



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
de Obstetrix/Obstetra**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**“Conducta Obstétrica en primigesta de 20 años de edad en puerperio fisiológico ante  
hemorragia postparto”**

**AUTOR**

Karolyn Stefany Vélez Espín

**TUTOR**

Dr. Fabricio Ricardo Chang Hidalgo

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



**ÍNDICE**

I. AGRADECIMIENTO .....	6
II. DEDICATORIA .....	7
III. TEMA .....	8
IV. RESUMEN.....	9
V. ABSTRACT .....	10
VI. INTRODUCCIÓN.....	11
1 MARCO TEÓRICO .....	14
1.1 DEFINICIÓN.....	14
1.2 CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.....	15
1.3 ETIOLOGÍA .....	16
1.4 FACTORES DE RIESGO.....	16
1.5 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGÍA POSTPARTO .....	17
1.6 DIAGNÓSTICO.....	18
1.7 CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD.....	19
1.8 TRATAMIENTO.....	20
1.9 ACTIVACIÓN DE LA CLAVE OBSTÉTRICA .....	21
1.10 JUSTIFICACIÓN.....	22
1.11 OBJETIVOS .....	22
1.11.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.11.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	22
1.12 DATOS GENERALES.....	22
2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	24
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES,HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	24
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS). .....	26
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	27



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



2.4	INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	28
2.5	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL .....	29
2.6	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR .....	30
2.7	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES .....	31
2.8	SEGUIMIENTO DEL CASO.....	32
3	OBSERVACIONES.....	36
4	CONCLUSIONES .....	37
5	BIBLIOGRAFÍA.....	38
6	ANEXOS.....	39



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



**Índice de Ilustraciones**

Ilustración 1 Pictograma para estimación de pérdida sanguínea.....	19
Ilustración 2 Clasificación de la gravedad .....	20
Ilustración 3 Activación de la Clave Obstétrica.....	21
Ilustración 4 Detalle de la exploración física de la paciente .....	27



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



**Índice de Tablas**

Tabla 1 Factores de Riesgo .....	17
Tabla 2 Datos generales de la paciente .....	23
Tabla 3 Historia Clínica de la Paciente.....	25
Tabla 4 Score mama de la paciente al momento del ingreso.....	28
Tabla 5 Reporte de ecografía obstétrica prenatal .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 6 Resultados de Hemogramas de la paciente al ingreso .....	29
Tabla 7 Resultados de Inmunoserología y Hemostasia de la paciente al ingreso.....	29



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**I. AGRADECIMIENTO**



Doy gracias a DIOS por darme sabiduría, inteligencia, amor, conocimiento para poder servir y salvar vidas; gracias PADRE CELESTIAL por brindarme vida, salud y prosperidad.

A mis padres PACO y LUCY por ser los pilares de mi vida y formación, por el amor, comprensión y apoyo incondicional en todos los momentos, los amo con todo mi corazón, gracias por celebrar mis triunfos.

A mis queridos hermanos PACO, CRISTHIAN, JONATHAN, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado y por todo su amor.

A mis cuñadas HAYDE, KAREN y mis lindos sobrinitos, por el apoyo moral que me brindan en cada momento y por todo su cariño.

A mis docentes universitarios que conocí en este trayecto y llegaban a las aulas de formación con el propósito de dejar un buen legado, compartir sus conocimientos y formar grandes profesionales.

En especial a mi tutor por su ayuda en la elaboración de este trabajo investigativo.

A los profesionales que conocí en mi último año de formación práctica que contribuyeron con información para el desarrollo de este trabajo y en mi aprendizaje; que sin condiciones me aportaron todos sus conocimientos con paciencia, cariño, humildad y respeto.

Y en general a mis demás familiares paternos y maternos, amigos cercanos y compañeros que estuvieron presentes en todos estos años, gracias a todos. Dios los bendiga.

Karolyn Vélez Espín.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**II. DEDICATORIA**



Dedicado a Dios por darme la sabiduría, fortaleza, entendimiento, perseverancia y la bendición de acompañarme en cada paso que doy; dedicado a mis padres Paco y Lucy por todo el amor, esfuerzo y dedicación que le han puesto a mi desarrollo personal y académico; a mis queridos hermanos, cuñadas y sobrinos por su cariño, apoyo incondicional y estar ahí cuando más los necesité.

Karolyn Vélez Espín.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**III. TEMA**



“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 20 AÑOS DE EDAD EN  
PUERPERIO FISIOLÓGICO ANTE HEMORRAGIA POSTPARTO”





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**IV. RESUMEN**



La Hemorragia Postparto (HPP) es y se ha convertido, a lo largo de la historia obstétrica en una de las principales alteraciones que impiden en muchas ocasiones conllevar a un adecuado restablecimiento de las condiciones fisiológicas una vez concluido el trabajo de parto y el posterior puerperio, existen múltiples etiologías que confluyen, para la producción del mismo tenemos, una alteración del tono uterino, desgarro durante el proceso del parto o cesárea, retención del tejido placentario entre los que se consideran de mayor relevancia e importancia.

Para determinar una hemorragia después del parto tenemos que establecer que la pérdida sanguínea debe superar los 500 ml en un parto vaginal, y los 1000 ml en un parto por cesárea, esto establecido la posible presentación de distocias o embarazos múltiples, que puedan alterar el trabajo de parto y tomar la decisión adecuada, de cuál sería el manejo adecuado de dicho trabajo; para lo cual tenemos una herramienta efectiva para reducir de sobremanera los índices de esta alteración como es el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) se refiere a los procedimientos y maniobras que ayudan a evitar la presentación de la hemorragia postparto, mismas que se encuentran descritas en la presente, recordando que la hemorragia postparto es considerada como tal al tiempo comprendido entre las 24 primeras horas posteriores al parto, hasta las 6 semanas posteriores al mismo. CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años, con embarazo de 39.4 semanas diagnosticado por FUM, sin patologías previas existentes de relevancia, tanto personales como familiares, con deficientes controles, la paciente de este presente trabajo se realizó solo un control durante todo el embarazo; por lo tanto, se considera deficiente según la guía del MSP del 2013 ya que esta dice que deben ser mínimo 5 controles, primigesta, sin abortos ni cesáreas previas.

**PALABRA CLAVE:** Hemorragia, clave roja, puerperio, atonía uterina, prevención



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**V. ABSTRACT**



Postpartum Hemorrhage (PPH) is and has become, throughout obstetric history, one of the main alterations that in many cases prevent leading to an adequate reestablishment of physiological conditions once labor and the subsequent puerperium have concluded. , there are multiple etiologies that converge, for the production of the same we have, an alteration of uterine tone, tear during the process of childbirth or cesarean section, retention of placental tissue among those that are considered of greater relevance and importance.

