



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
de Obstetriz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“conducta obstétrica en paciente multípara de 24 años con embarazo de 38.5,
trabajo de parto, hemorragia pos parto e histerectomía”

AUTOR

JENNIFER ANDREA OLALLA CORREA

TUTOR

Obst. Ana María Pasos Baño

Babahoyo– Los Ríos– Ecuador

2022



Índice

I. AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
II. DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
III. TEMA.....	4
IV. RESUMEN	5
V. ABSTRACT	6
VI. INTRODUCCIÓN.....	7
1. MARCO TEÓRICO	8
1.1 Definición.....	8
1.2 Epidemiología.....	10
1.3 Clasificación	11
1.4 Etiología.....	12
1.5 Factores de riesgo.....	13
1.6 Diagnóstico.....	14
1.7 Prevención.....	15
1.8 Tratamiento	16
1.9 Activación de la clave roja	17
1.10 Tratamiento específico de cada una de las T	19
1.11 Tratamiento Quirúrgico	20
1.12 Histerectomía	22
1.13 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.14 OBJETIVOS	24
1.14.1 Objetivo general	24
1.14.2 Objetivos específicos	24
1.15 DATOS GENERALES	24



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO	24
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA.....	24
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	25
2.3 ANAMNESIS	26
2.4 EXPLORACION CLÍNICA.....	27
2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	28
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. .	29
2.7 TRATAMIENTO	30
2.8 SEGUIMIENTO	36
3. OBSERVACIONES.....	39
4. CONCLUSIONES	39
5. BIBLIOGRAFÍA.....	41
6. ANEXOS.....	45



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



III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE MULTIPARA DE 24 AÑOS
CON EMBARAZO DE 38.5, TRABAJO DE PARTO, HEMORRAGIA POS
PARTO E HISTERECTOMIA”**



IV. RESUMEN

La hemorragia postparto es una complicación frecuente con una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna. Se considera como una de las principales causas de muerte materna en el Ecuador, siendo la atonía uterina la principal causa (50% al 70% de los casos). Su tratamiento consiste en medidas farmacológicas hasta procedimientos quirúrgicos como la histerectomía. El presente caso clínico tuvo como propósito analizar la conducta obstétrica en paciente multipara de 24 años con embarazo de 38.5, trabajo de parto, hemorragia postparto e histerectomía, además de, indicar la importancia de una correcta valoración para iniciar el tratamiento adecuado. Se presenta paciente de 24 años ingresada a la emergencia, por presentar dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada a gran intensidad, se valoró y se realizó el correspondiente seguimiento obstétrico durante el parto, se obtuvo recién nacido por parto eutócico, sin complicaciones, no obstante, durante el postparto inmediato se evidencia abundante sangrado, sin presencia de desgarros o laceraciones, por lo que se presume como causa atonía uterina. Se procede a la activación de la clave roja, y se inician medidas no quirúrgicas para la detención del sangrado, a pesar de ello, no se consigue un buen control del sangrado por lo cual se decide realizar histerectomía. Se concluyó que un diagnóstico correcto y oportuno del sangrado postparto permitirá iniciar el tratamiento correspondiente, con el propósito de evitar complicaciones que puedan ser fatales, y de esta forma, se obtendrá resultados maternos favorables y se disminuirá la tasa de muertes maternas por esta causa.

Palabras claves: MULTIPARA - HEMORRAGIA POS PARTO - HISTERECTOMIA



V. ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is a frequent complication with a high rate of maternal morbidity and mortality. It is considered one of the main causes of maternal death in Ecuador, with uterine atony being the main cause (50% to 70% of cases). Its treatment consists of pharmacological measures to surgical procedures such as hysterectomy. The purpose of this clinical case was to analyze the obstetric behavior in a 24-year-old multiparous patient with a pregnancy of 38.5, labor, postpartum hemorrhage and hysterectomy, in addition to indicating the importance of a correct assessment to initiate the appropriate treatment. We present a 24-year-old patient admitted to the emergency room, due to moderate to high intensity contractile pain in the hypogastrium, she was assessed and the corresponding obstetric follow-up was carried out during delivery, a newborn was obtained by eutocic delivery, without complications, however During the immediate postpartum period, abundant bleeding is evident, without the presence of tears or lacerations, which is why uterine atony is presumed to be the cause. The red key is activated, and non-surgical measures are started to stop the bleeding. Despite this, good control of the bleeding is not achieved, which is why it is decided to perform a hysterectomy. It was concluded that a correct and timely diagnosis of postpartum bleeding will allow the corresponding treatment to be initiated, in order to avoid complications that may be fatal, and in this way, favorable maternal results will be obtained and the rate of maternal deaths from this cause will be reduced.

Keywords: MULTIPAROUS - POSTPARTUM HEMORRHAGE -
HYSTERECTOMY



VI. INTRODUCCIÓN

El caso clínico acerca de la conducta obstétrica en paciente múltipara de 24 años con embarazo de 38.5, trabajo de parto, hemorragia posparto e histerectomía está enmarcado dentro del dominio de conocimiento salud y calidad de vida y líneas de investigación institucional de la Universidad Técnica de Babahoyo la que abarca salud humana y animal, y la línea de investigación de la carrera de Obstetricia que corresponde a la salud sexual y reproductiva. Aproximadamente 14 millones de mujeres experimentan una hemorragia posparto cada año alrededor del mundo, además, se producen anualmente 529.000 muertes relacionadas con el embarazo. La hemorragia pos parto representa el 25-30% de estas muertes, como tal el sangrado severo es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo. En Ecuador, alrededor de 34.000 personas mueren cada año por hemorragia pos parto, y según la oficina nacional de estadísticas y censos del país, la tasa de mortalidad materna en el año 2015 fue 49,2 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la hemorragia pos parto una de las más comunes. También, se debe considerar la causa más común de la hemorragia posparto es la atonía uterina, trauma/desgarro, restos placentarios y trastornos de la coagulación. Algunos autores consideran que la atonía uterina es responsable del 50 al 70% de hemorragias pos parto y del 4% de muertes maternas. Sin embargo, se puede controlar de manera preventiva con útero inhibidores durante o después del parto. (Antepara, 2019)

Es por esta razón que se planteó analizar la conducta obstétrica en paciente múltipara de 24 años con embarazo de 38.5, trabajo de parto, hemorragia post parto e histerectomía. Siguiendo normas y protocolos de las guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública.

Para el diseño del caso clínico se aplicó el método descriptivo, observacional, se hizo la revisión de bibliografía básica, artículos científicos, guías de práctica clínica e historia clínica de la paciente para poder realizar la comparación de



las fuentes, los datos las metodologías diagnósticas y se fundamentó la conducta obstétrica aplicada en la paciente.

Al realizar el análisis de la historia clínica se identificó que, el factor de riesgo en este caso fue la gran multiparidad, lo que conlleva a desencadenar una atonía uterina (útero blando no contraído por debajo de cicatriz umbilical), esto produjo una hemorragia postparto, en la cual se utilizó uterotónicos como dicta la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública, y como no logró revertirse se tomó la decisión de una histerectomía mejorando el pronóstico de la paciente.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

LATERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto está constituido por 3 etapas: la primera o de dilatación y borramiento, la segunda o expulsivo y la tercera etapa o de alumbramiento; esta última etapa del trabajo de parto se define como el periodo desde la expulsión completa del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas fetales (Wertheimer et al., 2022).

Entre las principales complicaciones de la tercera etapa del parto están: la atonía uterina (CIE 10: 072.1), hemorragia postparto (CIE 10: O72.0, O72.2), necesidad de transfusión, retención de placenta (CIE 10: O73.0, O73.1) que requiera extracción manual e histerectomía. Con respecto al tiempo de duración de la tercera etapa, se considera que a partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento hay un mayor riesgo de hemorragia postparto y, si este supera los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento (es decir, profilaxis con uterotónicos, tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta), se considera un incremento significativo en la incidencia de hemorragia postparto (MSP, 2015).



