



Escuela de **Postgrado**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
MODALIDAD EVALUACION POR COMPETENCIAS**

**TRABAJO ACADÈMICO**

**“ESTUDIO DE CASO CLÍNICO SOBRE HEMORRAGIA  
PUERPERAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**AUTOR : Marín García Jaime**

**LORETO – PERÚ**

**2016**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Miembros del Jurado:



---

**JAVIER VASQUEZ VASQUEZ**

**PRESIDENTE**



---

**BEDER CAMACHO FLORES**

**MIEMBRO**



---

**ZAID RIOS PAREDES**

**MIEMBRO**

### 3. ÍNDICE

1. CARATULA .....	1
2. INDICE .....	3
3. RESUMEN.....	4
4. INTRODUCCIÒN .....	5
CAPITULO I .....	6
5. MARCO TEORICO.....	7
5.1 Hemorragia post parto .....	7
Generalidades.....	7
5.2 Magnitud del problema .....	8
5.2.1 Antecedentes internacionales .....	8
5.2.2 Antecedentes nacionales, locales .....	8
5.3 Clasificación clínica .....	10
5.4 Fisiopatología.....	11
5.5 Causas y factores de riesgo.....	15
5.6 Cuadro clínico .....	18
5.7 Diagnostico.....	18
5.8 Tratamiento .....	19
5.9 Pronostico .....	25
5.10    Prevención .....	25
5.11    Diagnóstico diferencial .....	29
5.12    Glosario de términos .....	29
CAPITULO II	
6. Caso clínico .....	31
CAPITULO III	
7. DISCUSIÒN.....	33
CAPITULO IV	
8. CONCLUSIÒN.....	35
CAPITULO V	
9. BIBLIOGRAFIA.....	37

## 4. RESUMEN

Producido el alumbramiento espontáneo, a los 10 minutos del parto eutócico, mientras se encontraba la paciente en la sala de observación del referido Centro de Salud Bellavista Nanay, la paciente presenta sangrado vaginal profuso, por lo que se aplica: masaje uterino y administración de oxitocina endovenoso. En vista que la paciente continua con sangrado severo deciden transferir de urgencia al Hospital Regional de Loreto, siendo la 1 de la mañana del día 13 de Julio del 2014.

Al examen clínico al ingreso al Hospital Regional de Loreto se encuentra: presión arterial 80/40 mmHg; pulso 122 por min.; Glasgow 15/15; palidez acentuada de la piel y mucosas; abdomen blando y depresible; útero no contraído; al tacto vaginal abundante coágulos y sangre en cavidad vaginal con chorro continuo. Se aplica medidas para estabilizar hemodinámicamente a la paciente; se solicita exámenes de laboratorio; se inicia transfusión de una unidad de paquete globular; se traslada a la paciente a sala de operaciones, donde se realiza lo siguiente: examen clínico obstétrico bajo anestesia, encontrándose cuello y vagina sin desgarro, cuello entreabierto, por lo que se sospecha retención de restos placentarios. Se procede a legrado uterino, controlándose el sangrado.

El diagnóstico al ingreso de la paciente fue:

- Puérpera inmediata de 2 horas
- Anemia aguda severa
- Hemorragia puerperal precoz
- Descartar atonía uterina y desgarro vaginocervical o uterino alto
- Shock hipovolémico.

## 5. INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto fue definida por la organización mundial de la salud (OMS) como pérdida estimada de sangre materna de 500ml o más en las primeras 24 horas después del nacimiento, con la consecuente morbi mortalidad materna. Hay que tener en cuenta que entre el 3 al 5 % de las gestantes que dan a luz por vía vaginal tienen una pérdida de sangre de más de 1000ml. Esta información clínica es inapropiada por lo que se considera la definición más aceptada de la hemorragia postparto como aquella que produce signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o que puede causarlo si no se controla. La hemorragia postparto constituye la principal causa de morbi-morbilidad materna en todo el mundo, principalmente en países en vía de desarrollo. Es la causa de mortalidad del 25 -65% en distintos países, y se estima que ocurren 140.000 muertes por año por esta causa en todo el mundo (una cada 4 minutos)<sup>1</sup>. La prevalencia aproximada es de 13% (McDonald S, Abbott JM 2004). Según datos de ENDES del 2002 la tasa de mortalidad materna para el periodo 1992-2002 es de 177 muertes por cien mil nacidos vivos donde el 14.5% corresponden a las hemorragias postparto. Uno de los principales problemas que se presenta en esta complicación es poder realizar una estimación cuantitativa adecuada del volumen de sangre perdida.

La revisión de trabajos de investigación que abordan este tema refieren que el manejo activo de esta etapa, incluyendo la administración de fármacos, el pinzamiento oportuno del cordón y tracción controlada, uso de clave roja y referencia oportuna, es más eficaz que el manejo expectante, para prevenir la hemorragia en el trabajo de parto.

---

<sup>1</sup> AbouZahr C 2003

## CAPÍTULO I

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Hemorragia post parto.

Se conoce también como hemorragia post-alumbramiento en vista de que casi siempre ocurre después del tercer periodo del parto. Cuando la cantidad de sangre perdida después de la expulsión de la placenta es superior a 500 ml, se considera como una hemorragia postparto. Se han propuesto diferentes métodos para cuantificar la sangre eliminada. Una medida práctica, indirecta es el control del hematocrito y la hemoglobina. Cuando ocurre durante las primeras 24 horas del puerperio, se considera hemorragia inmediata; es la más frecuente e importante y es más común durante las 2 primeras horas del postparto. Si se presenta después del segundo día, pero antes de los 42, se clasifica como tardío<sup>2</sup>.

Estas 2 definiciones han devenido en poco prácticas, porque habitualmente no se mide con exactitud el volumen real de pérdida sanguínea. Así mismo, la mayoría de mujeres es atendida en su parto sin que se conozca el nivel de hemoglobina o hematocrito previo y, por lo tanto, no se puede determinar con exactitud el porcentaje de disminución. Por este motivo en la actualidad la definición más aceptada de HPP consiste en la condición cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicas que hacen necesario trasfundir sangre<sup>3</sup>.