To determine hemorrhage after delivery we have to establish that blood loss must exceed 500 ml in a vaginal delivery, and 1000 ml in a cesarean delivery, this establishes the possible presentation of dystocia or multiple pregnancies, which may alter labor delivery and make the appropriate decision, what would be the proper management of such work; for which we have an effective tool to greatly reduce the rates of this alteration, such as active management of the third stage of labor (MATEP)

Active management of the third stage of labor (MATEP) refers to the procedures and maneuvers that help to avoid the presentation of postpartum hemorrhage, which are described herein, remembering that postpartum hemorrhage is considered as such at the time understood between the first 24 hours after childbirth, up to 6 weeks after it. CLINICAL CASE: A 20-year-old patient, with a 39.4-week pregnancy diagnosed by LMP, with no previous relevant pathologies, both personal and family, with poor controls. The patient in this present study underwent only one control during the entire pregnancy; therefore, it is considered deficient according to the 2013 MSP guide since it says that there must be a minimum of 5 check-ups, first pregnancy, without previous abortions or cesarean sections.

**KEY WORD:** Hemorrhage, red key, puerperium, uterine atony, prevention



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**VI. INTRODUCCIÓN**



La hemorragia postparto se describe como aquel sangrado anómalo, dado luego de culminado el trabajo de parto y parto vaginal y/o por cesárea, y se conoce a esta Hemorragia Postparto al sangrado que supere los 500 ml en parto vaginal y los 1000 ml en parto por cesárea y a su vez se clasifica en primaria o inmediata la cual es producida inmediatamente después de dicho trabajo de parto o dentro de las posteriores 24 horas por aquello también es conocida como inmediata, alrededor del 70% de los casos presentados de Hemorragia Postparto inmediata son producto de una atonía uterina es decir la incapacidad del útero de contraerse una vez que se produjo el nacimiento del producto; y la secundaria o tardía que es aquel sangrado que se produce luego de las primeras 24 horas después del parto y hasta las 6 semanas posteriores al mismo, la mayoría de los casos que se presentan son a causa de una retención de los productos del embarazo o de infecciones, o en algunos casos producto de ambas causas. (GPC, 2013)

Cuando hablamos de hemorragia postparto debemos establecer que la causa más frecuente como mencionamos en el acápite anterior el 70 % corresponde a una atonía uterina, siendo entonces la causa más frecuente esta, ya que al tener el útero esta incapacidad de contracción, existe una alteración entre otras la correcta oclusión de los vasos sanguíneos que atraviesan las fibras musculares del útero, un 20% de las causas de hemorragia postparto son los traumas producidos por alteraciones propias en el trabajo de parto que pueden conllevar a desgarros, rupturas uterinas, lesiones vaginales y otros que pueden ser producto de distocias, manejo inadecuado del trabajo de parto, etc.

Un 10 % de las causas de hemorragia postparto, son debidas a una retención de productos de la concepción como placenta o la presencia de coágulos y < 1 % son producto de alteraciones hematológicas propias de la madre que pueden ser preexistentes o adquiridas durante el proceso de gestación, factores asociados a una prolongación de un trabajo de parto, mujeres con anemia son factores que influyen en posibles complicaciones tal como la HPP, en muchos casos, una hemorragia postparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



presentes en su historia, Basar la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que las mujeres consideradas de alto riesgo sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería beneficioso ni para ellas ni para los sistemas de salud. (GPC, 2013)

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres reduce el riesgo de hemorragia postparto en un 60%, reduce los casos de anemia postparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas, el uso de fármacos uterotónicos como la oxitocina, dentro del primer minuto reduce o ayuda en la reducción de una posible hemorragia postparto. (GPC, 2013)

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) se ha convertido por sobre el manejo expectante fisiológico en una herramienta adecuada para evitar o prevenir la HPP, manejo que debe ser llevado a cabo por personal capacitado (obstetra, médico general o ginecólogo) por lo cual ha sido recomendado por Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; el mencionado manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) incluye estos pasos:

1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.
2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando cesa los latidos del mismo.
3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. (GPC, 2013)

Otra herramienta adecuada para el manejo ante este tipo de complicación (HPP), es el uso de las claves obstétricas y el Score Mama, el cual enmarca a la hemorragia postparto (HPP) en la clave roja, el mismo que es un coadyuvante para el manejo adecuado de la hemorragia postparto (HPP).

El presente trabajo está basado en el estudio del caso clínico de una paciente primigesta de 20 años de edad con FUM: 25/11/2019; antecedentes patológicos personales: no refiere; antecedentes patológicos familiares: no refiere; antecedentes



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



quirúrgicos: no refiere, sin alergias, paciente acudió al servicio de emergencia del Hospital General León Becerra de la ciudad de Milagro, con Embarazo de +/- 39.4 semanas de gestación que fue diagnosticado por la fecha de última menstruación que menciona la paciente haber presentado el 25/11/2019; al momento de la inspección se encontraba orientada en tiempo y espacio, refirió un control en Centro de Salud Los Monos. Presentó cuadro clínico de +/- 3 días de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio de moderada intensidad que se irradió hacia la región lumbosacra+ expulsión de tapón mucosanguinolento, Al examen obstétrico: Abdomen globuloso compatible con útero gestante, se realizó maniobras de Leopold: Producto único vivo cefálico dorso longitudinal izquierdo, por altura del fondo uterino: 39 semanas. Al tacto vaginal: dilatación:6cm; borramiento: 60% membranas: íntegras, primer plano de Hogde. Al monitoreo fetal reveló un RCTG con Frecuencia Cardíaca Fetal en línea basal de 150 latidos por minutos. Debido a las características cervicales que la paciente presentó y en clara observación que estaba en etapa de trabajo de parto en fase activa, por las características cervicales antes mencionadas, por lo cual se decidió su ingreso a sala de parto para su adecuado control y apertura oportuna del partograma, y se demostró que no hubo compromiso del bienestar fetal; se mantuvo a la paciente en área de parto; se podría decir que el progreso del trabajo de parto ocurrió dentro de su normalidad, excepto; el hecho de no conocer la macrosomía fetal, lo cual provocó como dificultad, que el parto durara más de lo que se debía (parto prolongado), cabe recalcar que por la causa de la patología anterior la paciente no tuvo una dinámica uterina óptima, lo cual dificultó su proceso.

La macrosomía fetal es una de las principales causas de complicaciones como atonía uterina, misma que provoca hemorragia postparto y de no revertirse podría llegar a consecuencias fatales. Existen métodos para corregir una atonía uterina, mismo que se usó en la paciente descrita en el caso, la cual corresponde a manejo de misoprostol y oxitocina. Y de no funcionar este protocolo se cuenta con otros procedimientos que serán mencionados en el desarrollo de este caso.



## **1 MARCO TEÓRICO**

### **1.1 DEFINICIÓN**

La hemorragia postparto es considerada de tal manera ante la pérdida de sangre que un parto por vía vaginal y de manera no quirúrgica supere los 500 ml de pérdida sanguínea total y superando los 1000 ml en un parto por cesárea, lo que nos conduciría a una pérdida del 10% de hematocrito basal en la paciente, y produciendo efectos en la misma como hipovolemia que si no llegase a ser controlado a tiempo o efectos de hipodinamia por esta pérdida sanguínea, al igual se define como aquella perdida sanguínea que produce efecto o alteraciones en la correcta funcionalidad de la paciente alteración hemodinámica que se traduce en mareos, debilidad, palpitaciones, sudoración, inquietud, confusión, disnea y de igual manera signos de hipodinamia tales como hipotensión, taquicardia, oliguria, desaturación entre otros.

