es referida desde el Hospital de Ilo.

#### **Funciones Vitales:**

PA: 140/80

P: 76x'

T°: 36.9°C

**Funciones Biológicas:**

Apetito: Conservado

Sed: normal

Deposiciones: De características normales.

Micciones: No molestias urinarias

Sueño: conservado.

**2.2.3. ANTECEDENTES PERSONALES.**

***FISIOLÓGICOS:***

Nacimiento: Parto eutócico.

Lactancia Materna: completa

Niñez: vacunas completas.

Desarrollo físico Psiquiátrico intelectual: Normal.

***GENERALES:***

Hábitos nocivos: Niega

Drogas: niega

Alcohol: niega.

Tabaco: niega

Café: niega

**ALIMENTACIÓN:**

Balanceda, a predominio de carbohidratos.

**GINECO-OBSTÉTRICOS.**

- Menarquía: 12 años
- Régimen catamenial: 4/28-30 días
- Inicio de relaciones sexuales: 16 años
- G = 3 PV = 0 PC = 1 Aborto = 1 HV = 2 HM = 0
- Fecha ultimo parto: 21/02/2012
- FUM: Dudoso
- Cesárea 2009 macrosomía 5600
- MAC: Ninguna.

### **PATOLÓGICOS:**

- Eruptivas: Niega.
- Infecciosas: No refiere.
- Accidentes: Niega
- Alergias: Niega alergia a medicamentos
- Transfusiones: Niega
- Operaciones: cesárea 2 veces
- Hospitalizaciones anteriores: debida a partos por cesárea.
- Otras enfermedades: niega HTA, niega DM, niega Asma
- Niega transfusiones sanguíneas.

### **FAMILIARES.**

Padre: vivo aparentemente sano.

Madre: viva aparentemente sano.

Hermanos: varón, 1 vivo sano.

Mujer: 2 vivas sanas.

Esposo: vivo aparentemente sano.

Hijos: 2 mujeres, sanos.

#### CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.

Vivienda: Propia, material noble, cuenta con todos los servicios básicos.

Económicamente: Depende de su esposo.

#### 2.2.4. EXAMÉN CLÍNICO.

Fecha: 24-10-2018 Hora: 18.00 Hrs.

Pulso: 76

P/A: 140/90mmhg

T°: 36.9°C

FR: 20x'

Peso: 96.400gr.

Paciente normocefalo, buena implantación capilar, ojos simétricos, labios simétricos, pabellón auricular de adecuada implantación, cuello cilíndrico simétrico móvil, tórax y pulmones amplexación y movilidad conservado, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, Cardio vascular ruidos cardio respiratorios normofonético, no soplos cardíacos. Abdomen globuloso ocupado por útero grávido altura uterina 34cm. Feto único activo en situación longitudinal derecha, con latidos cardíacos fetales 138 x.' Dinámica uterina ausente al momento de la evaluación. Genitourinario no se evidencia sangrado vaginal activo, puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales no dolorosos, sistema nervioso central, paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

### **2.2.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.**

TERCIGESTA DE 35 SEMANAS 5/7 POR ECOGRAFÍA DEL I  
TRIMESTRE

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

D/PREECLAMPSIA

CESAREÁDA ANTERIOR 2 VECES

PLACENTA PREVIA TOTAL

ACRETISMO PLACENTARIO.

### **PLAN:**

NST

Ecografía Obstétrica y Transvaginal.

Se solicita exámenes prequirúrgicos.

### **2.2.6. EVOLUCIÓN:**

**FECHA: 24/10/18 HORA: 12.26**

Paciente ingresa por emergencia referida del hospital de Ilo, tranquila no refiere molestias, refiere movimientos fetales, al examen en el momento de la evaluación no sangrado trasvaginal, no pérdida de líquido amniótico, altura uterina 31 cm. Feto en longitudinal cefálica derecha, dinámica uterina ausente. Ingresas con diagnóstico de:

Tercigesta de 35 semanas y 5 días por ECO de 2do trimestre

No trabajo de parto.