### 6.2 Generalidades.

Considerase sangrado normal del parto vaginal hasta 500 ml y sangrado normal del parto por Cesárea hasta 800 ml, tanto en el parto vaginal y por Cesárea es imposible que la madre no sangre la misma fisiología hace que sangre, pero sin llegar a tener cambios hemodinámicas, que puedan comprometer la vida de la madre<sup>1</sup>.

---

<sup>2</sup> Botero U. Jaime y col; Obstetricia y Ginecología

<sup>3</sup> Santiago Cabrera, Hemorragia Postparto

### **6.3 Magnitud del problema:**

#### **6.3.1 Antecedentes internacionales.**

**JESUS JAIRO BONIFAZ GUERRERO, Riobamba Ecuador (2010).** Objetivo: Determinar la frecuencia de Hemorragias Post-Parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010

Resultados: La frecuencia de Hemorragia Post Parto en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período Enero – Junio 2010 es del 9% ya que se han reportado 129 pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, de un total de 1395 pacientes embarazadas las mismas que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del H.P.G.D.R.

Presencia de factores de riesgo que desencadenaron la Hemorragia Post Parto en nuestra muestra prevalece en un 27% tenemos la anemia también se tomo en cuenta la desnutrición, pacientes primigestas, gran múltiparas, cesárea anterior, la eclampsia y por ultimo sin porcentajes tenemos a las varices, Miomatosis uterina y embarazo múltiple.

La causa uterina de hemorragia post parto con mayor porcentaje es el Alumbramiento Incompleto con el 70%.

La causa con el mayor porcentaje de hemorragia post-parto del tracto genital inferior es el Desgarro Vaginal con un 42%.

#### **6.3.2 Antecedentes nacionales.**

**Javier Vásquez Vásquez “Manual de Ginecología y Obstetricia”** en el Hospital Regional de Loreto en el 2010 la frecuencia fue de 0,6 %.

**Gastelù Arévalo Galo: “factores de riesgo para hemorragia obstétrica en gestantes del servicio de obstetricia del hospital regional de Loreto – Iquitos, abril 2012 – marzo 2013”.**

Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica en gestantes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional de Loreto desde Abril 2012 hasta Marzo 2013.



La tasa de prevalencia de hemorragia obstétrica en el HRL es de 2.8%. El 1% del total de partos vaginales fueron casos de hemorragia obstétrica, en las cesáreas fue el 6%.

<b>FR</b>	<b>OR</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Anemia Severa</b>	26.892	7.925 - 90.781
<b>DPP</b>	23.222	5.287 - 101.991
<b>Anemia Moderada</b>	8.944	5.167 - 15.483
<b>Parto por Cesárea</b>	8.68	4.943 - 15.244
<b>Placenta Previa</b>	6.495	1.718 - 24.557
<b>Óbito Fetal</b>	5.252	2.084 - 13.236
<b>Pre Eclampsia Severa</b>	5.051	2.275 - 11.212
<b>Pre Eclampsia Leve</b>	3.907	1.580 - 9.659
<b>Cesárea Anterior</b>	3.162	1.663 - 6.013
<b>Gest <math>\geq 28</math> ss - &lt; 37ss</b>	2.586	1.473 - 4.539

#### 6.4 Clasificación Clínica<sup>4</sup>.

La hemorragia posparto puede ser dividida en 2 tipos: la hemorragia posparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto, y la hemorragia posparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto. La mayoría de los casos de hemorragia posparto, superior al 99%, son tempranas. La mayoría de las mujeres con aparición súbita de hemorragia todavía están bajo el cuidado de su proveedor de salud después del parto.

##### HEMORRAGIA TEMPRANA:

- Atonía Uterina
- Retención de placenta
- Retención de restos placentarios
- Implantación anormal útero - placenta
- Laceración o hematomas del tracto genital
- Inversión uterina
- Coagulación intravascular diseminada

##### HEMORRAGIA TARDIA:

- Retención de restos placentarios
- Endometritis
- Subinvolución uterina
- Subinvolución del sitio de implantación de la placenta
- Retorno anormal de la menstruación
- Pólipos placentarios.

---

<sup>4</sup> **Mc CORMICK, M.L.** Preventing postpartum hemorrhage in low resource setting  
Inter J. Ginecol-Obstetric. 2008.

## 6.5 Fisiopatología<sup>5,6</sup>

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.

El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.<sup>7</sup>

### **Alumbramiento:**

Se le conoce así al momento del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares.

El mecanismo fisiológico del alumbramiento consta de 4 tiempos: Desprendimiento de la placenta, desprendimiento de las membranas ovulares, descenso y expulsión de la placenta.

---

<sup>5</sup> CLAP. GUÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA

<sup>6</sup> MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS MINISTERIO DE SALUD DEL PERU

<sup>7</sup> PEREZ SANCHEZ

### **Desprendimiento de la placenta:<sup>7</sup>**

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo (unos minutos) adherida a él; pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta.

El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

**Baudelocque Shultze:** el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retroplacentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo el más frecuente; y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino.<sup>7</sup>

**Baudelocque Duncan:** el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde o sea por la cara materna de la placenta. Representa el 20% de los casos y depende de la inserción placentaria en el segmento inferior la cual es menos frecuente.

Signos de desprendimiento (signos corporales).

La paciente experimenta después del nacimiento del niño un estado de bienestar, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la adaptación del útero de la placenta, y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo o a 2 a 3 centímetros por debajo de él.

La consistencia uterina varía según el momento de la palpación; ya que es dura durante las contracciones y elástica en las pausas. A medida que la placenta se desprende el útero se torna más globuloso y asciende a nivel del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho: Signo de Schroeder.

Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento. En el mecanismo de Baudelocque Duncan se

---

<sup>7</sup> PEREZ SANCHEZ

exterioriza una cantidad variable de sangre lo que constituye el llamado **signo de la pérdida hemática**; mientras que el alumbramiento tipo Baudelocque Shultze, una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se eliminan junto con ella.

#### **Desprendimiento de las membranas ovulares<sup>7</sup>:**

Las membranas se desprenden por el mismo proceso que el de la placenta. Las contracciones del útero lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente el mismo peso de la placenta en su descenso terminará por desprender por simple tironeamiento.

#### **Descenso de la placenta<sup>8</sup>:**

Desprendida la placenta ésta desciende del cuerpo al segmento, y de aquí a la vagina lo que ocurre por actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la misma.