La duración media de la tercera etapa del parto, de acuerdo con diferentes autores se considera entre 5 a 6 minutos. Y la prolongación de esta tercera etapa puede aumentar el riesgo de sangrado postparto llegando a ser masivo y producir shock (CIE 10: O751) requiriendo hemoderivados e incluso histerectomía (Rotem et al., 2021).

HEMORRAGIA POSTPARTO

DEFINICIÓN

No existe una definición uniforme de hemorragia obstétrica porque no está claro que constituye una pérdida excesiva de sangre.

Según el momento de aparición de la hemorragia obstétrica, se puede dividir en hemorragia ante parto (PAH) y hemorragia pos parto (HPP).

Disminución del volumen de sangre a una velocidad superior a 150ml/min (resultado de una reducción del 50% del volumen en 20 min), que puede ocurrir en el estado de embarazo o pos parto, excediendo los 500 ml pos parto, o 1000 ml de pos parto.

Actualmente, la hemorragia pos parto se define como la pérdida masiva de sangre que provoca cambios hemodinámicos.

Criterios de diagnóstico:

- Pérdida de sangre de más del 25%(50% de capacidad en 3 horas)
- Disminución del hematocrito en 10 puntos o más.
- Aproximadamente 150ml/min perdidos en 20 minutos.
- Hemoglobina disminuida en 4 gr/dl
- Cambios hemodinámicos que causan síntomas: debilidad, mareos, síncope/o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria.

Estos datos surgen cuando un paciente pierde mucha sangre. (Asturizaga, 2014)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



La hemorragia pos parto primaria ocurre dentro de las primeras 24 horas, después del nacimiento de un recién nacido.

La hemorragia pos parto secundaria ocurre 24 horas después del parto y hasta 12 semanas después.

Las causas incluyen desechos placentarios residuales y/o infección. Las estimaciones visuales de la pérdida de sangre son en realidad inexactas y subestimadas por los operadores, lo que provoca retrasos en la implementación de los procedimientos terapéuticos. Hay varias formas de cuantificar la cantidad de sangrado, como las bolsas de recolección de sangrado que están diseñadas específicamente para facilitar la medición objetiva de la pérdida de sangre después del parto. (Basanta, 2019)

Consiste en una bolsa colectora calibrada adherida a una lámina de plástico que se coloca debajo de las nalgas de la mujer, seguido del parto. (Basanta, 2019)

De acuerdo con el MSP se define a la hemorragia postparto (CIE 10: O72.0, O72.2) como la pérdida de sangre superior a 500 ml durante un parto vaginal y mayor a 1000 ml durante un parto por cesárea (MSP, 2013).

La pérdida normal de sangre postparto no diagnosticado se define como una disminución en el nivel de hemoglobina de al menos 2 gr/dl sin ningún síntoma o signo de hemorragia postparto. Además de presentar un mayor riesgo de muerte materna también se relacionan otras complicaciones graves como son la anemia (CIE 10: D62X, O99.0), insuficiencia renal aguda (CIE 10: O90.4), insuficiencia hepática (CIE 10: K72.0, K72.9), síndrome de sheehan (CIE 10: E23.0), síndrome de dificultad respiratoria del adulto (CIE 10: J80X) y coagulopatía intravascular diseminada (CIE 10: D65X) (Feduniw et al., 2020).

1.2 Epidemiología

La hemorragia postparto (CIE 10: O72.0, O72.2) se considera como una de las principales causas de muerte y morbilidad materna, presentando un gran impacto alrededor del mundo durante siglos (Edwards, s. f.; Wu et al., 2020).



A nivel mundial se estima que 300000 mujeres mueren cada año durante el embarazo y el parto. La mayoría de las muertes ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto y la principal causa son las complicaciones durante la tercera etapa del parto (Wu et al., 2020).

La hemorragia postparto (CIE 10: O72.0, O72.2) primaria a nivel mundial se presenta en el 2 al 4% de los partos vaginales y en el 6 a 7% de los partos por cesárea. De estos casos el 1% representan hemorragias severas. Se considera como la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad materna alrededor del mundo correspondiendo al 8% de las muertes en países desarrollados y al 19,7% de las muertes en países en vías de desarrollo (López-García et al., 2017).

A nivel nacional las principales causas de muerte materna son: los trastornos hipertensivos del embarazo (CIE 10: O10.0 - O10.9, O13X, O14.0 – O14.9, O15.0 – O15.9) en el 41.18% de los casos, las hemorragias obstétricas (CIE 10: O72.0 - O72.3) en el 17,65% de los casos y por último las causas indirectas siendo el 17,65%. En adición, la zona 8 correspondiendo a Guayas, principalmente Guayaquil presenta el 29,41% de las muertes maternas a nivel nacional. A nivel de los Ríos no se registró en el 2020 muertes maternas (MSP, 2020).

1.3 Clasificación

La hemorragia posparto (CIE 10: O72.0 - O72.3) se clasifica de acuerdo con el tiempo de aparición en:

- **Primaria o inmediata:** se define como aquella que ocurre en las primeras 24 horas posparto, normalmente sucede inmediatamente después de la expulsión de la placenta o en las primeras 6 a 8 horas. Afecta aproximadamente al 4% de los partos vaginales y al 6% de los partos por cesárea. Su principal causa es la atonía uterina (CIE 10: O72.1) en el 70 - 90% de los casos (Cabrera, 2018).



- **Secundaria o tardía:** se produce entre las 24 horas y las 6 semanas postparto (42 días) y la mayoría se deben a la retención de productos de la concepción infección o ambas (MSP, 2013).

También se puede clasificar de acuerdo con el volumen hemático perdido, se considera leve cuando la pérdida es menor a 900 ml, moderada si es mayor a 1000 hasta 1500 ml, grave entre 1500 a 2100 ml y muy grave si supera los 2100 ml (Feduniw et al., 2020).

Entre los signos clínicos de hipovolemia se encuentran: la presión arterial sistólica baja, taquicardia y frecuencia respiratoria elevada. De acuerdo con el ATLS sí hay taquicardia con frecuencia mayor a 100 latidos por minuto, disminución de la presión del pulso y frecuencia respiratoria entre 20 - 30 se correlaciona a una pérdida sanguínea de 15%, mientras que si hay una disminución de la presión arterial, taquicardia más de 120 latidos por minuto y frecuencia respiratoria entre 30 - 40 se correlaciona con una pérdida de volumen sanguíneo entre el 30 y el 40% (Andrikopoulou & D'Alton, 2019).

1.4 Etiología

La causa más común e importante de la hemorragia postparto es la atonía uterina. La hemostasia inmediata del parto se produce por un mecanismo primario, en el cual la contracción del miometrio genera que los vasos sanguíneos uterinos que se encuentran dentro del miometrio y que atraviesan las células musculares del útero se ocluyan (MSP, 2013).

Causa	Frecuencia (%)
Tono: atonía uterina (CIE 10: O621, O622), sobre distensión uterina, fibroide uterino, inversión uterina.	70
Trauma: lesión cervical, vaginal o perineal, ruptura uterina, episiotomía.	20
Tejido: retención de placenta o coágulos.	10
Trombina: coagulopatía preexistente o adquirida (trastornos hipertensivos del embarazo, deficiencia de	<1



factores de coagulación, embolismo de líquido amniótico (CIE 10: O881), anticoagulación preexistente, entre otros).	
---	--

Tabla 1. Etiología de la hemorragia postparto. Obtenido de: *Guía Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto, MSP, 2013.*

1.5 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para hemorragia postparto están:

- Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario (CIE 10: P021).
- Placenta previa (CIE 10: O441, P020), placenta retenida.
- Embarazo múltiple (CIE 10: O308, O309).
- Hipertensión gestacional, hipertensión crónica reagudiza durante el embarazo, pre eclampsia, eclampsia (CIE 10: O10.0 - O10.9, O13X, O14.0 – O14.9, O15.0 – O15.9).
- Hemorragia postparto previa.
- Etnia asiática o hispana.
- Obesidad (IMC >35) (CIE 10: E660 – E669).
- Anemia (Hb <9 g/dl) (CIE 10: O990).
- Cesárea de emergencia o electiva (CIE 10: O820 – O829).
- Inducción del trabajo de parto.
- Episiotomía media-lateral.
- Parto vaginal asistido (fórceps/vacum).
- Trabajo de parto prolongado (>12 horas).
- Macrosomía fetal (>4 kg) (CIE 10: P080, P081).
- Pirexia durante la labor.
- Edad mayor de 40 años, primípara (MSP, 2013).