Hipertensión gestacional

D/ Preeclampsia.

Cesareáda anterior dos veces

Placenta previa total.

**Fecha: 25-10-18 Hora: 7.00 Día (01)**

Paciente de 31 años refiere que pasa la noche tranquila no signos premonitores de eclampsia (no cefalea, escotomas centellantes, no epigastralgia, no acufenos, no nauseas ni vómitos), no se aprecia edemas.

Funciones vitales:

P/A= 150/70

Pulso: 70X'

FR: 20X'

T°: 37°C

Diuresis: 2250

Al examen aparente regular estado general, mucosas orales semihúmedos, conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas, cardio pulmonar, normal, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos normo fonéticos, no soplos, abdomen globuloso ocupado por útero grávido, LCF= 144 X', altura uterina 31 cm. Feto den longitudinal cefálico derecho, dinámica uterina ausente, en genitales no sangrado transvaginal ni perdida de líquido amniótico, miembros inferiores edema +

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

Tercigesta de 35semans 6 días por ECO de II trimestre

No trabajo de parto

Hipertensión gestacional Vs Preeclampsia

Cesareáda anterior dos veces

Placenta previa centro total.

**PLAN:**

NST

Ecografía Obstétrica

Orden de donante y compatibilidad

NPO a partir de las 8 PM.

**Fecha: 26-10-18 Hora: 7.00**

Paciente de 31 años, refiere que pasa la noche tranquila, no signos premonitores de eclampsia (no cefalea, no náuseas no vómitos, no escotomas, no acúfenos, no mareos), afebril, al examen aparente buen estado general, mucosas orales semihúmedas, conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas, llenado capilar menos de dos segundos, tórax murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, cardio vascular con ruidos cardio respiratorios normofonéticos, no soplos, abdomen globuloso ocupado por útero grávido, AU = 31 cm. Feto LCD, LCF= 138X' dinámica uterina esporádica, en genitales no se evidencia sangrado transvaginal ni pérdida de líquido amniótico, miembros inferiores edema +

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.**

Gestación de 36 semanas por ECO de II trimestre

Placenta previa oclusiva total

Cesareada anterior dos veces

D/ acretismo placentaria

Anemia leve

**PLAN:**

Intervención quirúrgica hoy.

**Fecha: 27-10-2018 Hora: 6.30 (D 3H)**

Paciente de 31 años refiere que pasa la noche tranquila con leve dolor en zona de herida operatoria, a febril.

Piel tibia al tacto, mucosa oral húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, cardiopulmonar, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, CV, RCR normo fonéticos, abdomen B/D, RHA (+) doloroso a la palpación superficial en zona de herida operatoria, cubierta con apósitos, sin secreción, genito urinario sangrado transvaginal poca cantidad, SNC, LOTEPE

Evolución favorable.

**Impresión diagnóstica:**

Puérpera inmediata.

**Plan:**

Continuar tratamiento

**Fecha: 28-10-18 Hora: 06.50**

Funciones vitales:

P/A: 130/80mmhg

FC: 90x'

FR: 20'

T°: 36.6°C

Paciente 31 años refiere leve dolor en herida operatoria, diuresis 4100cc, al examen: AREG, mucosas orales húmedas, llenado capilar menor de dos segundos, conjuntivas palpebrales rosadas, cardiopulmonar, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, CV, RCR normo fonéticos, abdomen B/D, RHA (+) doloroso a la palpación superficial en zona de herida operatoria, cubierta con apósitos, sin

secreción, genito urinario sangrado transvaginal poca cantidad, neurológico despierta, LOTEPE, glasgo 15/15

Evolución favorable.

**Impresión diagnóstica.**

Puérpera mediata 36 horas

P02 Cesárea por placenta previa.