#### **Signos de descenso (signos segmentarios):**

Al llegar la placenta al segmento inferior, lo distiende, y motiva con ello el ascenso y lateralización máxima del fondo uterino.

**Signo de Ahlfeld:** se coloca a nivel vulvar una pinza de Kocher sobre el cordón umbilical y a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar inicial.

**Signo de Kustner:** al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar hacia arriba con la otra, colocada en la región hipogástrica, si el cordón umbilical permanece inmóvil indicará que la placenta está desprendida constituyendo el signo de kustner positivo; mientras que si el cordón umbilical asciende la placenta no ha descendido aún, siendo este signo negativo.

**Signo de Strassman:** si la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de ondas al mover el fondo uterino se considera que la placenta

---

<sup>7</sup> PEREZ SANCHEZ

<sup>8</sup> GIRDON, H. y otros. La Medicina Basada en la Evidencia

no ha descendido siendo el signo negativo. La no propagación de ondas indicará el descenso placentario lo cual indica un signo positivo.

**Signo de Fabre o signo del pescador:** se cumple el mismo principio del signo de strassman con la excepción de que el movimiento lo realiza la mano que sostiene el cordón umbilical y la mano colocada en el fondo uterino recibe o no las propagaciones de onda.

**Signos de expulsión (signos vaginales):**

Al llegar la placenta a la vagina el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5 a 6 centímetros por debajo del ombligo, constituyendo el signo de mayor descenso del fondo uterino.

La retracción uterina determina que las fibras musculares obliteren los vasos, siendo éste el **signo del globo de seguridad de Pinard**, que confiere al útero una consistencia leñosa.

**Expulsión de la placenta:**

Pueden presentarse dos situaciones:

- a. La absolutamente normal: Se repiten algunos pujos y éstos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario permiten la expulsión placentaria hasta el exterior (espontánea).
- b. La placenta desprendida y descendida continúa alojada en la vagina, por lo que es necesario extraerla con ayuda manual (alumbramiento manual).

## 6.6 Causas y factores de riesgo

Las principales causas de hemorragia posparto se definen nemotécnicamente por cuatro «T»: Tono—por razón de la atonía uterina—, Traumatismo físico, Tejido placentario retenido y Trombosis o coagulopatías:

- Atonía uterina: es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina. El útero luego de haber expulsado la placenta no se retrae ni se contrae, alterándose de esta forma la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto. Clínicamente se observa que el útero después de haberse desocupado por completo sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el Globo de seguridad de Pinard.
- Al estimularlo manualmente se contrae y disminuye su tamaño y aumenta su consistencia pero rápidamente vuelve a su estado normal. El tratamiento comprende el masaje del útero a través de la pared del abdomen, que deberá prolongarse mientras el órgano no se mantenga permanentemente retraído; y la administración de oxitócicos.
- Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante. Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero).

El cuadro se instala con útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y expulsión completa de la placenta.

El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico; y se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo del mismo<sup>9</sup>.

- Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.
- Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.

Muchos estudios han evaluado los **factores que afectan la incidencia de HPP**, entre ellos pre-eclampsia, embarazo múltiple, episiotomía, trabajo de parto prolongado; entre otros, se asocian a HPP. Aunque la presencia de uno o más de estos factores puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente una hemorragia, las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos o identificados<sup>9</sup>.

Prenatales:

1. Primigesta.
2. Gran multípara (mayor de 5).
3. Embarazo múltiple.
4. Anemia.
5. Várices.
6. Grandes trayectos a pie.
7. Fibromatosis uterina.
8. Púrpura trombocitopenica.
9. Enfermedad de Von Willebrand.

Perinatales:

1. Embarazo múltiple.
2. Placenta previa.
3. Placenta previa más cesárea previa.
4. Polihidramnios.
5. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

---

<sup>9</sup> DAMOS, J. EISINGER



6. Óbito fetal.

7. Eclampsia.

8. Hepatitis.

Durante el trabajo de parto

1. Parto prolongado.

2. Cesárea.

3. Inducción con oxitocina.

4. Parto precipitado.

5. Aplicación de fórceps.

6. Agotamiento y deshidratación materna por trabajo de parto prolongado.

7. Corioamnioitis.

8. Coagulación intravascular diseminada (CID).

Durante el periodo cercano al parto:

1. Parto domiciliar

2. Placenta previa

3. Placenta previa con cesárea previa.

4. DPPNI

5. Útero sobredistendido

6. Polihidramnios

7. Embarazo gemelar

8. Macrosomia fetal

9. Preeclampsia y eclampsia

10. Hepatitis

Toda mujer tiene riesgo de presentar HPP, independientemente de factores de riesgo para HPP<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> **HEMORRAGIA POSTPARTO**

### 6.7 Cuadro clínico.

El signo más característico de la HPP, es la hemorragia vaginal: Sangrado vaginal que varía de moderado (500 ml) a grave (1000 ml); acompañado o no de alteraciones hemodinámicas<sup>9</sup>.

Los signos clínicos más comunes son:

1. Hemorragia mayor a 500 ml.
2. Sangre roja rutilante y brillante.
3. Palidez generalizada.
4. Hipotensión arterial.
5. Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min.).
6. Sudoración.
7. Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.
8. Shock.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina). Por tanto hay algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta<sup>10</sup>:

- Incremento de la frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto.
- Frecuencia respiratoria superior a 15 por minuto.
- Reducción del volumen urinario.

### 6.8 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en tres puntos fundamentales:

#### - Anamnesis.

Se basa en la presencia de factores de riesgo que nos haga sospechar el cuadro.

---

<sup>9</sup> DAMOS, J. EISINGER

<sup>10</sup> MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO

### - Clínico.

Es fundamental y sencillo en la hemorragia post parto, cuanto más precoz se determine el diagnóstico y un manejo adecuado, es lo que determinará o no que se sume el indicador negativo de muerte materna. La clínica ya fue visto en el anterior ítem.

### - Laboratorial.

La clínica es el más precoz y la más útil para el diagnóstico de hemorragia post parto. Sin embargo el hematocrito puede ayudar en algo, debido a que si se administras soluciones osmóticas la sangre se hemodiluye disminuyendo el hematocrito y o si no administras la sangre se hemoconcentra aumentando el hematocrito.