Efectos que podrían reducirse mediante el uso adecuado, temprano y efectivo del Manejo de la Tercera Etapa del Parto y que conllevan a mejorar la salud materna durante y postparto y en sí de toda paciente que se encuentre en dicha etapa fisiológica de la misma manera alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por la OMS; para lo cual se deben desarrollar estrategias precisas para que las pacientes en etapa materna encuentren medicación adecuada y profesionales debidamente calificados para su manejo en cualquier punto de salud en el país, de esta manera alcanzado la reducción de las posibles complicaciones que surjan en la hemorragia postparto (HPP), e incluso la disminución en porcentajes importantes de la muerte materna.

La Obstetricia de Williams en su edición No. 25 señala que la hemorragia posparto (HPP) se ha definido como la pérdida de 500 ml o más de sangre después que se completa el tercer periodo del trabajo de parto. Esto plantea problemas porque la mitad

de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pierde esa cantidad de sangre o más cuando se miden las pérdidas de manera cuantitativa. (Williams, 2018)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



Se considera hemorragia del posparto cuando esta pérdida sobrepasa los 500 ml. Esta cifra que siempre es estimativa, es considerada como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno de shock hipovolémico. Cuando la pérdida sobrepasa los 1000 ml de sangre se la clasifica como hemorragia severa y es la complicación puerperal más temida por su extrema gravedad. En América Latina y el Caribe la mayoría de las hemorragias obstétricas graves que se producen durante las primeras dos horas de haber concurrido el parto son una de las principales causas directas de muerte materna. Estas muertes que son evitables se producen principalmente donde no están garantizadas las "condiciones obstétricas y neonatales esenciales" para la asistencia del parto. (Schwarcz, 2000)

## **1.2 CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO**

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del país del año 2013, realiza la diferenciación de la Hemorragia postparto (HPP) basándose en criterios básicos y específicos que facilitan, tanto la comprensión y aprendizaje, así como el abordaje de las pacientes que lleguen a presentar la HPP después del trabajo de parto, de esta manera tenemos a:

Hemorragia postparto temprana o inmediata que es aquella pérdida sanguínea previamente establecidas superiores a los 1000 ml en parto por cesárea y >500 ml en parto vaginal, misma que se produce en las primeras horas luego de terminado el trabajo de parto y hasta las 24 horas iniciales posteriores al mismo, este sangrado puede ser de manera continua y a un ritmo lento que, de no ser intervenida de manera adecuada, concreta y a tiempo desarrollara signos que pueden llevar al shock

Hemorragia postparto tardía descrita como aquella pérdida sanguínea que supere los valores establecidos con anterioridad y que se produce una vez superada las primeras 24 horas posteriores al trabajo de parto, hasta las 6 semanas subsiguientes al mismo.



### 1.3 ETIOLOGÍA

Las causas de la hemorragia postparto son claramente establecidas y descritas en la literatura médica comprendiendo 4 grupos importantes, el cual toma como primer grupo más importante y más grande al tono en un 70%, entiéndase como tono a factores que afectan la contractilidad uterina, un 20% corresponde a posibles traumas o lesiones propias del canal de parto y útero, un 10% comprende a la retención de productos propios de la gestación, por ultimo un <1% corresponde a trastornos coagulables preexistentes o adquiridos.

### 1.4 FACTORES DE RIESGO

Una vez identificadas las alteraciones que pueden llegar a producir una hemorragia postparto, se puede llegar al objetivo claro y específico de manejarla adecuadamente y de esta manera prevenir o evitar el apareamiento de esta.

Factores de Riesgo		
A. Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP		
Factor	OR* (IC 95%) para HPP	4 T
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	13 (7,61 - 12,9)	Trombina
Placenta previa conocida	12 (7,17 - 23)	Tono
Embarazo múltiple	5 (3,0 - 6,6)	Tono
Preeclampsia hipertensión gestacional	4	Trombina
B. Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP		
HPP previa	3	Tono
Etnia asiática	2 (1,48 - 2,12)	Tono
Obesidad (IMC >35)	2 (1,24 - 2,17)	Tono
Anemia (Hb	2 (1,63 - 3,15)	-
C. Presentes durante el trabajo de parto y parto.		
Cesárea de emergencia	4 (3,28 - 3,95)	Trauma
Cesárea electiva	2 (2,18 - 2,80)	Trauma





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



<b>Inducción del trabajo de parto</b>	2 (1,67 - 2,96)	-
<b>Placenta retenida</b>	5 (3,36 - 7,87)	Tejido
<b>Episiotomía medio-lateral</b>	5	Trauma
<b>Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)</b>	2 (1,56 - 2,07)	Trauma
<b>Trabajo de parto prolongado (&gt;12 horas)</b>	2	Tono
<b>Macrosomía fetal (&gt;4 kg)</b>	2 (1,38 - 2,60)	Tono/trauma
<b>Pirexia durante la labor</b>	2	Trombina
<b>Edad mayor de 40 años, primípara</b>	1,4 (1,16 - 1,74)	Tono

*Tabla 1 Factores de Riesgo*

\* OR= Odds Ratio / probabilidad. tabla No.1 GPC, MSP 2013, pág.11-12

### **1.5 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGÍA POSTPARTO**

Las mujeres durante el trabajo de parto son susceptibles a sufrir pérdidas sanguíneas que pueden poner en riesgo la vida de estas, sin embargo, el adecuado uso de la herramienta del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) y los riesgos debidamente identificables a tiempo facilitan el manejo y la prevención de la misma.

En ciertas comunidades de ciertas regiones, en nuestro país es difícil establecer tanto los factores de riesgo como si durante del parto existió un adecuado y correcto uso del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), esto debido a que muchas pacientes aun realizan sus trabajos de parto con matronas y en casa, lo cual también influye en ocasiones negativamente y favorece el apareamiento de la hemorragia postparto (HPP), de igual manera la conducta expectante del retorno a las funciones normales fisiológicas sin el uso del manejo activo de la tercera etapa del parto, de cierta manera ha demostrado que tampoco es una herramienta adecuada en relación al correcto uso del manejo activo de la tercera etapa del parto.

La tercera etapa del embarazo comprende al alumbramiento y es el periodo que transcurre entre la salida del feto y la expulsión de la placenta; es por esto que el adecuado uso de manejo activo de la tercera etapa del parto, se convierte en la



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



herramienta más eficaz para reducir la hemorragia postparto (HPP), manejo activo de la tercera etapa del parto incluye a el uso de Oxitocina, y según lo indica la guía de práctica clínica del MSP, el uso adecuado tanto de la oxitocina como del misoprostol en la página 13, indica que el uso de la oxitocina se lo realiza en una 10 UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del neonato asegurándonos que no exista otro producto gestante intrauterino o 5 UI intravenosas administradas lentamente, y administrar el Misoprostol 600 mcg vía oral o vía rectal que es menos efectivo que oxitocina, pero puede utilizarse en caso que oxitocina no esté disponible en el momento del parto o su administración no sea posible por una posible alteración que esta llegare a producir o sencillamente no sea fácil administrar la misma, lo cual nos daría un opción útil ante cualquier eventualidad el misoprostol, como queda establecido en caso de que se disponga en el momento , incluye también a la tracción y contra-tracción controlada del cordón una vez realizado el pinzamiento y corte del mismo una vez que se ha permitido el paso de sangre materna a través del mismo hacia el neonato por unos segundos, luego de esto se realiza el masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, lo que permite que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado mediante la vasoconstricción producida en esta etapa. (GPC, 2013)

### **1.6 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico eficaz y adecuado de la hemorragia postparto, se realiza mediante la detección de cualquier sangrado anómalo, en cantidad y duración para lo cual es preciso nuevamente establecer que cualquier perdida superior a los 500 ml desde las 24 horas iniciales hasta las 6 semanas subsiguientes al parto son consideradas HPP, al igual que una perdida superior a 1000 ml; y para lo cual se debe tener en cuenta a más de los signos y síntomas tales como: (Dr.Basanta, Dr.Fabiano, Lukeстик, Dr.Tissera, & Dra.Travela., 2019)

- Sangrado incontrolable.
- Descenso de la presión arterial.
- Aumento de la frecuencia cardíaca materna.