**Plan:**

Continuar con tratamiento

**Fecha: 29-10-18 Hora: 06.30**

Funciones vitales.

P/A: 110/60mmhg

FC: 88x'

FR: 20X'

T°: 37°C

Paciente de 31 años de edad refiere leve dolor en herida operatoria, se levanta y deambula, tolera dieta, no náuseas ni vómitos, afebril.

Al examen: piel tibia, ABEG, mucosas orales húmedas, llenado capilar menor de dos segundos, conjuntivas palpebrales rosadas, cardiopulmonar, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, CV, RCR normo fonéticos, abdomen B/D, poco doloroso a la palpación profunda, en zona de herida operatoria, cubierta con apósitos, sin secreción, RHA (+), genito urinario transvaginal ausente, neurológico despierta, LOTEPE, no signos meníngeos.

Evolución favorable.

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.**

Puérpera mediata de parto por cesárea.

P03 cesárea por placenta previa

**PLAN:**

ALTA MÉDICA CON INDICACIONES.

**2.2.7. TERAPEÚTICA E INDICACIONES.**

**FECHA: 24-10-18**

Control de funciones vitales

Control obstétrico

NST (19.30)

Exámenes pre quirúrgicos

Examen completo de orina

Proteinuria 24 horas

Ecografía obstétrica

Reposo absoluto

RQCV

Dieta con 2000 calorías

CLNA9‰ x 1000cc} 30 gotas X'

Nifedipino 10 mg 1 tab. C/a dolor

**Fecha: 25-10-18**

Control de funciones vitales

Control obstétrico

Reposo absoluto

CLNA9‰ x 1000cc} 40 gotas X'

NPO

**Fecha: 26-10-18**

**Post operatorio.**

Control de funciones vitales C/15' ´ por dos horas luego C/ 4 horas

Control de sangrado tras vaginal

Control de sangrado de herida quirúrgica

Control de Hb, Hto, a las 23 horas y a las 6 am.

Balance hídrico electrolítico

Sonda Foley permanente permeable

Control de diuresis estricta

NPO por 8 horas luego probar tolerancia oral si tolera, dieta blanda

CLNA9‰ x 1000} 40 gotas X' I y II fco.

Transfusión de una unidad de sangre

Dextrosa 5% SA X 1000 + CLNA20% 2 amp.} 30 gotas X' III fco.

Tramadol 100 mg. SC/8horas

Metamizol 2 gr. C/8 horas.

Nota: en SOP recibe dos paquetes globulares

**Fecha: 27-10-18**

Control de funciones vitales

Deambulación asistida

Lactancia materna exclusiva

Alojamiento conjunto

Higiene perineal dos veces por día

Dieta blanda + LOV

Metamizol 2gr. C/ dolor IM

**Fecha: 28-10-18**

Control de funciones vitales

Deambulaci3n

Dieta blanda + LOV

Metamizol 2 gr. C/dolor IM

**Fecha: 29-10-18**

ALTA M3DICA

Azitromicina 500 mg. C/24 horas VO por 5 d3as.

Paracetamol 500 mg. C/ 8 horas VO por dos d3as.

### **2.2.8. EX3AMENES AUXILIARES.**

FECHA: 24-10.18

Hemograma.

Leucocitos: 8690/mm<sup>3</sup>

Hb: 10.6gr.%

HTO: 34%

Eocin3filo: 01%

Segmentados: 63%

Linfocitos: 33%

Monocitos: 03%

Creatinina: 0.8mg%

TGO: 24U/L

TGP: 17U/L

Examen completo de orina:

Color: amarillo

Reacción: acida  
Leucocitos: 3-5 X campo  
Bacterias: +  
Eritrocitos: 1-2 X campo  
Cel. Epitelial: 2-3 X campo  
Aspecto: liquido turbio  
Densidad: 1020

Fecha: 25-10-18

Leucocitos: 10,000/mm<sup>3</sup>  
HB: 10.3gr%  
HTO: 31%  
Plaquetas: 234,000/mm<sup>3</sup>  
Segmentados: 71%  
Linfocitos: 29%  
Grupo O RH (+)  
Glucosa: 75mg. %  
Creatinina: 1mg%  
HIV: No reactivo  
RPR: No reactivo  
HBsAG: No reactivo

Proteinuria 24 hs. 0.087gr/24hs. (Volumen de orina 3350)

### **SALA DE OPERACIONES**

FECHA: 26-10-18 HORA: 17.30 hs.