## 6.9 Tratamiento<sup>11</sup>

La hemorragia posparto debe considerarse una emergencia grave. El éxito terapéutico depende de:

1. Su diagnóstico rápido.
2. Identificar la causa.
3. Aplicar las medidas terapéuticas generales.
4. Solucionar las causas que producen la HPP.

En la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente si han recibido oxitocina). Por tanto, hay que tomar en cuenta algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta:

- Incremento de la frecuencia cardíaca mayor de 100 por min.
- Frecuencia respiratoria superior a 15 por min.
- Reducción del volumen urinario.

---

<sup>11</sup> **DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO**

**El tratamiento de HPP y la urgencia de la actuación dependen del estado general de la paciente:**

- Si la paciente se encuentra en estado de shock, se realizará manejo hemodinámico.
- Si se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico.

**Manejo hemodinámico (paciente con shock):**

Tras el diagnóstico de la HPP se recomienda iniciar el manejo de la paciente con el objetivo de lograr una restauración hemodinámica.

1. Canalizar dos venas con bránula número 18.
2. Lactato de ringer (Hartmann), de acuerdo al compromiso hemodinámico de la paciente; administrar la infusión a 40 gotas por minuto o rápidamente, hasta lograr la restauración hemodinámica.
3. Si la paciente no mejora, administrar coloides (plasma fresco, etc).
4. Considerar la posibilidad de administrar un paquete globular, y
5. Si es necesario, administrar dopamina, una vez que la paciente esté hidratada.

**En caso de HPP se utilizará:**

Bolo iv lento de 5UI de oxitocina, seguido de una infusión de 1000 ml de solución de electrolitos con 10 UI de oxitocina e infundirla a una velocidad adecuada para el control de la atonía uterina, en caso necesario la dosis puede llegar a ser de 40 UI.

La Solución para infusión continua 20 UI de oxitocina se prepara disolviendo 2 ampollas de 10UI en 1000 ml de disolvente no hidratante asegurando la homogeneidad de la muestra, el cual se administra a 60 gotas por minuto , si no cedió administrar 10 UI de oxitocina diluida en 10 cc de agua destilada, se continua masaje con manejo hemodinámica, si continua el cuadro de hipotonía se administra segundo bolo de oxitocina diluido en 10 cc de agua destilada , se continua masaje uterino y manejo hemodinámica, de persistir para ganar tiempo realiza masaje y compresión bimanual del útero, compresión de aorta abdominal y manejo de choque, se lleva a sala en cuanto sea posible para realización de laparotomía exploradora donde según sea el caso se realizará ligadura de arteria uterina y ovárica, histerectomía total abdominal o ligadura de arteria iliaca interna.

La administración en bolo intravenoso de más de 6 UI se ha asociado a hipertensión que, a menudo, se acompaña de vasodilatación cutánea y taquicardia refleja.

**Signos de alarma:**

- Hemorragia anormal: Tratarla como hemorragia posparto.
- No contracción del útero (atonía) detectada mediante palpación abdominal.
- Hipotensión materna.
- Manifestaciones de intoxicación acuosa (convulsiones, hiponatremia somnolencia).

Se trata de un efecto indeseado de la oxitocina.

En el caso que la paciente se encuentre estable hemodinámicamente se procederá a:

**Identificar la causa**

La causa más frecuente de HPP es la hipotonía o atonía del útero. Para conocer la causa, primero debemos palpar el útero; si este se encuentra contraído, se procederá a la revisión del canal del parto.

**a) Atonía refractaria:** puede ocurrir a pesar de haber administrado previamente oxitocina por vía iv o im. Se debe realizar ajustes de dosis – respuesta de la infusión de oxitocina, sin exceder las 20 miliunidades/min.

**b) sangrado uterino:** verificar la expulsión de la placenta completa.

En caso de que el alumbramiento haya sido completo, la causa más frecuente es la falta de contracción uterina (atonía). En este caso se recomienda iniciar masaje del fondo del útero a través de la pared abdominal; si no responde iniciar perfusión de oxitocina, si ya está siendo perfundida con oxitocina, llevar a cabo un ajuste de dosis–respuesta de la infusión sin exceder las 20 miliunidades/min.

**Si el alumbramiento es incompleto (restos posparto):**

1. Se debe realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.
2. Realizar un legrado instrumental con precaución y, de ser posible se llevará a cabo bajo sedación o anestesia general.
3. Iniciar perfusión de oxitocina.

**c). Sangrado del tracto genital inferior:** ya sea por episiotomía, desgarro del cuello uterino o de la vagina. En este caso se deben reparar las lesiones correspondientes.

**d). Lesión uterina:** puede causar hemorragia masiva, a pesar de una buena contracción uterina. Si existen laceraciones del cuello que se extiendan hasta el ligamento ancho o de ruptura uterina (que generalmente se presenta con colapso), se requiere laparotomía urgente. Puede ser necesaria la ligadura de las arterias ilíacas o histerectomía para salvar la vida de la paciente.

**e). Alteraciones de la coagulación:** sangrado profuso, sangrado en los lugares de venopunción o tiempo de coagulación prolongado, son sugestivos de coagulación intravascular diseminada (CID); la CID se asocia comúnmente a algunas complicaciones obstétricas como la eclampsia o embolismo de líquido amniótico.

#### **Fármacos administrados en el tratamiento de la HPP.**

En el tratamiento de la HPP, se utilizan fármacos como: oxitocina, ergonovina y, oxitocina más ergonovina (sintometrina) y prostaglandinas. Tradicionalmente, los preparados de oxitocina y ergonovina han sido usados como agentes uterotónicos para profilaxis de HPP. Estos agentes, aunque efectivos en la disminución de la pérdida sanguínea, tienen la desventaja de inestabilidad en climas tropicales y también requiere jeringas y personal adiestrado para su administración.

#### **Uso de oxitocina<sup>12</sup>:**

La oxitócica es una hormona peptídica que favorece la contracción uterina. Es un derivado del cornezuelo de centeno. La oxitocina sufre destrucción enzimática en el tracto gastrointestinal, pero ésta es rápidamente absorbida a través de las membranas mucosas, luego de ser administrada oral o intranasalmente. Es metabolizada por el hígado y riñones, con una vida media plasmática de sólo unos pocos minutos (de 2 a 10 min.). Solamente pequeñas cantidades son excretadas en la orina. La oxitocina es una hormona peptídica compuesta por 9 aminoácidos secretada por el hipotálamo y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Posee un efecto estimulante sobre el miometrio.