Entre otros factores de riesgo para la hemorragia postparto tenemos gran multiparidad (más de 5 partos), diabetes mellitus, gestación post término, polihidramnios, trabajo de parto disfuncional, hematoma retro placentario, corioamnionitis, entre otros (Fariñas et al., 2019).

1.6 Diagnóstico

Para el diagnóstico de la hemorragia inicialmente los valores de hemoglobina y hematocrito no serán buenos indicadores, ya que no disminuyen de manera proporcional en una pérdida hemática aguda. En cambio, se puede utilizar el fibrinógeno que al evidenciar valores inferiores a 200 mg/dl, es predictivo para una hemorragia postparto severa (Rivera Fumero et al., 2020).

Posterior al parto se debe realizar un examen pélvico completo para evidenciar pérdidas hemáticas superiores a lo esperado, para medir el volumen hemático no se debe utilizar la estimación visual o basarse en la experiencia médica, sino usar medios como esponjas, riñoneras, gasas, toallas, entre otros instrumentos que permitan estimar de manera más certera el volumen sanguíneo y de este modo no hayan inexactitudes y controversias con respecto a las medidas que se deben tomar para el manejo del sangrado que pueden ser muy inespecíficos y sobreestimar la pérdida sanguínea. Durante este examen se identificará el origen o causa del sangrado (4T) y de acuerdo con esto se realizará un manejo más preciso (Andrikopoulou & D'Alton, 2019; Rivera Fumero et al., 2020).



Ilustración 1. Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica. Obtenida de: Score MAMÁ y claves obstétricas, MSP, 2017.



1.7 Prevención

Para prevenir el sangrado postparto se realiza el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto que facilita la contracción uterina, la expulsión de la placenta y previene la hemorragia. Se administra un uterotónicos profiláctico durante o inmediatamente después del nacimiento del bebé, pinzamiento y corte del cordón como parte del manejo activo de esta etapa (Wu et al., 2020).

La oxitocina es el fármaco uterotónico de elección utilizado en el tratamiento activo de la tercera etapa del trabajo de parto. Es segura y eficaz para reducir la hemorragia postparto. Algunas pautas recomiendan una dosis en bolo intramuscular de 10 UI de oxitocina, mientras que la OMS recomienda 10 UI de oxitocina por vía intramuscular o intravenosa lenta por igual durante la tercera etapa del trabajo de parto (Charles et al., 2019; Wu et al., 2020).

Los pasos del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto:

- **Paso 1:** administrar oxitocina poco después de la salida del hombro anterior o en el primer minuto posterior al nacimiento del RN.
- **Paso 2:** tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los 2 o 3 minutos del parto (maniobra de Brandt-Andrews).
- **Paso 3:** masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta (MSP, 2013; Evensen, 2017).

El uterotónico de elección es la oxitocina 10 UI intramuscular, si no está disponible la oxitocina se puede usar 600 microgramos de misoprostol por vía oral, causa más efectos adversos que la oxitocina, por lo general náuseas, diarrea y fiebre dentro de las tres horas posteriores al nacimiento (Evensen, 2017), otros uterotónicos son: 0.2 miligramos intramuscular de ergometrina o metilergometrina; sintometrina (una combinación de 5 UI de oxitocina y 0,5 miligramos de ergometrina en ampolla IM) que deben ser evitadas en mujeres con enfermedades cardíacas, pre eclampsia, eclampsia y presión arterial alta (MSP, 2013).



La tracción controlada del cordón no se recomienda si no se ha administrado fármacos uterotónicos o antes de que se observen signos de que la placenta se ha separado ya que esto podría provocar la separación parcial de la placenta, ruptura del cordón, sangrado excesivo y/o inversión del útero. Además, no se debe realizar la tracción del cordón sin aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano (*MSP, 2013*).

Y, por último, el tercer paso consiste en el masaje uterino que debe realizarse por al menos las 2 primeras horas para que exista una adecuada retracción uterina y que los loquios sean normales (*MSP, 2013*).

1.8 Tratamiento

Ante la hemorragia pos parto, la acción inmediata y secuencial es crucial, se recomienda tener un plan de acción previamente establecido y familiar para el personal de salud. El obstetra debe ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia si es exitosa o por el contrario insuficiente, de esta manera se asegura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo se debe coordinar ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de que la hemorragia no pueda controlarse con medidas generales.

La conducta inicial debe estar enfocada a mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello se debe instaurar una fluido terapia agresiva con lactato de ringer en proporción (300cc de reposición por cada 100 perdidas). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido aproximadamente 1 a 2 litros de sangre en tales circunstancias.

Si se administra 5 o más concentrado de glóbulos rojos se debe agregar plasma fresco congelado para reducir los efectos de la coagulopatías por dilución. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de plaquetas está por debajo de 20.000 o si hay disfunción plaquetaria.

Un glóbulo rojo apilado aumenta el hematocrito en un 3%, y 6 plaquetas apiladas representan un recuento elevado de 30.000/ micro litro. Durante este



periodo, se debe controlar los signos vitales y realizar análisis de sangre seriados cada 30 minutos, una vez que la hemoglobina sea >8 g/dl (hematocrito $>21\%$), el recuento de plaquetas >50.000 o el tiempo de coagulación (TP, TTP) sea inferior 1,5 veces el valor de control, consideraremos la interrupción de la transfusión.

Si la saturación de oxígeno no se mantiene por encima del 92%, se debe usar oxigenoterapia de apoyo con mascarilla.

Al mismo tiempo, se debe colocar un catéter con la triple función de promover las contracciones uterinas (debido al vaciado de la vejiga), preparar a la paciente para la intervención quirúrgica y controlar la diuresis. volumen de diuréticos >30 ml/hora, mientras la paciente esta hemodinamicamente estabilizada se debe buscar e identificar la causa del sangrado para que se pueda iniciar el tratamiento adecuado. (H. Karlsson, 2009)

Una vez identificada la hemorragia se deben realizar cuatro pasos para el correcto manejo de la hemorragia: comunicar a los profesionales relevantes para el cuidado, reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxígeno, monitorización e investigación de la causa e implementación de medidas para detener el sangrado (MSP, 2013).

1.9 Activación de la clave roja

En la práctica médica existen tres claves en lo que corresponde a obstetricia y esto es de acuerdo con las 3 principales causas de morbi-mortalidad materna en el país, estas claves son las siguientes: clave roja (hemorragia), clave azul (trastornos hipertensivos) y clave amarilla (sepsis). La clave roja se define como un sistema en el cual el personal de salud capacitado en estas claves tomará “roles y funciones”, en el momento que uno de ellos identifique la emergencia, esto permitirá una comunicación efectiva y un trabajo coordinado para manejar la hemorragia y disminuir la morbi-mortalidad materna (MSP, 2017).

La activación de la clave la realizará el primer profesional que tenga contacto con la mujer que presenta la emergencia o el sangrado postparto. El equipo estará constituido por el coordinador, el asistente 1, el asistente 2 y el circulante (MSP, 2017).