- Disminución del recuento de glóbulos rojos.
- Inflamación y dolor en la vagina y las zonas cercanas, si el sangrado es producido por un hematoma.

Una manera eficaz para poder cuantificar la pérdida total sanguínea en el trabajo de parto se la puede realizar a través de una bolsa recolectora en la cual se ira determinando cual ha sido la pérdida real, aunque en ocasiones esta pérdida puede ser imprecisa, otra herramienta establecida para determinar esta pérdida real son los pictogramas.



*Ilustración 1 Pictograma para estimación de perdida sanguínea*

**Fuente:** (Bose, Regan, Paterson, & Brown, 2006)

### 1.7 CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

Para determinar la gravedad de la HPP, y la estimación adecuada del volumen de perdida sanguínea, nos ayuda a guiarnos a la resolución de la misma de la manera más adecuada, ya que si estas pérdidas sanguíneas llegan a superar el 40 % del volumen corporal puede llegar a concluir en un estado de choque con

Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500- 1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001- 1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501- 2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



síntomas propios como hipotermia, coagulopatía y acidosis metabólica, conocida como la tríada de la muerte.

*Ilustración 2 Clasificación de la gravedad*

Fuente: ACTUALIZACIÓN DE CONSENSO DE OBSTETRICIA FAGSO 2019 "HEMORRAGIA POSTPARTO" Pág. 8

Estos criterios de severidad que son manejados por la FAGSO, son los más adecuados y actualizados para la correcta caracterización de la hemorragia postparto (HPP) y su tratamiento, así como establece las posibles complicaciones en caso de no realizar un manejo eficaz de la misma. (Dr.Basanta, Dr.Fabiano, Lukeстик, Dr.Tissera, & Dra.Travela., 2019)

## **1.8 TRATAMIENTO**

El tratamiento una vez que ya ha sido identificada la hemorragia postparto, va encaminado a la reposición de la volemia perdida, con el uso de soluciones isotónicas, al igual que la administración de hemoderivados y demás que coadyuven en la reposición del estado de la paciente.

El uso efectivo de medidas hemostáticas y procedimientos que favorezcan la coagulación de cierta manera evitando de esta manera que exista mayor pérdida sanguínea, el adecuado control de signos vitales y de la sintomatología que pongan en riesgo la vida materna; de igual manera el uso de fármacos que establezcan procesos en los que exista recuperación de la hemorragia postparto (HPP), entre los

cuales se puede mencionar a groso modo como el traje antichoque no neumático, balón de Bakri entre otros y medicamentos como la oxitocina y el ácido tranexámico entre otros.

### 1.9 ACTIVACIÓN DE LA CLAVE OBSTÉTRICA

Para el manejo adecuado de la hemorragia postparto (HPP), es la activación de la clave roja que es la principal herramienta para el manejo de la misma.

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puérpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud. (GPC, 2017)

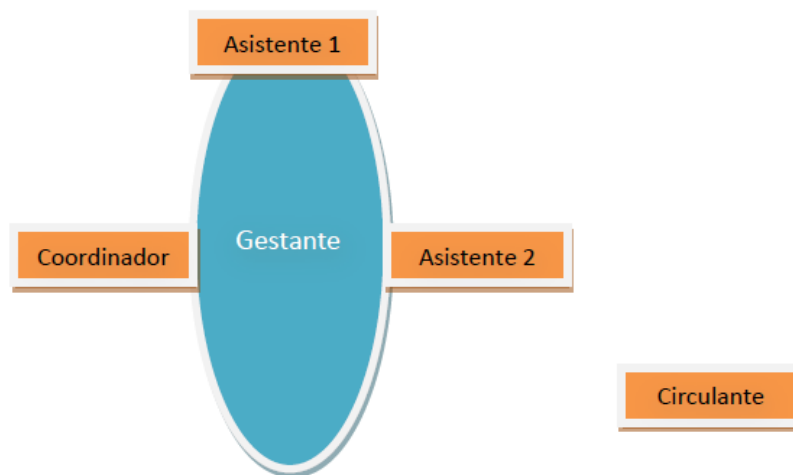


Ilustración 3 Activación de la Clave Obstétrica

Fuente: GPC Score Mamá y Claves Obstétricas MSP 2017



## **1.10 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo basa su desarrollo en la investigación adecuada y minuciosa, así como la importancia de dar a conocer tanto el adecuado y oportuno diagnóstico de la Hemorragia postparto (HPP) su manejo y tratamiento correcto, y conocer de manera específica la relevancia del manejo de esta emergencia obstétrica, ya que es considerada una de las principales causas de muertes maternas en el país.

El presente trabajo investigativo se lleva a cabo mediante respaldo bibliográfico, con puntos de vista de autores que se encuentran en guías de prácticas clínicas, mismas que recopilan definiciones, con el fin de una mejor toma de decisiones a la hora del manejo de la hemorragia postparto para de esta manera disminuir la morbilidad materno fetal.

## **1.11 OBJETIVOS**

### **1.11.1 OBJETIVO GENERAL**

Presentar un caso clínico sobre la conducta obstétrica en primigesta de 20 años de edad en puerperio fisiológico ante hemorragia postparto

### **1.11.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Analizar correctamente los factores de riesgo que conlleva la hemorragia posparto.
- Conocer los criterios de diagnósticos en una hemorragia postparto para lograr un manejo oportuno de tal patología

## **1.12 DATOS GENERALES**

Nombres completos: **XXXX**

Sexo: **Femenino**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



Cedula de identificación: <b>0930958624</b>	Edad: <b>20 años</b>
Fecha de nacimiento: <b>13/04/2000</b>	Estado civil: <b>unión libre</b>
Nacionalidad: <b>ecuatoriana</b>	Ocupación: <b>Ama de Casa</b>
Nivel de estudio: <b>secundaria</b>	Raza: <b>mestiza</b>
Dirección: <b>Guayas, km 4 y El Progreso</b>	Religión: <b>evangélica</b>
Nivel sociocultural/económico: <b>bajo</b>	Hospital: <b>León Becerra Camacho</b>
Hora de Ingreso: <b>19:45 pm</b> Fecha de ingreso: <b>28/08/2020</b>	FUM: <b>25/11/2019</b>

*Tabla 2 Datos generales de la paciente*

**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia.



## 2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de 20 años de edad que ingresó al área de emergencia del Hospital León Becerra de Milagro y que presentó un cuadro clínico de más o menos 3 días de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio de moderada intensidad que se irradiaba hacia la región lumbosacra+ expulsión del tapón mucosanguinolento, con signos vitales normales, sin presencia de alza térmica, ni alteraciones hemodinámicas, la paciente indicó no haber ingerido ningún medicamento para aliviar la molestia por la cual acudió a emergencia, refirió que no manifestó ninguna alteración en la micción además indicó que los movimientos fetales estaban presentes y con normalidad.

### HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE

Antecedentes personales	patológicos	No refiere
Antecedentes familiares	patológicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos		Ninguna
Alergias		No refiere
Hábitos		Ninguno
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS		
Menarquia		11 años
Ciclos Menstruales:		Regulares (cada 28 días, duración 5 días)
Inicio de relaciones sexuales:		16 años
Planificación Familiar:		Ninguna
Parejas sexuales:		1
Gestas:		1 (gesta actual)





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



Partos:	<b>0</b>
Abortos:	<b>0</b>
Cesáreas:	<b>0</b>
Fecha de la última menstruación:	<b>25/11/2019</b>
Ecografías:	<b>1</b>
Edad gestacional:	<b>39.4 semanas por FUM</b>
Papanicolaou:	<b>Ninguno</b>
<b>RESUMEN DE ATENCION PRENATAL</b>	
Talla:	<b>1.61cm</b>
Peso en el primer control:	<b>55kg</b>
Ganancia de peso:	<b>13.5kg</b>
IMC:	<b>26.4 IMC</b>
Peso al ingreso al hospital:	<b>68.5kg</b>
Curva prenatal de presión arterial:	<b>normotensa</b>
Controles prenatales totales:	<b>1</b>
Control prenatal especializado:	<b>No</b>
Control prenatal con nutricionista:	<b>No</b>

*Tabla 3 Historia Clínica de la Paciente*

**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia



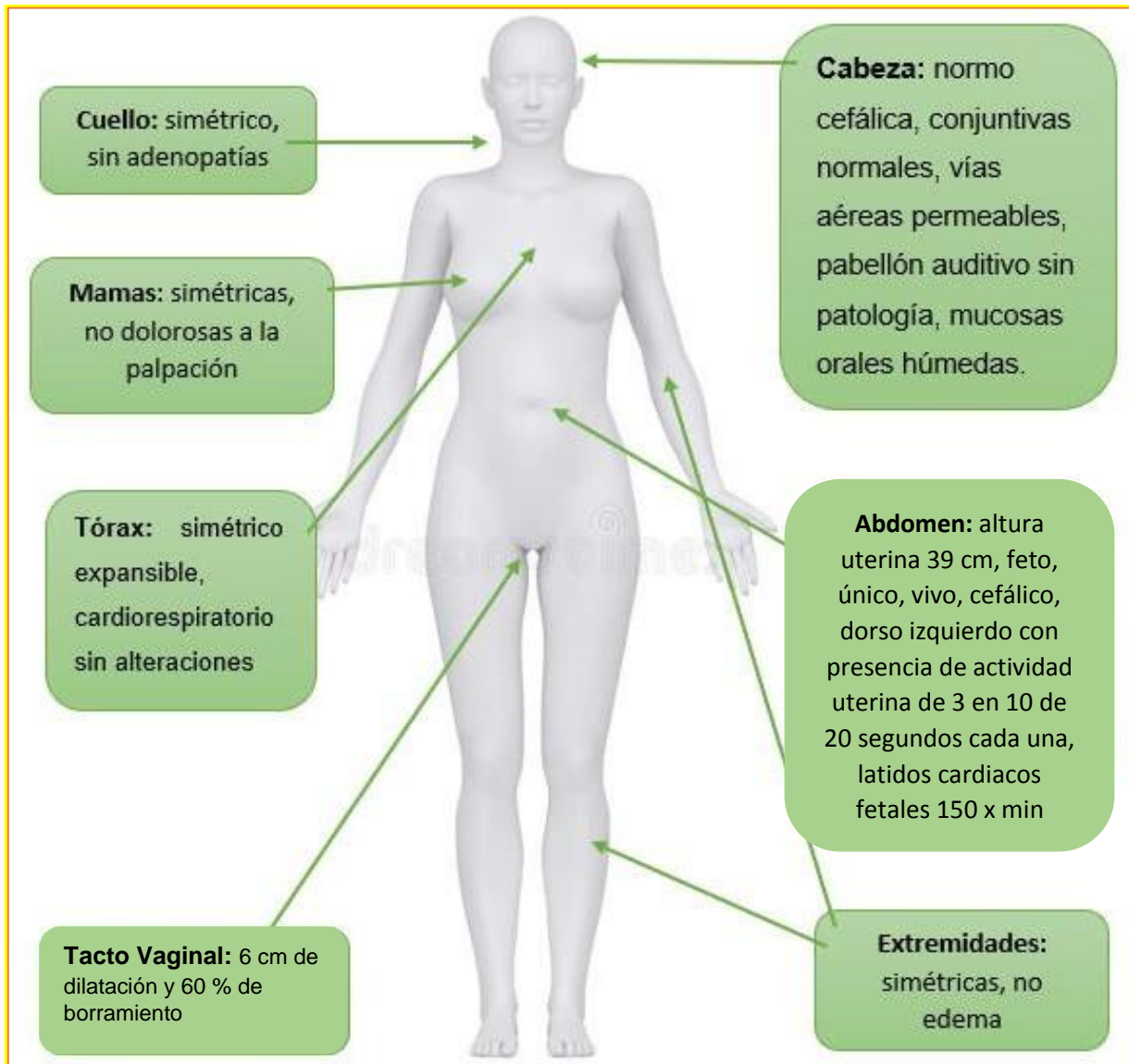
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).**

Paciente femenino de 20 años de edad que acudió al área de emergencia del Hospital León Becerra de Milagro; al momento de la inspección se encontraba orientada en tiempo y espacio, colaboró con el interrogatorio, refiere Fecha de última menstruación: 25/11/2019; refirió un control en Centro de Salud Los Monos. Presentó cuadro clínico de +/- 3 días de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de moderada intensidad que se irradió hacia la región lumbosacra+ expulsión de tapón mucosanguinolento, Al examen obstétrico: Abdomen globuloso compatible con útero gestante, se realizó maniobras de Leopold: Producto único vivo cefálico dorso longitudinal izquierdo, por altura del fondo uterino: 39 semanas. Al tacto vaginal: dilatacion:6cm; borramiento: 60% membranas: integras, primer plano de Hogde. Presencia de actividad uterina de 3 en 10 de 20 segundos cada una. Al monitoreo fetal reveló un RCTG con Frecuencia Cardiaca Fetal en línea basal de 150 latidos por minutos.

### 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)



*Ilustración 4 Detalle de la exploración física de la paciente*

**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia

Al realizar el Score Mama se presentan los siguientes aspectos que no representan ninguno tipo de riesgo al inicio del trabajo de parto.