---

<sup>12</sup> HEMORRAGIA POSTPARTO

La sensibilidad del útero a esta hormona peptídica depende de la densidad de receptores oxitócicos en el órgano blanco.

En el curso del embarazo el número de receptores en el miometrio, decidua y especialmente en el cuerpo del útero incrementan; entre más avanzado el embarazo se necesitan menos dosis para la estimulación uterina.

Se puede utilizar por vía intramuscular (im) o intravenosa (iv), en bolo o en perfusión continua, para inducir labor o aumentar las contracciones en mujeres con inercia uterina secundaria. Por vía IM el tiempo preciso para que aparezca la acción es de 3 a 5 minutos; el efecto dura de 2 a 3 horas. Con uso iv, la acción aparece de inmediato y su duración es de 1 hora en el caso de administrarse en bolo. También puede administrarse en forma de perfusión.

**El uso de oxitocina se asocia a algunos efectos indeseables como:**

1. Retención acuosa que puede conducir a hiponatremia, edema pulmonar, convulsiones y coma (especialmente tras la perfusión prolongada).
2. Hipertensión arterial grave o complicaciones de la misma.
3. Arritmias cardíacas.
4. Náuseas, vómitos.
5. Más raramente reacciones anafilácticas.

Se recomienda la administración lenta del bolo para evitar la hipotensión (en no menos de 2 minutos).

Es importante tener presente el riesgo de intoxicación acuosa y limitar la ingesta de líquidos, así como realizar la administración de electrolitos en lugar de sueros glucosados.

**Uso de ergonovina<sup>15</sup>:**

Es un derivado ergótico, y es una amina derivada del ácido lisérgico, el cual principalmente excita la musculatura lisa y vasos. A las dosis usadas para un efecto en el útero (0.2 a 0.5 mg), las acciones vasoconstrictoras son bajas. A concentraciones bajas todos los derivados ergóticos causan incremento de la frecuencia y ritmo de las contracciones uterinas; a concentraciones altas tienen como efecto una contracción continua de la musculatura uterina.

La ergometrina es rápidamente absorbida después de la administración oral o parenteral (im), aumenta las contracciones uterinas en aproximadamente 5 a

---

<sup>15</sup> **HEMORRAGIA POSTPARTO**

15 min. después de una dosis oral, y 2 a 3 min. después de una dosis im .La eliminación parece ser principalmente por metabolismo hepático.

La ergometrina posee una acción más poderosa en el útero que la mayoría de los alcaloides ergóticos, especialmente en el útero puerperal. El maleato de ergometrina puede ser usada en la prevención y tratamiento de HPP causada por atonía uterina al provocar una contracción y tono uterino sostenido; comprime los vasos sanguíneos en la pared uterina y disminuye el flujo sanguíneo. .Hay estudios que evidencian que la ergometrina (ergonovina) tiene muy baja estabilidad en climas tropicales y con la exposición a la luz; además produce aumento de reacciones adversas como náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión. La combinación de oxitocina 5UI más ergometrina 500 microgramos ( $\mu\text{gs}$ ): (sintometrín), es tan efectiva como la administración de oxitocina sola, pero se asocia con mayor frecuencia a reacciones adversas, principalmente hipertensión.

#### **Uso de prostaglandinas<sup>15</sup>:**

Las prostaglandinas tienen potentes propiedades uterotónicas y son usadas ampliamente en la práctica obstétrica. Las preparaciones de prostaglandinas se comercializan como inyectables, tabletas o gel; de acuerdo a su intento de uso. Estos agentes no causan hipertensión lo cual los hace aplicables en pacientes hipertensos. En el manejo de la tercera etapa de labor, las prostaglandinas han sido usadas para la HPP intratables, cuando las otras medidas fallan. Hasta la fecha, las principales desventajas las prostaglandinas han sido su costo. Recientemente, el misoprostol, una prostaglandina E1 análoga usado oralmente la enfermedades ulcero pépticas ha sido también reportadas para el manejo de la tercera etapa de labor. El misoprostol es barato, administrado oralmente y estable a temperatura ambiente.

---

<sup>15</sup> **HEMORRAGIA POSTPARTO**



## 6.10 Pronóstico

Respecto al pronóstico éste puede ser serio. En un medio hospitalario una mujer con una hemorragia uterina no debe morir, aunque se haya de recurrir ocasionalmente a una histerectomía, pero en un medio extrahospitalario la muerte de la parturienta no es rara, constituyendo uno de los componentes más frecuentes de la mortalidad materna.

Una complicación ocasional es la aparición posterior de un *síndrome de Sheehan* (necrosis del lóbulo anterior hipofisario), con panhipopituitarismo<sup>16</sup>.

## 6.11 Prevención<sup>9</sup>

En la prevención tenemos que considerar que existen 2 formas de aplicarlas: Manejo expectante y manejo activo del tercer período del trabajo de parto.

### **Manejo expectante (en mujeres sin factores de riesgo):**

En la mujer que no presenta factores de riesgo y en aquella en la que el primero y segundo período del trabajo de parto se han desarrollado con normalidad, se aconseja el manejo expectante (fisiológico). Se define como una conducta de no intervención donde se aguarda a la aparición de los signos de separación y se permite que la placenta salga de manera espontánea o con la ayuda de la gravedad o la estimulación de los pezones.

También se conoce como manejo conservador o fisiológico, y está muy difundido en algunos países europeos del norte y en ciertas unidades en los Estados Unidos y Canadá.

También es de práctica habitual en los partos domiciliarios en el mundo en desarrollo. Cuando se expulsa el feto el cordón está agrandado y es de color azul. Unos minutos después el cordón se adelgaza y deja de latir. Cuando el cordón umbilical deja de latir es el momento de pinzarlo y cortarlo.

Tras un período variable (habitualmente entre 10 y 30 minutos), la placenta se separa del útero. En este momento hay un sangrado vaginal pequeño y la placenta se expulsa (menor de 400 ml).

---

<sup>16</sup> Hemorragia postparto , clases de OBstericia

<sup>9</sup> DAMOS, J. EISINGER

**Entre el nacimiento y el alumbramiento se recomienda:**

1. Observación atenta de la mujer (cantidad de sangre pérdida, altura y contracción del útero, presión arterial y pulso).
2. Recomendar a la mujer que orine para vaciar la vejiga.
3. Pedir que amamante al neonato (ayuda a la liberación de oxitocina natural).