Paciente pasa a Sala de Operaciones con dinámica uterina de 1 en 10' con 20 "de duración y ++ de intensidad, LCF=140-152 x', en genitales sangrado transvaginal muy escaso rojo oscuro.

P/A=130/82mmhg

Pulso = 76x'

FR = 20x'

T°= 36.8°C

Previamente se administra antibiótico profiláctico, cefazolina 2 gramos endovenoso

Hora de inicio de cirugía 18 horas

Hora de termino 21.20 horas.

Tiempo operatorio: 3horas 20 minutos.

Diagnostico preoperatorio:

Gestación de 36 semanas por ECO II T

Placenta previa oclusiva total

Cesárea anterior 2 veces

D/ Acretismo placentario

Diagnostico post operatorio:

Los antes mencionados más acretismo placentario

Procedimiento realizado:

Cesárea segmentaria más histerectomía abdominal total

Sangrado aproximado 2000 cc.

Paciente recibe dos unidades de sangre en sala de operaciones.

Paciente estable pasa a piso para su recuperación respectiva, sangrado transvaginal poca cantidad, apósitos de herida quirúrgica limpios, con funciones vitales:

P/A= 120/70

P= 80x'

FR= 18X'

T°C= 36.5°C

SO2= 96%

### **2.2.9. RELATO CRONOLÓGICO.**

Paciente que tiene sus controles prenatales en Centro de Salud Pampa Inalámbrica

#### **ATENCIÓN PRENATAL**

G: 2 P: 2 A:0 V: 2 M:0 FUM: 14/02/2018 FPP: 21/11/2018

Fecha del último parto por cesárea 21/02/2012

Talla: 1.60

Peso habitual: 76kilos

Grupo 0 RH (+)

Ecografía a las 18 semanas: conclusión de gestación única activa de 18 semanas

Paciente conoce los siguientes signos de alarma: Sangrado transvaginal, pérdida de líquido, cefalea, edemas.

<b>Fecha</b>	<b>Hb</b>	<b>Glucosa</b>	<b>VIH</b>	<b>VDRL</b> <b>RPR</b>	<b>Examen Orina</b>
06/07/2018	12gr%	Normal	Negativo	Negativo	Normal
23/08/2018	11.6gr %	normal	-	-	-

## ATENCIÓN PRENATAL

Atenciones Prenatales	1	2	3	4	5
Fecha	27/06/18	27/07/18	27/08/18	27/09/18	15/10/18
EG(sem)	18.5	23.5	27.2	31.5	34.3
Peso Kg	88.600	88.800	90.20	93.600	93.900
P.A.	125/80	120/70	120/70	110/70	117/69
T°	36.5°C	36.5°C	36.7°C	36.4°C	35.5°C
Situación.	NA	NA	L	L	L
Presentación.	NA	NA	C	C	C
Posición.	NA	NA	D	D	D
Movimientos fetales	NA	+	++	++	++
Proteinuria cualitativa	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
Reflejos osteotendinosos	++	++	++	++	++
Ind. Hierro y ácido fólico	30 tab	30 tab.	30 tab.	30 tab.	15 tab.
Orientación y consejería	PPFF	ITS	NUT.	NUT	NUT

Ecografía	18 sem. 23/6/18	-	-	-	-
Visita domiciliaria	NO	SI	SI	SI	SI
Plan de parto	I	NA	NA	II	NA
AU. (cm)	16	22	25	29	31
LCF	152	153	144	136	141
Edemas	S. E.				
Pulso M.	78 x´	80 x´	76 x´	76 x´	75 x´
Atención	CS. Pampa Inalámbrica				

### **REFERIDA DEL HOSPITAL DE ILO**

FECHA: 20-10-18

Ingresa al hospital de Ilo refiriendo sangrado transvaginal escaso además dinámica uterina esporádica con diagnóstico de:

Gestación de 35 semanas

Placenta previa centro total

Bicesareada anterior

Situación transversa.