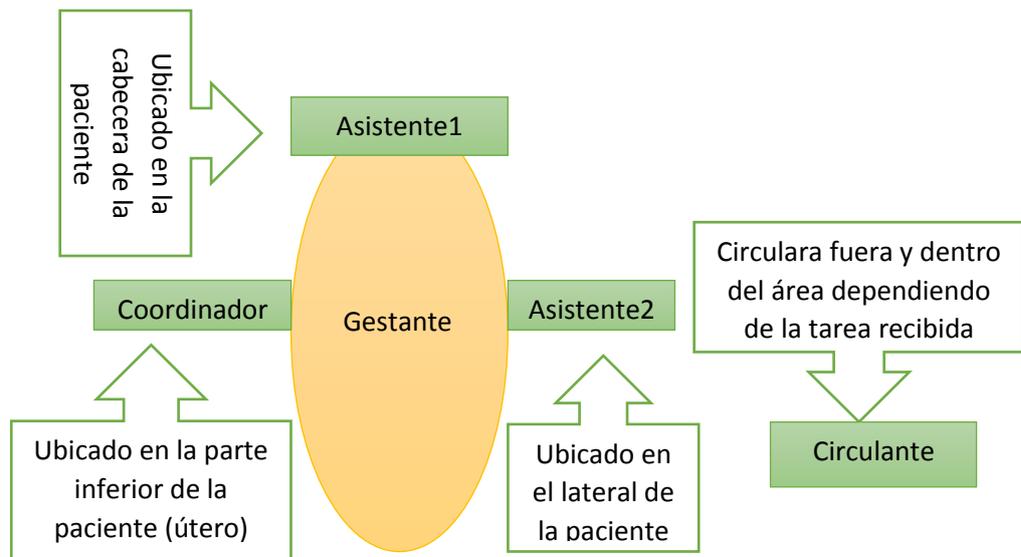


Ilustración 2. Ubicación del equipo durante la clave roja. Obtenido de: Score MAMÁ y claves obstétricas, MSP, 2017.

Luego de identificar la hemorragia postparto se debe actuar de manera rápida y efectiva, ya que el 90% de las muertes maternas ocurren en las primeras 4 horas. Primero se canalizarán 2 vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) por medio de una de las vías se suministrarán soluciones cristaloides en un volumen de hasta 2L en infusión rápida y por la otra vía se administrará medicación. En caso de no disponer hemoderivados para transfusión, se puede continuar con soluciones coloides en volumen de hasta 1,5 L. Continuamente se debe realizar una evaluación del estado general de la mujer incluyendo los signos vitales, si se sospecha de shock iniciar tratamiento inmediato. Hay que asegurar la permeabilidad de la vía aérea y provisionar oxígeno de ser necesario por mascarilla a 10 a 15L/min. Colocar una sonda vesical para monitorizar el gasto urinario, el cual debe ser mayor >30 cc/hora. Además, se debe realizar pruebas de laboratorios e identificar la causa para realizar un manejo específico y oportuno (MSP, 2013; Rivera Fumero et al., 2020)

1.10 Tratamiento específico de cada una de las T

- **Atonía uterina:** se debe realizar masajes uterinos transabdominal (se realiza colocando una mano en la vagina y empujando contra el cuerpo del útero mientras que la otra mano comprime el fondo desde arriba a través de la pared abdominal) y uso de medicamentos uterotónicos, la oxitocina en dosis de 20 a 40 UI en 1L de cloruro de sodio 0,9%, infundiendo 500 ml durante 10 minutos y luego 250 ml/h. En segunda elección tenemos la prostaglandina F2 Alfa, a dosis de 250 mcg IM o en el miometrio repitiendo cada 15 a 90 minutos para una dosis total de 2 mg, la metilergometrina se utilizará a dosis de 0,2 mg IM y se repetirá cada 2 a 4 horas, el Misoprostol se utilizará de 800 a 1000 mcg por vía rectal o 600 a 800 mcg por vía sublingual. El ácido tranexámico se recomienda si los uterotónicos no logran controlar el sangrado o si se cree que el sangrado se debe a trauma como por una rotura de útero o por un desgarro ya sea a nivel cervical, vaginal o en el perineo (Evensen, 2017; Shakur et al., 2017).

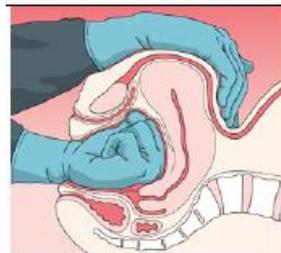


Ilustración 3. Compresión bimanual como tratamiento para atonía uterina. Obtenido de: Score MAMÁ y claves obstétricas, MSP, 2017.

- **Trauma:** se debe realizarla reparación oportuna de desgarros o laceraciones. Los hematomas vaginales y vulvares pequeños se pueden tratar con bolsas de hielo, analgesia y observación. Los hematomas grandes de más de 3 a 4 cm o que aumentan de tamaño requieren de incisión y evacuación (Evensen, 2017).
- **Tejido:** la retención de placenta ocurre en menos del 3% de los partos vaginales. Si se retiene la placenta se debe considerar la extracción



manual usando analgesia apropiada o utilizar instrumentos como el legrado para su extracción completa (Evensen, 2017).

- **Trombina:** los defectos de coagulación deben sospecharse en pacientes que a pesar de las medidas habituales para tratar la hemorragia postparto no responden a estas. También se debe sospechar de un defecto de la coagulación, si la sangre no se coagula en los recipientes junto a la cama o en los tubos de recolección de laboratorio de tapa roja dentro de 5 a 10 minutos. Estos defectos de coagulación pueden ser congénitos o adquiridos, la evaluación debe incluir un recuento de plaquetas y la medición del tiempo de protrombina, tromboplastina parcial, nivel de fibrinógeno, productos de división de fibrina y el análisis cuantitativo de dinero D. Los médicos deben tratar el proceso de la enfermedad subyacente si se conoce y apoyar el volumen intravascular, evaluar en serie el estado de coagulación y reemplazar los componentes sanguíneos apropiados (Evensen, 2017).

1.11 Tratamiento Quirúrgico

La mayoría de los casos de atonía uterina responden al tratamiento farmacológico con uterotónicos; sin embargo, si el sangrado prevalece o es grave, se optará por el tratamiento quirúrgico. Este manejo quirúrgico se efectúa de forma escalonada con progresión de las medidas quirúrgica entre los cuales tenemos: taponamiento, suturas compresivas (sutura hemostática de B-Lynch), ligaduras arteriales (arterias uterinas o arterias útero ováricas) y por último la histerectomía. No siempre se logrará realizar cada etapa, por lo que directamente se procede a realizar la histerectomía (MSP, 2013; Cabrera, 2018)

Taponamiento

Es una maniobra transitoria en el cual se comprime el útero y endometrio para lograr la disminución del sangrado, puede ser realizado de las siguientes formas:

- **Manual:** consiste en el masaje bimanual, introduciendo una mano por la vagina y comprimiendo el útero a través de la pared abdominal con la otra mano.
- **Compresas:** se introduce en el canal vaginal compresas una por una, hasta hacer presión en la cavidad uterina.
- **Balón inflable (balón de Bakri):** se inserta el balón en el útero ingresando por la vagina y se infla logrando compresión del lecho placentario (Cabrera, 2018).

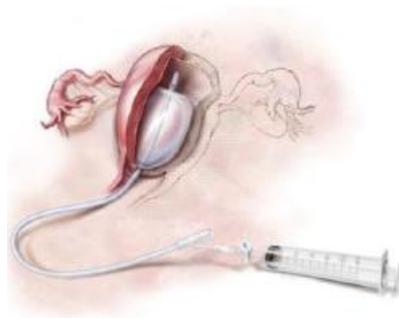


Ilustración 4. Técnica para taponamiento uterino con el balón de Bakri. Obtenido de: Manual de Obstetricia y Ginecología IX edición, 2018.