**No se recomienda:**

1. Tirar del cordón.
2. Presionar con el puño el abdomen de la mujer
3. Realizar una "revisión uterina" (no hay pruebas de que esta práctica sea útil) y conlleva un riesgo notable de infección y de traumatismo mecánico.

Tras el alumbramiento hay que revisar la placenta cuidadosamente para verificar que la expulsión haya sido completa y continuar la observación materna durante un tiempo prudente (pérdidas hemáticas, presión arterial, pulso, temperatura).

**Si no se produce el alumbramiento en el tiempo prudencial:**

Realizar un masaje uterino poniendo la mano en el abdomen de la mujer, a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares. Si continúa sin haber respuesta, considerarlo una complicación del tercer período del trabajo de parto.

Si el alumbramiento es incompleto (restos posparto): realizar una exploración suave del canal del parto y la cavidad uterina a fin de extraer los restos.

Realizar un legrado instrumental con precaución y de ser posible se llevara a cabo bajo sedación y anestesia general. Iniciar perfusión de oxitocina; si ya la recibía, considerar un incremento de la dosis.

**Signos de alerta durante y después del tercer periodo:**

**Hemorragia anormal antes de la expulsión de la placenta.** La hemorragia no se detendrá hasta el alumbramiento. Se recomienda administrar oxitocina y realizar una tracción controlada del cordón umbilical.

**No se recomienda:**

1. Administrar ergometrina (ergonovina) a pesar de su eficacia bien documentada, poseen gran inestabilidad en climas tropicales y mayor frecuencia de reacciones adversas.
2. Tirar del cordón.
3. Presionar con el puño el abdomen de la mujer.

4. Realizar una revisión uterina.

**Hemorragia anormal tras el alumbramiento:**

Se recomienda:

1. Poner al neonato sobre el pecho de la madre.
2. Vaciar la vejiga urinaria.
3. Iniciar un masaje uterino poniendo la mano en el abdomen de la mujer a la altura del cuerpo del útero y realizar movimientos circulares.

Se debe notar como el útero se endurece y la hemorragia se detiene. En caso contrario se debe administrar oxitocina. No se recomiendan las medidas anteriormente mencionadas.

***Prevención en mujeres con factores de riesgo:***

**Factores prenatales:**

Se recomienda que, en estos casos, el parto sea atendido en un centro hospitalario con recursos para responder a cualquier posible emergencia.

**Al ingreso se debe:**

Canalizar una vía en prevención de posibles complicaciones.

Practicar como mínimo los siguientes exámenes:(hematócrito, tipo sanguíneo y factor Rh) y signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal).

Ser atendida por el médico especialista y, en caso de no encontrarse por el médico de mayor jerarquía que se encuentre en la unidad.

**Durante el parto:**

**Primero y segundo período:** manejarlo como un parto normal. Se debe propiciar el rápido contacto entre el neonato y el pecho de la madre.

**Tercer período:** Se recomienda realizar ***manejo activo*** el cual, es un proceso en el que los clínicos eligen intervenir en la expulsión de la placenta mediante el uso de los siguientes procedimientos:

- \_ Administración profiláctica de un oxitócico (Oxitocina 10 UI IM), inmediatamente después del nacimiento del bebe (antes que pasen dos minutos).
- \_ La administración de oxitocina a la mujer inmediatamente después del parto es por sí sola la intervención más importante utilizada para prevenir la hemorragia posparto.
- \_ Pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical.

\_ Alumbramiento activo mediante esfuerzo materno o tracción controlada del cordón umbilical.

\_ Control periódico de signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) y observación atenta del estado general de la mujer.

En ocasiones se utiliza un derivado ergótico o la combinación de oxitocina más ergometrina. Las evidencias científicas actuales permiten afirmar que, a pesar de su eficacia bien documentada los derivados ergóticos especialmente la ergonovina tiene muy baja estabilidad en los climas tropicales y/o con la exposición a la luz; además producen efectos indeseados (náuseas, vómitos y cefalea) con frecuencia y son más caros que la oxitocina.

La combinación de oxitocina + ergometrina es tan efectiva como la administración de oxitocina sola y, además, produce efectos indeseados con mayor frecuencia que la oxitocina sola.

El manejo activo se asocia con disminución HPP mayor de 500 ml en un 62% y mayor de 1000 ml (severa) en un 67%. Por cada 1000 mujeres que se realice manejo activo se evitan 83 hemorragias postparto. Se necesitan tratar 12 mujeres para evitar una hemorragia posparto. El manejo activo también está asociado a disminución de anemia, y necesidad de transfusión sanguínea posparto. El manejo activo rutinario es superior al expectante en termino de pérdida de sangre, hemorragia postparto y otras complicaciones del tercer estadio del periodo de parto, sin embargo está asociado con mayor de efecto secundario desagradable (como vómitos y náuseas) e hipertensión cuando se usa ergometrina. El manejo activo debe ser la elección en los casos de mujeres que esperan tener un parto vaginal en un hospital de maternidad.

## 6.12 Diagnóstico diferencial.

Antes de la salida de la placenta:

	DESGARRO GENITAL	DESPRENDIMIENTO PARCIAL DE PLACENTA
Antecedentes	Traumáticos (fórceps, ventosa). Deflexiones. Parto precipitado.	Maniobras intempestivas sobre la Placenta.
Inicio	Tras la salida del feto	Más tardía. Al desprenderse la placenta.
Color de sangre	Rojo vivo.	Oscura, a veces con coágulos.
Flujo de sangre	constante	A borbotones.
Palpación uterina	Útero contraído	Útero mal contraído.

## 6.13 Glosario de términos:

**Placenta.** f. anat. Órgano característico que mantiene unidos a la madre y su hijo durante el embarazo. Es una estructura altamente especializada que permite efectuar el intercambio de nutrientes y gases entre ambos y actúa como glándula endocrina.

**Abruptio placentae.** Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.

**Hemoglobina.** Pigmento de la sangre que transporta el oxígeno.

**Anuria:** ausencia total de la orina

**Atonía uterina:** se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterando así la hemostasia.

**Choque hipovolémico:** alteración física fundamental en la disminución del volumen intravascular o volumen circulatorio.