Exámenes auxiliares:

BH: 11GR%

HTO: 33%

Leucocitos: 10,600/mm

Abastionados: 0%  
Segmentados: 66%  
Tiempo de coagulación: 5'  
Tiempo de sangría: 15'  
Glucosa: 67mg/dl  
Creatinina: 0.7mg/dl  
Examen de orina:  
Leucocitos: 2-3 xC  
Hematíes: 3-5xC

Tratamiento recibido:

CLNA9%o] xxx gotas x'  
Reposo absoluto  
Control de funciones vitales  
Control obstétrico.

**ACUDE POR EMERGENCIA.**

**Fecha: 24-10-2018 Hora: 12.26**

Paciente viene referida del Hospital de Ilo acompañada del personal de salud, no refiere molestias, refiere movimientos fetales, al examen altura uterina 31 cm, feto LCD, dinámica uterina ausente, LCF=138x', no se evidencia sangrado transvaginal ni pérdida de líquido amniótico.

Funciones vitales.

P/A: 140/80  
Pulso: 76x'  
FR: 20x'

T°: 36.9°C

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**TERCIGESTADE 35 SEMANAS 5 DIAS X ECO II TRIMESTRE**

**NO TRABAJO DE PARTO**

**HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

**D/PREESCLAMPSIA**

**CESÁREA ANTERIOR DOS VECES**

**PLACENTA PREVIA TOTAL**

**PLAN:**

**NST**

**ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y TRANS VAGINAL**

**EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS**

**PERFIL DE PREECLAMPSIA**

**TERAPEÚTICA Y CONTROL.**

CLNA 9%o 1000 cc } 500 chorro luego a 45 gotas x'

Control de dinámica uterina y LCF

**Hora. 14.38**

Es reevaluada, por medico entrante.

Paciente de 31 años de edad multigesta, con gestación de 35.5 semanas con diagnóstico de placenta previa total, Preeclampsia, con NST 8/10 activo reactivo, sin dinámica uterina.

**INDICACIONES:**

Se hospitaliza

Control de funciones vitales c/4 horas

Control obstétrico

NST

Exámenes prequirúrgicos

Proteinuria de 24 horas

Examen completo de orina

Ecografía obstétrica

Reposo absoluto

Riesgo quirúrgico cardiovascular

Dieta con 2000 kilocalorías

CLNA9%o} pasar 500 a chorro luego a 30 gotas x'

Nifedipino 10 mg c/ a dolor.

### **2.3 DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO.**

Caso presentado, con revisión de Historia Clínica completa, según secuencia cronológica desde que es referida del Hospital de Ilo al Hospital Regional Moquegua.

Según las demoras de la ruta hacia la muerte materna que en este caso se evitó:

- 2.3.1 paciente reconoce los signos de alarma que en este caso eran sus antecedentes obstétricos, ya que paciente es cesareáda anterior dos veces, y paciente acude a sus controles prenatales antes de las semana 20.
- 2.3.2 Paciente continua con sus controles prenatales en su establecimiento de salud y de esta es referida en forma a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

- 2.3.3 Llega en forma oportuna a un establecimiento de salud como es el Hospital Regional de Moquegua que es el de mayor complejidad en la región Moquegua, donde se cuenta con banco de sangre.
- 2.3.4 Recibe manejo adecuado aunque tratamiento final fue radical, pero se evitó una Muerte Materna.