<b>CLASIFICACIÓN DEL SCORE</b>		
<b>MAMA</b>		
<b>Parámetro</b>	<b>Valores de la paciente</b>	<b>PUNTAJE</b>
Presión arterial sistólica	130 mmHg	0
Presión arterial diastólica	80 mmHg	0
Frecuencia cardiaca	80	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Temperatura	36.7 °C	0
Saturación de oxígeno	100%	0
Estado de conciencia	Alerta	0
Proteinuria	Negativa	0
<b>Total</b>		<b>0</b>

*Tabla 4 Score mama de la paciente al momento del ingreso*

**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia

#### 2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Los resultados que se presentan en los exámenes realizados en la unidad hospitalaria.

<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>RANGO REFERENCIAL</b>
<b>HEMOGRAMA:</b>			
<b>LEUCOCITOS</b>	9.80	10 <sup>3</sup> /uL	<b>5 – 10</b>
<b>NEUTROFILOS</b>	68.3	%	<b>50 – 70</b>
<b>LINFOCITOS</b>	20.3	%	<b>20 – 40</b>
<b>HEMATOCRITO</b>	29.7	%	<b>37 – 47</b>
<b>HEMOGLOBINA</b>	9.3	g/dl	<b>11 – 15</b>
<b>HEMATIES</b>	4.75	x 10 <sup>6</sup> /uL	<b>3.5 – 5</b>
<b>PLAQUETAS</b>	3.34	10 <sup>3</sup> /uL	<b>150 – 450</b>
<b>GRUPO SANGUINEO</b>	B		



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



<b>FACTOR RH</b>	<b>POSITIVO</b>		
------------------	-----------------	--	--

*Tabla 5 Resultados de Hemogramas de la paciente al ingreso*  
**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia

<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>RANGO REFERENCIAL</b>
<b>IMMUNOSEROLOGIA</b>			
<b>VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV 1 + 2)</b>	NO REACTIVO	--	
<b>PRUEBA SEROLOGICA DE SÍFILIS (VDRL)</b>	NEGATIVO	--	
<b>HEMOSTASIA</b>			
<b>TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)</b>	37.0	Seg.	<b>30 – 45</b>
<b>TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)</b>	11.0	Seg.	<b>10 – 14</b>

*Tabla 6 Resultados de Inmunoserología y Hemostasia de la paciente al ingreso*

**Elaborado por:** Estudiante egresada de obstetricia

**HALLAZGO DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO: (Revisar Anexo 1)**

Frecuencia cardiaca fetal: 150 latidos por minutos

Dinámica uterina: de 3 en 10 de 20 segundos cada una

Variabilidad: presente

Aceleraciones y desaceleraciones: dentro del parámetro normal

**2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL**

**Diagnóstico presuntivo: (pre-parto)**

- Paciente con un embarazo de 39.4 semanas de gestación diagnosticado por FUM.
- Trabajo de parto en fase activa.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



**Con registro en sistema de historia clínica de CIE 10**

- **O800** Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice
- **O72.1** Otras hemorragias postparto inmediatas
- **O66.2** Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande

**Diagnóstico Diferencial:**

- **O71.3** Desgarro del cuello uterino trauma obstétrico

**Diagnóstico Definitivo: (post-parto)**

- Puerperio fisiológico inmediato+ Macrosomía fetal+ Hemorragia postparto

**2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

**Origen del Problema**

- Luego de descartar otros factores que se haya producido una hemorragia postparto, se identificó a la macrosomía fetal como el desencadenante de la misma, ya que esta patología es una de las principales causas de la atonía uterina.

**Procedimientos a realizar:**

- Ante un cuadro clínico que presentaba la paciente útero blando y no retraído, taquicardia, se decidió iniciar un procedimiento de legrado intrauterino tratando de localizar posibles alteraciones que produzcan hemorragia por restos, se procedió a reparar una episiotomía media-lateral junto con un desgarro en pared lateral derecha de vagina y evidenciando que aún existía un sangrado transvaginal y tras realizar un análisis físico se evidenció hipotonía uterina que se sospechó ser consecuencia de trabajo de parto prolongado por macrosomía fetal, de esta manera se decidió a activar la clave roja obstétrica y se colocó dos vías periféricas y sonda Foley, se realizó



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



masaje uterino enérgicamente, se administró como profilaxis oxitocina 10 UI Intramuscular stat; al no tener respuesta de contractibilidad del miometrio se utilizó misoprostol 800 mcg vía rectal, igualmente se le administró 40 UI de oxitocina IV en 1000 ml de solución cristaloide en infusión IV a 250ml/h, se continuó realizando el masaje uterino enérgico, se solicitó ergometrina, sin existir disponibilidad de la misma en la Casa de Salud; se volvió a comprobar tono uterino se evidenció que aún existía hipotonía uterina, por lo que se decidió colocar el balón de Bakri, se observó nuevamente tono uterino, se evidenció sangrado transvaginal escaso, se tomó muestras en tubos de ensayo, se los llevó a laboratorio y en la espera de los próximos resultados, se verificó hemostasia, y se comprobó resultados en la funda retrosecal de 1600 ml.

- Ante la pérdida hemática se decidió transfundir 2 unidades de glóbulos rojos concentrados, y por no haber conseguido la hemostasia absoluta por hipotonía uterina se decide la colocación de traje antishock, pasa a sala de postparto para observación de la evolución.

<b>Fc materno</b>	104
<b>Sistólica</b>	104
<b>Diastólica</b>	67
<b>Fr</b>	21
<b>Temperatura</b>	36.5
<b>Saturación</b>	99%
<b>Conciencia</b>	Alerta
<b>Proteinuria</b>	+
<b>Total</b>	1

## **2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Según la Guía de práctica clínica del Ministerio de Salud de SORE MAMA y claves



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



obstétricas, ante un cuadro de hemorragia postparto justifica el uso de uterotónicos como son:

- Oxitocina 10 UI/mL intramuscular (o 5 UI intravenoso lento) y 20-40 UI en 1000 mL de solución cristaloides en infusión intravenosa a 250 mL/h.
- Misoprostol 800 µg sublingual o vía oral u 800 µg vía rectal.
- Metilergonovina o Ergonovina (en ausencia de preeclampsia) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas. (GPC, 2017)

**UTILIZACION DEL BALON DE BAKRI:**

Si a pesar del masaje uterino y la administración de uterotónicos la hemorragia no cede, se deberá colocar el balón de compresión uterina. (GPC, 2017)

**UTILIZACION DE TRAJE ANTISHOCK NO NEUMATICO (TANN)**

Es un dispositivo médico que ha sido creado para mantener la estabilidad hemodinámica de la paciente que presenta un cuadro hemorrágico, permitiendo un adecuado manejo y/o traslado de la misma. (GPC, 2017)

**2.8 SEGUIMIENTO DEL CASO**

<b>Evolución:</b>	<b>Prescripción medica</b>
<p>Fecha:29/08/2020 Hora:10H49am</p> <p>Paciente de 20 años de edad, que presentó HPP que fue controlada con administración de uterotónicos e introducción de balón de Bakri, refirió dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra, se le transfunde 2 unidades de glóbulos rojos concentrados, paciente con traje antishock. Score mama: 1 por Taquicardia</p> <p><b>Diagnóstico definitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puerperio fisiológico inmediato</li> </ul>	<p><b>Medidas generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control de signos vitales</li> <li>✓ Control de score mama cada 4 horas</li> <li>✓ Control de loquios</li> <li>✓ Cuidados de enfermería</li> <li>✓ Dieta general</li> <li>✓ Alojamiento conjunto</li> <li>✓ Aseo diario</li> <li>✓ Lactancia materna</li> </ul>