**Coagulopatías:** enfermedad que consiste en un trastorno de coagulación.

**Contracción uterina:** durante el parto, acortamiento rítmico de la musculatura del segmento superior del útero

**Eclampsia:** cuando aparecen convulsiones generalizadas en una gestante con hipertensión.

**Hemorragia:** fenómeno mediante el cual una persona o un animal sufre la pérdida de sangre de manera excesiva y fuera de lo normal.

**Hipervolemia:** trastorno hidroelectrolítico consistente en un aumento anormal del volumen de plasma en el organismo.

**Inversión uterina:** es el prolapso del fondo del uterino hasta el cuello a su través que puede no sobre pasar el cuello o incluso llegar hasta la vagina.

**Morbilidad:** es la cantidad de personas o individuos que son considerados como enfermos.

**Mortalidad:** número que busca establecer la cantidad de muerte sobre una población determinada.

**Oliguria:** disminución de producción de orina.

**Preeclampsia:** la aparición de la hipertensión a partir del segundo de la gestación.

**Puerperio:** periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

**Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

**Eutócica:** Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

**Recién nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**Sepsis puerperal:** síndrome de respuesta inflamatoria sistemática ante una infección grave durante el periodo puerperal.

**Taquicardia:** frecuencia cardiaca acelerada.

**Toxemia:** intoxicación de la sangre por veneno o toxinas.

**Trombosis:** es la formación de una masa hemática solida dentro de los vasos durante la vida.

## CAPÍTULO II

### 6. Caso clínico

Paciente de 20 años de edad, tercipara, sin antecedentes de abortos. con 04 controles prenatales en Centro de Salud Bellavista Nanay, FUM: 30/09/13, con fecha probable de parto FPP: 07/07/14, atendido el parto Eutócico por Obstetrix, en Centro de Salud Bellavista Nanay el 12/07/14 a las 23:00 horas, produciéndose el alumbramiento espontaneo a los 10 minutos, mientras se encontraba en sala de observación presenta sangrado vaginal profuso, le realizan maniobras para lograr tonicidad del músculo uterino (administración de oxitocina y masaje uterino), paciente continua con sangrado vaginal, motivo por el cual es transferido al Hospital Regional de Loreto, llegando a esta a la 01:00 a.m..

Al examen clínico presenta:

Presión arterial de 80/40, Pulso 122 por min., Glasgow 15/15, palidez acentuada de piel y mucosas, abdomen blando y depresible, útero no contraído a nivel de cicatriz umbilical, al tacto vaginal abundante coágulos y sangre en cavidad vaginal con chorro continuo.

Siendo su diagnóstico de Ingreso al Hospital:

- Puérpera inmediata de 2 horas
- Anemia aguda severa
- Hemorragia puerperal precoz
- Descartar atonía uterina y desgarro vaginocervical o uterino alto
- Shock hipovolémico.

De inmediato se aplica medidas de estabilización hemodinámica, se solicita exámenes de laboratorio, se inicia la administración de una unidad de paquete globular, de inmediato es conducida a sala de operaciones, se realiza evaluación ginecológica bajo anestesia, no encontrándose desgarro de vagina y cérvix, por lo que sospecha retención de restos placentarios, se procede a realizar legrado uterino, evacuándose solo coágulos, se administra misoprostol vía rectal, oxitocina vía sistémica en bolo y continuo, masaje uterino por espacio de 20 minutos, controlándose el sangrado .

Paciente en sala de recuperación, se continúa con masaje uterino por espacio de 30 minutos más, útero continua contraído, sangrado escaso y los signos vitales estables. Paciente después de tres horas de observación es conducida a sala de puerperio, en donde se transfunde otra unidad de paquete globular.

Al día siguiente durante la visita médica, la paciente se encuentra estable, los signos vitales dentro los límites normales y al examen obstétrico útero contraído loquios escasos, etc., hemoglobina de control 07 mg/dl, quedando con órdenes medicas de transfusión otra unidad de paquete globular y ecografía pélvica de control.

Al segundo día en la visita médica, la paciente se encuentra estable, ya se administró la tercera unidad de paquete globular, los signos vitales dentro los límites normales, caminando sin dificultad y al examen obstétrico útero contraído loquios escasos, etc., en el examen de hemoglobina de control presenta 09 mg/dl, por lo que se indica alta médica.



## CAPÍTULO III

### 7. DISCUSION:

El diagnóstico final de la paciente fue: hemorragia puerperal por atonía uterina con shock hipovolémico. Siendo la tasa de prevalencia de HPP en el hospital Regional de Loreto 2.8%<sup>19</sup> y 0,6%<sup>20</sup> (Gastelu y Vásquez), El servicio de maternidad del Hospital Regional de Loreto, Hospital de referencia de toda la Región debe de estar implementada adecuadamente con: personal capacitado, paquete de clave roja, simulacros de manejo permanente, banco de sangre con hemoderivados, instrumental médico, médico en emergencia las 24 horas del día, de no tomar las medidas correctivas pertinentes fácilmente la incidencia de mortalidad se incrementaría a más del 3.5%..

Iquitos, ciudad Amazónica, ubicada en el departamento de Loreto – Perú, cuenta con 437,376 hab. (INEI 2015), cuenta con dos hospitales y tres centros de salud del MINSA, en donde se atiende partos. La paciente en discusión procede de uno de estos Centros de Salud. Los Centros de Salud descongestionan la atención en los hospitales, pero no en las condiciones de estándares de calidad, Si los centros de salud contarían con personal capacitado y permanente, supervisión permanente, con insumos, instrumental y medicamentos necesarios, la paciente quizás no tuvo por qué ser transferida y llegar al estado de shock hipovolémico.

La paciente tenía anemia como factor de riesgo de hemorragia puerperal. Para muchos investigadores la anemia es el factor de riesgo más preponderante para desarrollar hemorragia post parto (26,9 veces más, en relación a una sin anemia)<sup>19</sup>, por lo que debe de haber una selección de pacientes a ser atendidas según el nivel de complejidad, con coordinación entre el hospital y los demás establecimientos de salud.