#### **2.4 CONCLUSIONES:**

- 2.4.1 Se identificó factores de riesgo de esta paciente como: cesareáda anterior dos veces, que condiciono a la placenta previas oclusiva total, factores de muy alto riesgo para acretismo placentario, que al final termino en hemorragia ´post parto que no se pudo controlar y termino con histerectomía abdominal total, evitándose con este procedimiento complicaciones más severas, que pueden terminar con la vida de la paciente.
- 2.4.2 El diagnóstico fue oportuno, mediante estudio ecográfico, Esta patologías suelen presentarse en forma silenciosa durante la gestación ya que la paciente no presento dolor ni contracciones, pero con el antecedente de cesárea anterior dos veces ya era un factor de potencial riesgo que puede presentar algún tipo de mala implantación placentaria así como placenta previa, o algún tipo de acretismo placentario, que en este caso la paciente presento las dos complicaciones, ocasionando hemorragia post parto con complicaciones que llevo a la paciente a un tratamiento radical como es la histerectomía.

2.4.3 El manejo fue apropiado, fue programada en forma oportuna, con las condiciones más favorables para el manejo de sus complicaciones. Sin embargo, fue radical en este caso, pero con consentimiento de la paciente ya que la gestante tenía paridad satisfecha, en otra situación cuando la paciente aun desea tener más hijos se debe intentar tratamiento conservador, siempre y cuando el acretismo placentario no comprometa órganos vecinos como vejiga y recto, así como la aplicación de Balón de Bakry, técnica de LYNCH, oclusión de arterias hipogástricas, y la embolización de la arteria uterina.

## **2.5 RECOMENDACIONES:**

2.5.1 El personal del Hospital Moquegua en los controles prenatales que realiza debe hacer búsqueda de factores de riesgo, con una buena anamnesis, un examen clínico minucioso y mediante el estudio ecográfico que determina el diagnóstico, recomendar realizar ecografías buscando factores condicionantes de hemorragia post parto sobre todo en pacientes con antecedentes de cirugías previas.

2.5.2 El personal de salud del Hospital de Ilo debe mejorar diagnósticos en forma precoz para prevenir complicaciones, mejorar la hemoglobina de la gestante, para prevenir complicaciones más severas. Este tipo de pacientes deben ser referidas con acompañantes potenciales donantes.

2.5.3 Sensibilizar al personal médico del Hospital Moquegua para intentar tratamiento conservador, siempre y cuando la salud de la paciente no se vea comprometida, y desee tener más hijos.

El tratamiento fue radical en este caso, pero con consentimiento de la paciente ya que la gestante tenía paridad satisfecha, en otra situación cuando la paciente aun desea tener más hijos se debe intentar tratamiento conservador, siempre y cuando el acretismo placentario no comprometa órganos vecinos como vejiga y recto, así como la aplicación de Balón de Bakry, técnica de LYNCH, oclusión de arterias hipogástricas, y la embolización de la arteria uterina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [www.MINSA.gob.pe](http://www.MINSA.gob.pe). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
2. MINSA. Dirección Regional de salud de las Personas. Guía de Práctica Clínica Para la atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. 1ra Edición. Lima Perú. 2007.
3. Source: Magann EF, et al (Feb 2005) The length of the third stage of labor and the risk of PPH. *Obstetrics and Gynecology*, Vol 105, No 2, pp 290-293.
4. Narendra M. Randhir P. Jaideep M. Manejo de problemas en Obstetricia. Edición Original en Idioma Ingles. Edición en idioma Castellano Amolca. Actualidades Medicas C.A. Ciudad de Panamá. Panamá. 20016.
5. Johss Hopkins. Brandon J. Bankowski. Amy. E. Hearne Nicholas C. Lambrou. Harol E. Fox. Edward E. Wallch. *Ginecologia y Obstetricia*. 2da Edicion. Marban Libros S.L. Madrid España. 2005.
6. Steven G. Gabbe M.D. Jennifer R. Niebyl. M.D. Joe Leigh Simpson M.D. *Obstetricia*. 4ta edición. Editorial Marban S.L. Madrid España. 2004.
7. Bajo Arenas JM. Melchor Marcos JC. Merce LT. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Graficas Marte. SL. Madrid. 2007.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología*. 1ra Edición. Editorial Editor. Lima Perú. 2010.