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia postparto</li> </ul> <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales:</p>	<b>Fc materna</b>	103	<p>exclusiva a libre demanda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener balón de bakri por 24 horas postparto</li> <li>✓ Mantener traje antishock por 24 horas postparto</li> </ul>
	<b>Sistólica</b>	123	
	<b>Diastólica</b>	68	
	<b>Fr</b>	19	
	<b>Temperatura</b>	36.7	
	<b>Saturación</b>	100%	
	<b>Conciencia</b>	Alerta	
	<b>Proteinuria</b>	-	
	<b>TOTAL</b>	1	

<b>Evolución:</b>	<b>Prescripción medica</b>						
<p>Fecha:30/08/20 Hora:03H30am</p> <p>Paciente hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, con signos vitales estables, refiere sentirse mejor, por lo que se procede a iniciar extracción de balón de bakri.</p> <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan:</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Fc</b></td> <td>86</td> </tr> <tr> <td><b>Sistólica</b></td> <td>106</td> </tr> <tr> <td><b>Diastólica</b></td> <td>72</td> </tr> </table>	<b>Fc</b>	86	<b>Sistólica</b>	106	<b>Diastólica</b>	72	<p><b>Medidas generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vaciado de balón de bakri cada 20 minutos, retirar 10cc del volumen total</li> <li>✓ Inspección de sangrado transvaginal</li> <li>✓ Control de signos vitales</li> <li>✓ Mantener traje antishock por 24 horas postparto</li> </ul>
<b>Fc</b>	86						
<b>Sistólica</b>	106						
<b>Diastólica</b>	72						



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**



<b>Fr</b>	19		
<b>Temperatura</b>	36.5		
<b>Saturación</b>	100%		
<b>Conciencia</b>	Alerta		
<b>Proteinuria</b>	-		
<b>Total</b>	0		

<b>Evolución:</b>	<b>Prescripción medica</b>								
<p>Fecha:30/08/2020 Hora:04H30am</p> <p>Paciente hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, cumplida las 24 horas de traje antishock, con signos vitales estables, se considera paciente fuera de peligro por lo que se decide retirar traje de antishock según el protocolo, retirando cada segmento en espacios de 20 minutos, manteniéndose clínicamente estable y con se observa útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, paciente continua estable con signos vitales normales, razón por la que pasa a sala de maternidad.</p> <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan:</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Fc materno</b></td> <td>89</td> </tr> <tr> <td><b>Sistólica</b></td> <td>105</td> </tr> <tr> <td><b>Diastólica</b></td> <td>78</td> </tr> <tr> <td><b>Fr</b></td> <td>19</td> </tr> </table>	<b>Fc materno</b>	89	<b>Sistólica</b>	105	<b>Diastólica</b>	78	<b>Fr</b>	19	<p><b>Medidas generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control de signos vitales</li> <li>✓ Control de sangrado transvaginal</li> <li>✓ Dieta general</li> <li>✓ Biometría de control</li> </ul>
<b>Fc materno</b>	89								
<b>Sistólica</b>	105								
<b>Diastólica</b>	78								
<b>Fr</b>	19								



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA



<b>Temperatura</b>	36.5		
<b>Saturación</b>	99%		
<b>Conciencia</b>	Alerta		
<b>Proteinuria</b>	-		
<b>Total</b>	0		

<b>Evolución:</b>	<b>Prescripción medica</b>
<p>Fecha:30/08/20 Hora:20H24pm</p> <p>Paciente firma alta petición se inicia ejercicios vesicales para retiro de sonda Foley, refiere sentirse bien, sin ningún tipo de síntomas, se trata de disuadir la decisión tomada por ella puesto a que se observa leucocitosis elevada por lo que se quería culminar tratamiento antibiótico, pero la paciente decide hacer caso omiso y firmar la alta petición y no continuar con antibioticoterapia.</p> <p><b>Exámenes de laboratorio</b></p> <p><b>Postransfuncional:</b></p> <p>Hemoglobina: 9.50 g/dl Hematocrito: 29% Leucocitos: 21.45 x 10<sup>3</sup>/μL Plaquetas: 334 mm<sup>3</sup>/μL</p>	<p><b>Medidas generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Control por consulta externa</li><li>✓ Medicación ambulatoria</li><li>✓ Asesoría en planificación familiar</li></ul>



**Medicación Ambulatoria:**

- ✓ Amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas durante 5 días.
- ✓ Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas durante 3 días.
- ✓ Sulfato ferroso 50mg vía oral cada 12 horas durante 30 días

**3 OBSERVACIONES**

Mediante una adecuada y correcta revisión a la literatura previamente descrita que se desprende de libros, guías de práctica clínica, revistas ginecológicas, documentos actualizados de artículos médicos se establecen que existen patrones de riesgo en el presente caso tales como:

- Atención prenatal deficiente
- No hubo diagnóstico oportuno de macrosomía fetal mediante ecografía
- Como observaciones del manejo de la hemorragia se puede recalcar que generalmente el uso de traje antishock incrementa cuando se traslada a una paciente a otra Casa de Salud; pero en este caso se utilizó en el manejo expectante para el control de la hemorragia, con el fin de conseguir hemostasia. (obteniendo como resultado la estabilización hemodinámicamente de la paciente).
- Debido a la macrosomía fetal a la paciente se le realizó técnica de episiotomía medio-lateral para culminar el trabajo de parto.
- No existe ninguna referencia o control por ningún especialista EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA de Subcentro u otra casa de salud.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**



#### **4 CONCLUSIONES**

Se concluye que el factor de riesgo principal en este caso fue la macrosomía fetal, misma que provocó un parto prolongado y como resultado la hemorragia postparto por atonía uterina; sabiendo que existen otras causas de la cuales son: trauma, tejido, trombina, es en la valoración de la paciente que se va descartando estas complicaciones hasta quedarse con el diagnóstico definitivo referente a la clínica de la paciente.

Mediante la literatura citadas se logró a detallar el diagnóstico de una hemorragia postparto y la identificación del motivo de la hemorragia: primero que la paciente presenta un sangrado abundante, taquicardia, útero blando y no retraído y al no revertirse con la administración de uterotónicos facilitó el diagnóstico de hemorragia por atonía uterina; por lo tanto, lo emergente en el momento procedía a: estabilizar y revertir el cuadro clínico de la paciente para salvaguardar su vida.