Suturas compresivas

Por medio de laparotomía se realizan suturas con material absorbible a nivel de útero, que realizan compresión sobre este. Existen varias técnicas, pero la más utilizada es la de B-Lynch. El material absorbible permite que el útero regrese a estado normal posteriormente (Cabrera, 2018.).

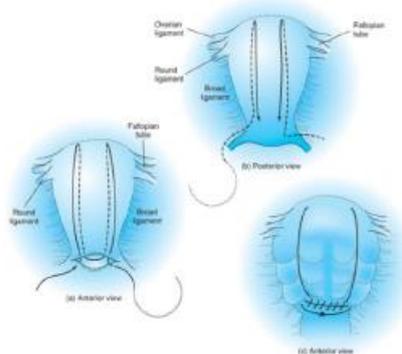


Ilustración 5. Técnica de B-Lynch (suturas compresivas). Obtenido de: Manual de Obstetricia y Ginecología IX edición, 2018.

Ligaduras arteriales

- **Arterias uterinas:** se efectúa por medio de laparotomía y se ligan las arterias a nivel del istmo. El 80% de los casos de atonía uterina que llegan a esta etapa se logran resolver con la ligadura de estas arterias, evitando la histerectomía (Cabrera, 2018).
- **Arterias hipogástricas:** se obtiene un resultado similar que al ligar las arterias uterinas, sin embargo, el procedimiento es más complejo y aumenta la morbilidad (Cabrera, 2018).

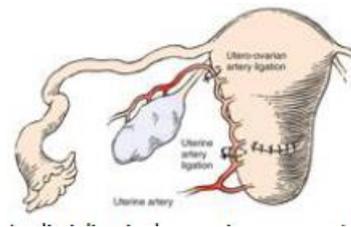


Ilustración 6. Ligaduras arteriales. Obtenido de: *Manual de Obstetricia y Ginecología IX edición, 2018.*

1.12 Histerectomía

Se denomina histerectomía periparto cuando este procedimiento quirúrgico es realizado posterior al parto vaginal o por cesárea. Es utilizado cuando el sangrado de la atonía uterina es de difícil manejo o en casos de placentación anómala. En los últimos 25 años existe un aumento de los casos de histerectomía. Hay que tener en consideración como todo procedimiento quirúrgico puede presentar complicaciones, entre las más frecuentes se encuentran la hemorragia y la lesión del tracto urinario (vejiga) (Cunningham, et al., 2019).

La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en patologías benignas y malignas del útero. Este procedimiento se considera la segunda causa a nivel mundial de técnicas quirúrgicas mayores realizadas. Su abordaje puede ser abdominal, vaginal y laparoscópica, en los casos de hemorragia postparto por ser una emergencia, se considera en primer lugar la



histerectomía abdominal, para detener el sangrado de forma más eficiente (Ponce, 2015)

Se considera como el tratamiento definitivo en casos hemorragia grave que no se controla a pesar del tratamiento. Puede ser total cuando se extirpa el útero y el cuello del útero o subtotal cuando se preserva el cuello uterino. Se recomienda realizar la histerectomía subtotal porque reduce el tiempo de cirugía y complicaciones como las lesiones vesicales (Cabrera, 2018). Al realizar la histerectomía es necesario la exposición adecuada del útero, la vejiga se debe dirigir hacia abajo para que se realice correctamente el procedimiento, además de disminuir el riesgo de lesión vesical. El ligamento redondo se debe disecar cerca del útero, el ligamento ancho se corta hacia los ligamentos uterosacros, así como el ligamento cardinal. Luego de diseccionar los ligamentos, se deben identificar la arteria y venas uterinas para ser pinzadas. Luego de haber realizado estos procedimientos en ambos lados del útero, se procede a la amputación del útero, si se extirpa el cuello uterino, la vejiga debe ser movilizada lo más retraída posible detrás de la sínfisis, por último, se sutura la escisión de cérvix y cierre del anillo vaginal (Cunningham, et al., 2019)

1.13 JUSTIFICACIÓN

La redacción del caso clínico tiene como propósito Analizar la conducta obstétrica en paciente multípara de 24 años con embarazo de 38.5, trabajo de parto, hemorragia pos parto e histerectomía, además, de ser la segunda causa de muerte materna a nivel nacional. Se dará a conocer desde diferentes puntos de vistas de varios autores, el diagnóstico y tratamiento de esta emergencia, con el fin de conocer el mejor método para manejar la hemorragia y en qué casos se toma la decisión de histerectomía, de esta manera se pretende ayudar en la disminución de los casos de morbilidad y mortalidad materna-fetal, aportando con información y datos sobre esta emergencia.



1.14 OBJETIVOS

1.14.1 Objetivo general

Analizar la conducta obstétrica en paciente múltipara de 24 años con embarazo de 38.5, trabajo de parto, hemorragia pos parto e histerectomía.

1.14.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo para hemorragia postparto en paciente múltiparas de 24 años.
- Exponer las medidas preventivas para disminuir el riesgo de hemorragia postparto.
- Establecer el resultado materno y neonatal en un caso de hemorragia del post parto

1.15 DATOS GENERALES

Código: GABRCLIS	Edad: 24 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 05/06/1996
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Religión: Católica	Nivel socioeconómico: Bajo
Domicilio: Nueva Esperanza - Quevedo	Hospital: Sagrado corazón de Jesús
Fecha de ingreso: 18/11/2020	

2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente femenina de 24 años de edad con embarazo de 38.5 semanas por ecografía actualizada, acude con cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por dolor hipogástrico o tipo contráctil de moderada a gran intensidad irradiada a región lumbosacra y acompañado de moco cervical no sanguinolento, niega otros síntomas acompañantes es traída en ambulancia



del ecu 911 desde su domicilio orientada en tiempo y espacio, tranquila y colaboradora.

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes Familiares Y Personales

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarquía: 16 años	Ciclos menstruales: 28 días
Planificación familiar: no usaba	Inicio de vida sexual: 16 años
Parejas sexuales: 3	Gestas: 6 Partos: 3 Abortos: 3 Cesárea: 0
Fum: Desconoce	Controles prenatales: 3 CS San Camilo
Vacunas: 1	Ecografías en CS: 3
Periodo intergenésico: 1 año 9 meses	ITS: ninguno

Primera atención de la paciente (18/11/2020)

Preparación:

Peso: 69 KG

TALLA: 163 CM



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



SCORE MAMA: 0	TA: 120/80 FC:96Lx' T: 37 °C FR: 20 Rx' SPO2: 98% ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA PROTEINURIA: NEGATIVO
----------------------	---

ESCALA DE GLASGOW

Parámetros para valorar:	Puntuación:
Reflejo ocular:	4
Función verbal:	5
Función motora:	6
Total	15/15

Glasgow normal

2.3 ANAMNESIS

Paciente femenino de 24 años de edad, cursa con embarazo de 38.5 semanas de gestación por ecografía actualizada, multípara que acude al área de emergencia Gineco-obstétrico de esta casa de salud traída en ambulancia del ECU 911 desde su domicilio, paciente refiere dolor en hipogastrio de moderada a gran intensidad irradiada a región lumbosacra y acompañada de moco cervical no sanguinolento.

Al examen físico: abdomen globuloso compatible con embarazo a término, feto único vivo con 140lpm, producto cefálico longitudinal.



2.4 EXPLORACION CLÍNICA

Examen Físico

- **Cabeza:** normo cefálica, vías áreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas húmedas.
- **Cuello:** simétrico sin adenopatías.
- **Tórax:** campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, mamas asimétricas no nódulos.
- **Abdomen:** suave depresible, globuloso acorde con embarazo de 38.5 semanas de gestación, FCF140 latidos por minuto, movimientos fetales presentes.
- **Al Examen Gineco-Obstétrico:**
 - ✓ Dilatación: 4cm
 - ✓ Borramiento: 40%
 - ✓ Plano: alto
 - ✓ Contracciones: 3/10/30''
 - ✓ Presentación: cefálico
 - ✓ Altura uterina: 36 cm
- **Extremidades:** simétricas sin patología aparente, no edema.