9. Ricardo L. Schwartz. Carlos A. Duverges. A. Gonzalo Díaz. Ricardo H. Fessina. Editorial Ateneo 5ta Edición. Buenos Aires Argentina. 2000.
10. Dr. Abraham Ludmir G. Editores. Dr. Rene C.B. Dr. Carlos C.S. Ginecología y Obstetricia. Prevención Diagnostico Tratamiento. Primera Edición Concytec. San Borja Lima. 1996.
11. Williams. Gary f. Cunningham M.D. Paul C. Mac Donald M.D. Norman F. Gant M.D. Kenneth J. Levano M. D. Larry C. Gilstrap III M.D. Obstetrician, 5ta Edición. Masson S.A. Barcelona España. 2001.
12. A Pérez Sánchez. Enrique D.S Obstetricia. Publicaciones técnicas Mediterráneo. Santiago - Chile 3ra edición 2000.
13. R. Cifuentes B. Pablo Enrique H. M.D. Obstetricia de Alto Riesgo. 4º edición 2000. Editorial Distribuna. Bogotá Colombia. 2011.
14. Guy I. Benrubi. Urgencias Obstétricas Ginecológicas. Segunda Edición. Editorial Marban libros S.L. Madrid España. 2003-05-06
15. R. Cifuentes. Ginecología y Obstetricia Basada en evidencias. Editorial Lincoln. Bogotá Colombia. 2002.
16. Gram Hill. Obstetricia clínica. Editorial Llaca M.C. México 2002.
17. Larry C. Gilstrap III, MD. Urgencias en sala de partos y Obstetricia quirúrgica, 3ra Edicion. Editorial Panamericana. 2003.
18. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. (ICGON) Director: Prof. Juan Balasch MMXIII. Actualización en Obstetricia y ginecología. Edicion Ergon. Editorial Oceano. Barcelona España. 2015.
19. Alcides C. C. Edgar C. C. Perlas de Obstetricia y Ginecologia. The students textbook. . Ediciones del sur S.R.L. Lima Peru. 2001.

20. Devine P. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol* 2009; 33:76-81.
21. Homer C, Clements V, McDonnell N, Peek M, Sullivan E. Maternal Mortality: What can we learn from stories of postpartum haemorrhage? *Women and Birth* 2009; 22, 97—104.
22. Bonanno C, Gaddipati S. Mechanisms of Hemostasis at Cesarean Delivery. *Clin Perinatol* 2008; 35: 531–547.
23. Oladapo W. What exactly is active management of third stage of labor? *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2010; 89: 4-6.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52, May 2009.
25. Mercier F, Van de Velde M. Major Obstetric Hemorrhage *Anesthesiology Clin* 2008; 26: 53–66.
26. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art.No.: CD006431. DOI: 10.1002/14651858.CD006431.pub2.
27. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.pub2.
28. Alexander J, Thomas PW, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD002867. DOI: 10.1002/14651858.CD002867.

29. Hofmeyr J. Misoprostol for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008 Dec;22(6):1025-41.
30. Kirby J, Kachura J, Rajan D, Sniderman K, Simons M, Windrim R, Kingdom J. Arterial Embolization for Primary Postpartum Hemorrhage. *J Vasc Interv Radiol* 2009; 20:1036–1045.
31. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P; United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111:97–105. LEVEL OF EVIDENCE: II.
32. Wisea A, Clark V. Strategies to manage major obstetric haemorrhage. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2008; 21:281–287.
33. Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based Medical interventions for prevention and treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2010 Mar;53(1):165-81.