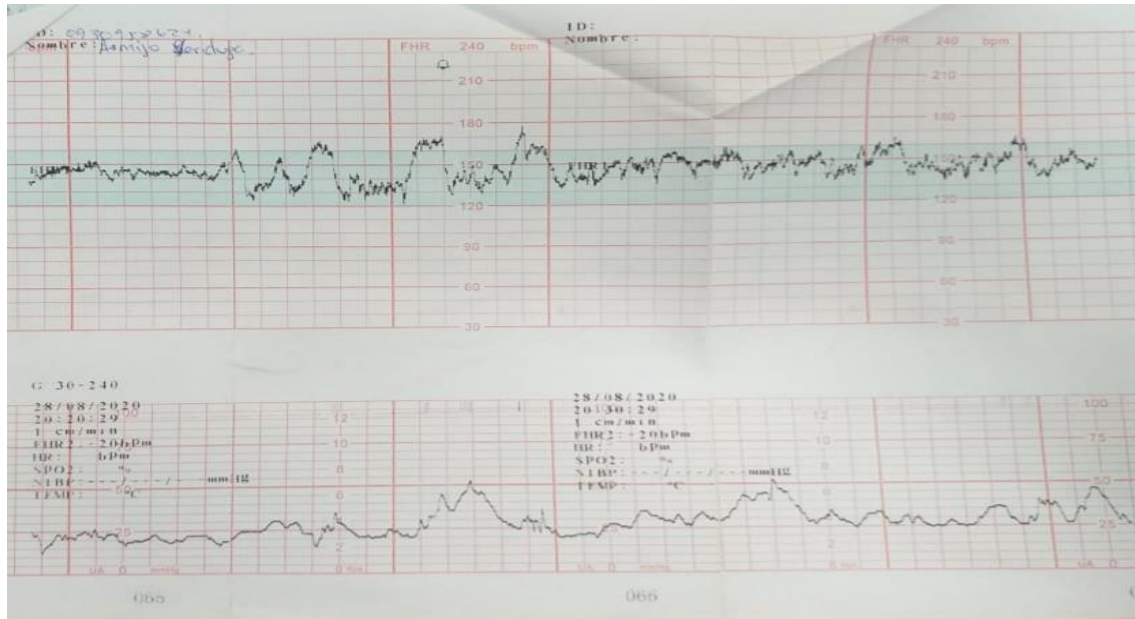
## 5 BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

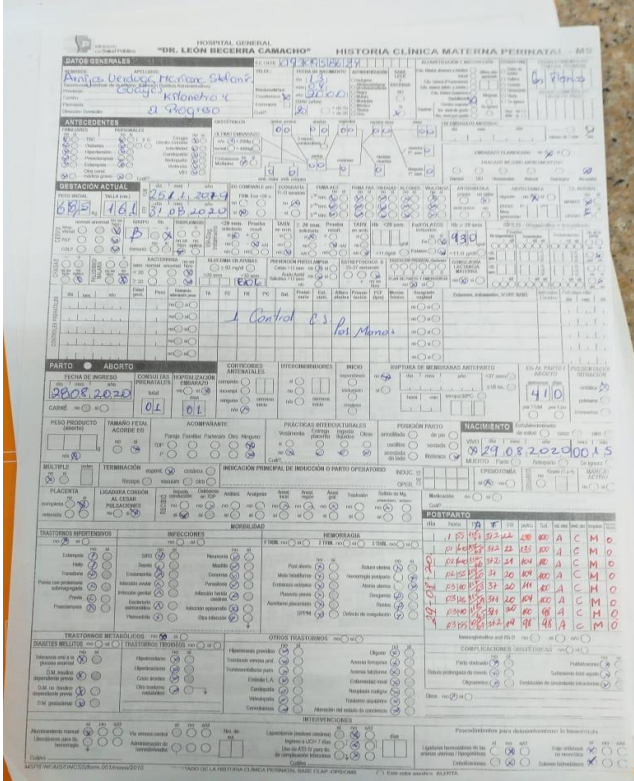
- Dr. Basanta, Dr. Fabiano, Lukeстик, D., Dr. Tissera, & Dra. Travela. (2019). *HEMORRAGIA POSTPARTO*.  
Obtenido de  
[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_2019\\_Hemorragia\\_Post\\_Part0.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Part0.pdf)
- Espinoza, D. V., Cornejo, D. F., Calle, D. J., Proaño, D. P., Gordón, D. M., & Macias, D. P. (2017). *Score MAMA y claves obstetrica*. Obtenido de  
<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- Galiano, J. M. (2009). *Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento*.
- GPC, M. d. (2013). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- GPC, M. d. (2017). Obtenido de <https://es.slideshare.net/pomicin/scoremam-2017-170316131010171107014356-1>
- Gulmezoglu, Souza, P., Abalos, E., Diaz, V., Hezelgrave, N., & Qureshi, Z. (2014). *Organizacion Mundial de la Salud*.
- Moore, D., McKinley, D., Nathens, D., Shapiro, D., & Bankey, D. (2006). *Guidelines For Shock Resuscitation*.
- Oladapo. (2010). *What exactly is active management of third stage of labor*. .
- Salud, O. P. (2015). *Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas*. Obtenido de  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es)
- Schwarcz, O. d. (2000). *Atencion del Parto, 6ta edicion*. El Ateneo. Obtenido de  
<https://www.yumpu.com/es/document/read/60462168/obstetricia-de-schwarcz-6ta-edicion>
- Serruya, D., Mucio, D. D., Sosa, D., Vasco, D., Fescina, D., Ortiz, D., & Escobar, D. (2019). *Guía para la atención de las principales emergencias obstetricas*. Obtenido de  
<https://femecog.org.mx/docs/EmergenciasObstetricas.pdf>
- Solari, D., Caterina, I., Alex, D., Marcos, D., & Omar, D. (2014). *POSTPARTUM HEMORRHAGE. MAIN ETIOLOGIES, PREVENTION, DIAGNOSIS AND*. Obtenido de  
[https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf)
- Vance, M. C., Malo, D. M., Vallejo, D. F., & Aguinaga, D. G. (2013). *Prevencion, diagnostico y tratamiento de la hemorragia postparto*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

Williams. (2018). *Williams Obstetricia 25 edición*. Hans Serrano. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739&sectionid=229289027>

## 6 ANEXOS



**Anexo 1.** Al monitoreo fetal encontramos un RCTG en categoría I con FCF: 150lpm



**HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL**

**DATOS GENERALES:** Apellido y Nombre: *Arce, Verónica Mercedes Gabriela*  
 Fecha de Nacimiento: *10/08/1980*  
 Lugar de Nacimiento: *Manabí*  
 Estado Civil: *En Progreso*

**ANTECEDENTES:** (Sección con múltiples ítems de salud pre-existente)

**EVOLUCIÓN:** (Sección con gráficos y descripciones de la evolución del embarazo)

**PARO:** Fecha: *20/08/2020*

**NACIMIENTO:** Fecha: *08/09/2020*



**GRÁFICO DE CRECIMIENTO FETAL:** (Gráfico de líneas que muestra el crecimiento del feto durante el embarazo)

**EVOLUCIÓN DEL FETO:** (Tabla con datos de peso, talla y edad gestacional)

**EXAMENES DE LABORATORIO:** (Tabla con resultados de análisis de sangre y orina)

**EXAMENES INSTRUMENTALES:** (Tabla con resultados de ecografías)

**PROCESO DEL PARTO:** (Tabla con detalles de las etapas del parto)

**REVISIÓN DEL NEONATO:** (Tabla con datos de peso, talla y vitalidad del recién nacido)

**Anexo 2. Hoja 051 Historia Clínica Materna Perinatal**



**Anexo 3. Colocación del traje antishock a la paciente**