Información de exámenes complementarios al momento

EXAMENES DE LABORATORIO

Tabla N1. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

GRUPO SANGUINEO	A
FACTOR RH	POSITIVO

Fuente: Historia clínica del Hospital sagrado corazón de Jesús-Quevedo

Elaborado por: Jennifer Olalla estudiante de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo

RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	9.8 g/dl	[13-17]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



HEMATOCRITO	28.9%	[40-50]
HEMOGLOBINA	31.1pg	[27-31]
CORPUSCULAR MEDIA		
VOLUMEN	91.7pg	[80-100]
CORPUSCULAR MEDIO		
CONCENTRACIÓN DE	33.9 g/dl	[30-36]
HEMOGLOBINA		
CORPUSCULAR MEDIA		
PLAQUETAS	128 10/UL	[150-450]
LEUCOCITOS	9.10 10/UL	[4-10]
LINFOCITOS	28.1%	[25-40]
NEUTROFILOS	67.1%	[55-65]
EOSINÓFILOS	1.7%	[0.5-5]
BASÓFILOS	0.2%	[0-2]
MONOCITOS	0.26 10/UL	[0.3-1]
TIEMPO DE TROMBINA	20''	[12-14]

Exámenes serológicos

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

OTROS

SARS-COV-2+IGM+IGG	NEGATIVO
--------------------	----------

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo:



Embarazo de 38 semanas de gestación más trabajo de parto fase latente más periodo intergenesico corto.

Diagnóstico diferencial:

Embarazo a término + Falso trabajo de parto

Embarazo a término + trabajo de parto Obstruido

Embarazo a término + trabajo de parto en fase latente

Diagnóstico definitivo:

Embarazo a término + trabajo de parto + hemorragia pos parto + hysterectomía.

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

EVOLUCIÓN

Ingreso

18/11/2020 02h05 am

Paciente femenino de 24 años de edad con embarazo de 38.5 semanas de gestación por ecografía actualizada, acude con cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada a gran intensidad irradiada a región lumbosacra y acompañada de moco cervical no sanguinolento niega otros síntomas acompañantes, es traída en ambulancia del ecu 911 desde su domicilio, orientada en tiempo y espacio, tranquila y colaboradora.

Se procede a realizar una valoración Gineco-obstétrica para su ingreso a sala de parto a la pelvimetría tipo de pelvis ginecoide (forma ancha y abierta), Test de Bishop (Dilatación 4cm[2], borramiento 40%[1], posición anterior[2], consistencia blanda y suave[2], plano II [1]) el resultado del test es igual a 8, lo que nos indica que el test de bishop es favorable (para una inducción de parto en caso de ser necesario), en el partograma registramos cada variación que tenga la paciente en el trabajo de parto, score mama TA: 120/80--FC:96Lx'-- T:



37 °C--FR: 20 Rx'--SPO2: 98%--ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA--
PROTEINURIA: NEGATIVO, se realiza monitoreo para obtener la dinámica
uterina la cual es 3 contracciones en 10 minutos, duración 30 segundos.

Se ordena exámenes complementarios para su ingreso.

2.7 TRATAMIENTO

- control de signos vitales según score mama
- monitoreo fetal cada 4 horas
- cuidados de enfermería
- consejería en acompañamiento de parto, vestimenta y entrega de placenta
- valoración por especialista
- pase a sala de parto

18/11/2020 02h10 am

Paciente femenino de 24 años de edad que sube de emergencia obstétrica con embarazo de 38.5 semanas de gestación por ecografía, al momento orientada en tiempo y espacio. Paciente refiere dolor hipogastrio de moderada intensidad al realizar el toco monitoreo se evidencia actividad uterina intensa con 3 contracciones en 10 minutos las cuales duran 30 segundos.

Al examen físico abdomen globuloso compatible con edad gestacional de 38.5 semanas de gestación, movimientos fetales presentes FCF 140 -145 -150 Lpm.

Se dibuja en la hoja 051 curva de alerta de alerta materna, el tiempo estimado para el parto es de 3 horas, la curva de descenso del producto se encuentra en plano II, frecuencia cardiaca fetal es de 140 Lpm la cual se encuentra dentro de los parámetros normales y variedad de presentación fue la occipito iliaca izquierda anterior, se encuentra en el borde inferior de la sínfisis del pubis (fijo)

Al tacto vaginal: resultado del test de bishop 10 puntos

- dilatación: 6cm [3]



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



- borramiento: 80%[3]
- posición central[1]
- consistencia del cuello uterino: blanda y suave[2]
- plano: II[1]
- membranas integra
- actividad uterina: 3/10/30”

Prescripción

- control de signos vitales
- monitoreo fetal
- cuidados de enfermería
- parto en libre posición + vestimenta a elección
- comunicar novedades

18/11/2020 02h55

Paciente con parámetros completo es llevada a sala de partos no litotómico.

- Dilatación: 10cm
- Borramiento: 100%
- Plano: III
- Membranas integra
- Actividad uterina: 3/10/30”
- FCF: 145 – 155 Lpm

Bajo normas de asepsia y antisepsia de región vulvo-perineal más colocación de campos estériles, paciente en posición sentada obtiene recién nacido único vivo de sexo masculino apgar 8/9, peso 3100, longitud 51 cm, perímetro cefálico 34 cm, es recibido por pediatra de guardia el cual reporta que el neonato se encuentra en buenas condiciones, se realizó apego precoz y se clampea cordón umbilical al cese de los latidos, se realiza manejo activo del tercer periodo de parto más alumbramiento de placenta y membranas ovulares completas, perdida hemática 400 ml en



funda retrocecal, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, paciente no desea llevarse la placenta, se limpia cavidad vaginal.

Se evidencia en partograma el tiempo estimado del parto y el tiempo real estuvo por dentro de la curva de alerta.

Se recomienda vigilancia de sangrado las dos primeras horas.

Signos vitales / score mama

FC: 89x'	0
PA: 100/60	0
FR: 19x'	0
T: 37°C	0
SPO2: 98%	0
ESTADO DE CONCIENCIA:	
ALERTA	0
PROTEINURIA: NEGATIVO	0
TOTAL DE SCORE MAMA	0

Diagnóstico definitivo

Parto eutócico simple + puerperio fisiológico inmediato

Prescripción médica

- control de signos vitales
- cuidados de enfermería
- control de sangrado transvaginal cada 15 minutos por 2 horas más masaje uterino
- dieta general
- apego precoz
- lactancia materna
- alojamiento conjunto
- profilaxis del cordón umbilical



- vitamina k IM stat
- signos de alarma materna y recién nacido

Medicación

- solución salina 0.9% 1000cc iv + 2 ampollas de oxitocina(20UI)
- amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas
- paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas
- biometría de control
- pase a sala de ginecología en 2 horas

18/11/2020

04h10 am

Se valora paciente lo cual se revisa canal blando después del parto, no se evidencio desgarros ni laceraciones en el mismo, se observa sangrado abundante por atonía uterina por lo que activa clave roja y se procede a colocación de técnica de Zea, no mejorando sangrado por lo que se procede a colocación de balón de bakri con 500cc de solución salina, lo cual ayuda un poco a detener el sangrado se decide colocar el traje antishock, paciente orientada en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico definitivo

Hemorragia del posparto inmediato

Prescripción medica

- control de signos vitales
- cuidados de enfermería
- Misoprostol 800 mg sublingual stat
- activación de clave roja
- canalizar dos vías periféricas
- 2 unidades de concentrado globular IV
- Oxígeno a 5 litros por minuto
- Balance hídrico
- Colocación de traje antishock



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



- Colocación de sonda Foley
- Lactato de ringer 1000ml IV goteo rápido
- Cloruro de sodio 1000ml a goteo rápido
- Cefazolina 1gr IV cada 6 horas
- Metilergometrina 0.2 mg IM cada 8 horas
- Ketorolaco 60 mg IV cada 12 horas
- Paracetamol 1gr IV cada 8 horas
- Vigilar sangrado cada 15 minutos
- Retiro de balón de bakri a las 24 horas
- Avisar novedades

18/11/2020

04h40 am

Paciente hemodinamicamente estable orientada en tiempo, espacio y persona.