Se demostró en el Curso de Capacitación de Emergencias Obstétricas realizado el 2015 por profesionales Ginecólogos - obstetras del MINSA; que en general la estimación del sangrado puerperal inmediato se realiza de manera

subjetiva. Por lo que dicha estimación del volumen perdido no nos da una señal de la magnitud de la pérdida sanguínea, llevándonos a diagnósticos equivocados. Por lo que inferimos de lo expresado, sucedió en el Centro de Salud en el manejo de esta paciente. Lo expresado se sustenta en la publicación de la revista peruana de Ginecología y Obstetricia que refiere que existe una variabilidad en la estimación del sangrado de 2,5 a 16 %.

En referencia al manejo que recibió la paciente en el Centro de Salud, se observa que fue deficiente:

1. Tiempo prolongado de permanencia en el centro de Salud
2. Diagnostico impreciso (hemorragia puerperal)
3. No comunicaron al hospital más cercano al ver el estado de la paciente.
4. El personal que atendió a la paciente no está calificado
5. El manejo inicial muy deficiente
6. No existe registro de control puerperal en las dos primeras horas.
7. Paciente es recibida en el hospital de la siguiente forma:
  - a. Con una sola vía, sin medida de soporte
  - b. Acompañada solamente de obstetrix.

## CAPITULO IV

### 8. CONCLUSIONES:

- 8.1 El diagnostico final de la paciente fue: hemorragia puerperal por atonía uterina con shock hipovolémico.
- 8.2 La Hemorragia puerperal es impredecible, por lo tanto debemos de estar preparados, sobre todo en las dos primeras horas. La atonía uterina es la primera causa en la mayoría de los casos.
- 8.3 En Iquitos existen tres establecimientos de salud de primer nivel en las que se atiende partos. A dichos establecimientos se debe de dotar de mayor presupuesto, para mejorar el equipamiento, capacitar al personal, contar con lo básico en laboratorio.
- 8.4 Toda paciente con hemorragia, más aun con shock hipovolémico tiene que ser transportada con los cuidados necesarios como: doble vía, buena cánula, soporte ventilatorio que puede necesitar, con presencia y manejo del médico, previa coordinación con los hospitales de transferencia.
- 8.5 En la búsqueda de la mejora de la atención de la paciente, la Dirección de Salud Loreto como entidad supervisora y rectora, debe de poner más énfasis en actividades propias como: Visitas de supervisión o monitoreo a los distintos establecimientos de salud en donde se atiende partos; ver como se está atendiendo los partos: verificar si cumplen con los protocolos; cuenta con los insumos completos, con los instrumentales completos, clave roja completa, sistema de transferencia, etc..
- 8.6 No existe cuantificación estandarizada para el control del sangrado durante la atención de partos, motivo por el cual existe un sub-registro de casos de hemorragia puerperal; se debe abastecer de bolsas calibradas para el control del volumen sanguíneo
- 8.7 La clave roja es una estrategia que no se puede descuidar, debemos de estar vigilantes a que no falte insumos, equipos y medicamentos que lo componen, en todo los niveles de atención desde una posta

hasta el hospital más complejo donde se atiendan a gestantes. Está demostrado que esta estrategia reduce considerablemente el número de muertes maternas.

## CAPITULO V

### 9. BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.un.org/esa/population/publications/countryprofile/references>.
2. Botero U. Jaime, Alfonso Júbiz H, Guillermo Henao; *Obstetricia y Ginecología*; 7ª Edición; 2006, pp 312 - 314.
3. Santiago Cabrera, Hemorragia Postparto, *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56:23-31.
4. **Mc CORMICK, M.L.** Preventing postpartum hemorrhage in low resource setting *Inter J. Ginecol-Obstetric.* 2008.
5. **CLAP. GUÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA**  
<http://www.paho.org/Spanish/CLAP/noved16.htm> 2010-06-12
6. **MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS MINISTERIO DE SALUD DEL PERU** [micargo.iespana.es/minsa.pdf](http://micargo.iespana.es/minsa.pdf) 2010-06-14
- 9 **PEREZ SANCHEZ, A. DONOSO SIÑA, E.** *Obstetricia.* 3ª ed. Santiago de Chile , Mediterráneo, 2007. 400p.
- 10 **GIRDON, H.** y otros. *La Medicina Basada en la Evidencia. Guías de usuarios de la literatura medica.* Madrid, The American Medical Association. 2007. 200p.
- 11 **DAMOS, J. EISINGER, S.** *Libro Also.* 4ta ed. Madrid , AAFP, 2008. 260p.
- 12 **TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LAS HEMORRAGIAS POSTPARTO**  
[www.nexusediciones.com/pdf/gine2003\\_2/gi-4-2-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2003_2/gi-4-2-003.pdf), 2010-06-15
- 13 **MANEJO EXITOSO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO POR ACRETISMO PLACENTARIO**  
[www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art08.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art08.pdf) 2010-06-13
- 14 **HEMORRAGIA POSTPARTO**  
[www.cadperu.com/.../HEMORRAGIA\\_POSTPARTO.pdf](http://www.cadperu.com/.../HEMORRAGIA_POSTPARTO.pdf) - Perú 2010-06-14
- 15 **MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO**  
[www.maqweb.org/techbriefs/stb13activemgmt.pdf](http://www.maqweb.org/techbriefs/stb13activemgmt.pdf) 2010-06-14
14. **DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO**  
[http://hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com\\_content](http://hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content) 2010-10-05
15. **HEMORRAGIA POSTPARTO**  
[www.gfmer.ch/Educacion\\_medica.../Hemorragia\\_Postparto.pdf](http://www.gfmer.ch/Educacion_medica.../Hemorragia_Postparto.pdf) 2010-06-14

16. TEMA O-36: **HEMORRAGIAS POSTPARTO**  
[http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20\(2008\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20(2008).pdf)
17. **HEMORRAGIA POST PARTO**  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54\\_n4/pdf/A03V54N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/A03V54N4.pdf)  
2010-10-16
18. **HEMORRAGIA POST PARTO ESTUDIO EN LATINOAMERICA**  
<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo> 2010-10-25
19. Gastelu Arévalo Galo: **“factores de riesgo para hemorragia obstétrica en gestantes del servicio de obstetricia del hospital regional de Loreto – Iquitos, abril 2012 – marzo 2013”**.
20. Javier Vásquez Vásquez **“Manual de Ginecología y Obstetricia”** en el Hospital Regional de Loreto en el 2010 la frecuencia fue de 0,6 %.