Signos vitales TA 98/62, FC 114, TEMPERATURA 37°C, FR 21, SPO2 99%, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA, SCORE MAMA 2.

Diagnóstico:

Hemorragia del posparto inmediato

Prescripción medica

- Vigilancia constante
- Continuar medicación anterior

18/11/2020

7H30 am

Paciente cursa con 5 horas de evolución pos parto, lo cual comenzó con sangrado abundante por lo que se decide realizar laparotomía exploratoria de emergencia, se informa a familiar.

Signos vitales TA 90/60, FC 118, FR 20, TEMPERATURA 36°C, SPO2 99%, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA, SCORE MAMA 2.

Prescripción medica



- Preparar para quirófano de emergencia para laparotomía exploratoria

18/11/2020

10h30 am

Nota quirúrgica

Previa sepsia y antisepsia y bajo anestesia general, colocación de campos estériles, se realiza incisión de pfannenstiel, diéresis por planos hasta cavidad abdominopelvica, evidenciando útero atónico, flácido con múltiples hematomas, útero couvelaire (infiltración hemática), se procede a realizar histerectomía, se pinzan, succión y ligadura de ambos ligamentos redondos, ligamentos útero-ováricos, sección(corte) de la fosa anterior del ligamento ancho, descenso de vejiga, pinzamiento, sección por ligadura de ambas arterias uterinas y cervicovaginales reforzamiento de las mismas.

Se realiza sutura continua de la cúpula vaginal, se procede a realizar ligadura de ambas arterias hipogástricas posterior al sangrado. Se cuantifico perdida hemática 2.800 ml aproximadamente.

SCORE MAMA

FC: 110x'	1
SISTÓLICA:120x'	0
DIASTÓLICA:89x'	1
FR: 24x'	2
T: 37°C	0
SPO2: 99%	
ESTADO DE CONCIENCIA:	0
ALERTA	0
PROTEINURIA: NEGATIVO	0
TOTAL DE SCORE MAMA	4

Diagnostico medico

Puerperio fisiológico inmediato + hemorragia pos parto+ histerectomía



Prescripción medica

- Balance hídrico
- Score mama cada 15 minutos
- Lactato de ringer 1000 ml 30 gotas por minuto
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 1 gr IV cada 6 horas
- Ketorolaco 60 mg IV cada 12 horas
- Metilergometrina 0.2 mg cada 8 horas
- Paracetamol 1 gr IV cada 8 horas
- Trasfundir 2 paquetes globulares
- Control de biometría hemática
- Avisar novedades

2.8 SEGUIMIENTO

18/11/2020 18h00 pm

Se valora paciente posterior a cirugía por histerectomía la cual se encuentra hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, sangrado escaso a medida que transcurre el tiempo, se toma signos vitales el cual reporta lo siguiente.

FC: 115x'	2
PA: 100/60	0
FR: 19x'	0
T: 37°C	0
SPO2: 99%	0
ESTADO DE CONCIENCIA:	
ALERTA	0
PROTEINURIA: NEGATIVO	0
TOTAL DE SCORE MAMA	2

Prescripción medica



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



- Control de signos vitales
- Vigilancia de sangrado
- Continuar con misma prescripción anterior

19/11/2020

08h30

Paciente de 24 años de edad cursa con aproximadamente 22 horas de histerectomía, al momento se encuentra hemodinamicamente estable, activa reactiva, orientada en tiempo y espacio. Con signos vitales estables se considera paciente fuera de peligro, por el cual pasa a sala de ginecología para reposo.

Al examen físico: mucosas húmedas y pálidas.

Tórax: campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación, herida quirúrgica sin signos de inflamación.

Genitales: sangrado escaso.

Miembros inferiores: sin edema.

Signos vitales

FC: 90x'	0
PA: 100/65	0
FR: 20x'	0
T: 36,5°C	0
SPO2: 98%	0
ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA	0
PROTEINURIA: NEGATIVO	0
TOTAL DE SCORE MAMA	0

Prescripción medica



- cuidados de enfermería
- control de signos vitales
- vigilancia de sangrado transvaginal
- dieta blanda
- signos de alarma materna
- continuar con medicación anterior

20/11/2021

14h00 pm

Alta medica

Se valora paciente que al momento se encuentra en condiciones clínicas estables, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, activa, reactiva, afebril que cursa con aproximadamente 52 horas de pos operatorio por histerectomía.

Al examen físico: facie tranquila, mucosa húmeda normo coloreadas.

Tórax: campos pulmonares ventilados, ritmos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando depresible levemente doloroso a la palpación, herida quirúrgica sin signos de inflamación.

Genitales: sangrado escaso.

Miembros inferiores sin edema.

Prescripción medica

- signos de alarma materna
- medicación ambulatoria
- lactancia materna exclusiva
- cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días
- diclofenaco 75 mg intramuscular por 5 días
- gentamicina 160 mg intramuscular cada día por 4 días
- sulfato ferroso 100 mg vía oral cada 12 horas durante 30 días



3. OBSERVACIONES

Mediante el análisis de diferentes literaturas como guías de práctica clínica del ministerio de salud pública (MSP), libros, revistas científicas, para saber el manejo adecuado de la hemorragia pos parto y su tratamiento a seguir.

En este caso existen factores de riesgo los cuales son:

- gran multiparidad
- control prenatal deficientes
- período intergenesico menor a 2 años

Como observaciones del manejo a la hemorragia pos parto se puede decir que el uso del traje antishock es exclusivo para referir a la paciente a otra casa de salud con mayor complejidad, pero en este caso se lo utilizo para obtener la estabilización hemodinámica de la paciente (hemostasia).

Debido a las complicaciones que presentó la paciente se le termino realizando una histerectomía total para evitar la muerte materna.

4. CONCLUSIONES

Como conclusión se identificó como factor de riesgo en este caso fue la gran multiparidad, que conlleva a una atonía uterina (útero blando no retraído por debajo de cicatriz umbilical), la cual desencadenó a una hemorragia pos parto y posteriormente a una histerectomía total. Recordando que existe también otras causas como tejido, trauma y trombina.

Mediante las bibliografías citadas como la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública (MSP) del 2013 logra especificar el diagnóstico sobre una hemorragia pos parto e identificar el motivo de la misma, en primer lugar la paciente presentó sangrado abundante, útero blando el cual no se corrigió con el uso de uterotónicos esto facilito a un diagnóstico que la hemorragia pos parto fue por atonía uterina; lo que se procedió a estabilizar y corregir el cuadro



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



clínico de la paciente y proteger su vida realizando una histerectomía. Evitando una muerte materna más para las estadísticas del país.

El resultado materno fue favorable, se pudo estabilizar y mejorar el estado de la paciente tomando las medidas adecuadas ante una hemorragia posparto inmediata.

El resultado neonatal se pudo iniciar lactancia en la primera hora, el colecho que sucedió ante la hemorragia esto dificultó el apego lo cual el recién nacido fue trasladado a sala de neonatología para mayor vigilancia.



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Andrikopoulou, M., & D'Alton, M. E. (2019). Postpartum hemorrhage: Early identification challenges. *Seminars in Perinatology*, 43(1), 11-17. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.003>
2. Cabrera, J. C. (s. f.). *Manual Obstetricia y Ginecología*. 2018, 638.
3. Charles, D., Anger, H., Dabash, R., Darwish, E., Ramadan, M. C., Mansy, A., Salem, Y., Dzuba, I. G., Byrne, M. E., Breebaart, M., & Winikoff, B. (2019). Intramuscular injection, intravenous infusion, and intravenous bolus of oxytocin in the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage: A three-arm randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2181-2>
4. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., Spong, C. (2019). *Williams Obstetricias* (25).
5. Edwards, H. M. (s. f.). *Aetiology and treatment of severe postpartum haemorrhage*. 20.
6. Evensen, A. (2017). *Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment*. 95(7), 10.
7. Fariñas, T. C., Castillo, R. P., & Gonzalez, Y. C. (2019). Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Revista Medica Sinergia*, 4(10), e269-e269. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i10.269>
8. Feduniw, S., Warzecha, D., Szymusik, I., & Wielgos, M. (2020). Epidemiology, prevention and management of early postpartum hemorrhage—A systematic review. *Ginekologia Polska*, 91(1), 7.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



9. López-García, L. F., Ruiz-Fernández, D. P., Zambrano-Cerón, C. G., & Rubio-Romero, J. A. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 218. <https://doi.org/10.18597/rcog.2916>
10. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
11. Ministerio de Salud Pública. Gaceta de Muerte Materna SE 10. Subsecretaría de vigilancia de la salud pública dirección nacional de vigilancia epidemiológica, 2020.
12. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en <http://salud.gob.ec>
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Primera edición. Quito: MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna, 2017.
14. Ponce, D. R. S. (s. f.). *La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales*. 14.
15. Rivera Fumero, S., Chacón González, C., & González Chavarría, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: Diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Medica Sinergia*, 5(6), e512. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.512>
16. Rotem, R., Lipski, A., Weintraub, A. Y., Baumfeld, Y., Yohay, D., Press, F., & Pariente, G. (2021). Third stage of labor placental complications and



- placenta-associated syndromes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(20), 3350-3354.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1684468>
17. Shakur, H., Roberts, I., Fawole, B., Chaudhri, R., El-Sheikh, M., Akintan, A., Qureshi, Z., Kidanto, H., Vwalika, B., Abdulkadir, A., Etuk, S., Noor, S., Asonganyi, E., Alfirevic, Z., Beaumont, D., Ronsmans, C., Arulkumaran, S., Grant, A., Afsana, K., ... Faye, G. E. (2017). Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): An international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 389(10084), 2105-2116.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30638-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30638-4)
18. Wertheimer, A., Melamed, S., Ashwal, E., Sapir, O., Oron, G., Ben-Haroush, A., Shochat, T., Wiznitzer, A., & Shufaro, Y. (2022). Complications of the third stage of labor are more prevalent in IVF pregnancies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(4), 663-667.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1730797>
19. Wu, Y., Wang, H., Wu, Q.-Y., Liang, X.-L., & Wang, J. (2020). A meta-analysis of the effects of intramuscular and intravenous injection of oxytocin on the third stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(3), 643-653. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05467-9>
20. Asturizaga, D. P. (2014). *HEMORRAGIA OBSTÉTRICA*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009



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



21. Basanta, D. N. (2019). *FAGSO*. Obtenido de http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf
22. (GPC, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2013)
23. (H. Karlsson, hemorragia pos parto, 2009)

6. ANEXOS

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 COORDINACIÓN ZONAL 5 - SALUD
 341165

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

Apellido y nombre: García Bravo, María Lorena
 Fecha de nacimiento: 01/06/1966
 Domicilio: Calle 10 de Mayo, Quito

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

Motivo: Embarazo a término

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

EMERGENCIA (1)

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

7 EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO

8 LOCALIZACIÓN DE LESIONES

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

13 PLAN DE TRATAMIENTO

14 ALTA

EMERGENCIA (2)

Informe Ecográfico Obstétrico

Paciente: GARCIA BRAVO CLARA
 Edad: 24 años

Útero aumentado de tamaño ocupado por feto único al momento presentación cefálica, situación longitudinal, dorso fetal posterior.

Según el BDP: 91mm = 36.65G
 Según la HC: 333mm = 38.5G
 Según la FL: 72mm = 37.3 G
 Según la AC: 343mm = 38.2 SG
 Peso: 3334 gramos

Placenta localizada en la pared Posterior
 Inserción normal
 Madurez grado I-II

Líquido amniótico en volumen disminuido, IIA 5.9 ml oligoamnios moderado
 Latido cardíaco presente FCF: 162 lat./Minuto.
 Movimientos fetales activos.
 Partes fetales observadas. Normales

CONCLUSIÓN ECOGRÁFICA: EMBARAZO APROXIMADO +/- 38.3 SEMANAS POR ULTRASONIDO + OLIGOAMNIOS MODERADO + FETO VIVO.

DRA. NELLY ACOSTA C.
 SERVICIO DE ECOGRAFIA

Av. Guayaquanes # 400 Parroq. 7 de Octubre, Quevedo
 Teléfonos: 563 (52) 750 373



HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

16/93

17/93

Escaneado con CamScanner

PARTOGRAMA

C.C. / FCU: 09/08/1994

17/93

Escaneado con CamScanner

QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

11/93

ORDEN NO. 20111883

GARCIA BRAVO CLARA ISABEL

Identificación: 0320919216

Edad: 24 años 5 meses Sexo: Femenino

Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-11-18 9:58AM

Fecha de impresión: 2020-11-18 10:17AM

Informe de Resultados

EXAMEN RESULTADO UNIDAD V. REFERENCIA

AUTOMUNES E INFECCIOSAS

SARS-CoV-2 IgG Qualitativo Negativo

SARS-CoV-2 IgM Qualitativo Negativo

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Recuento de Glóbulos Rojos	4.15	10 ⁶ /µL	[4 - 6]
Hemoglobina	9.8	g/dL	[13 - 17]
Hematocrito	26.9	%	[40 - 50]
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	61.7	fem	[90 - 100]
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	31.1	pg	[27 - 31]
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.9	g/dL	[30 - 36]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	14.2	%	[11.5 - 15.5]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	47.1	µm ³	
Plaquetas	128	10 ³ /µL	[150 - 450]
Plaquetocrito	0.10	%	[0.1 - 0.5]
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	8.2	µm ³	[7.4 - 11]
Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)	16.8	%	[10 - 16]
Glóbulos Blancos	9.10	10 ³ /µL	[4 - 10]
Linfocitos (%)	28.1	%	[25 - 40]
Neutrófilos (%)	67.1	%	[55 - 65]
Monocitos (%)	2.9	%	[2 - 10]
Eosinófilos (%)	1.7	%	[0.5 - 5]
Basófilos (%)	0.2	%	[0 - 2]
Células Granulares Inmaduras (%)	0.2	%	
Linfocitos (#)	2.56	10 ³ /µL	[1 - 4.4]
Neutrófilos (#)	6.10	10 ³ /µL	[1.6 - 7]
Monocitos (#)	0.26	10 ³ /µL	[0.3 - 1]
Eosinófilos (#)	0.18	10 ³ /µL	[0 - 0.5]
Basófilos (#)	0.02	10 ³ /µL	[0 - 0.2]
Células Granulares Inmaduras (#)	0.02	10 ³ /µL	

Validado por: Lic. EDUARDO SECALTA

Dr. Boris Zambrano
 Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico

QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 20111883

GARCIA BRAVO CLARA ISABEL

Identificación: 0320919216

Edad: 24 años 5 meses Sexo: Femenino

Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-11-18 9:58AM

Fecha de impresión: 2020-11-18 10:15AM

Informe de Resultados

EXAMEN RESULTADO UNIDAD V. REFERENCIA

HEMATOLOGÍA

Recuento de Glóbulos Rojos	4.15	10 ⁶ /µL	[4 - 6]
Hemoglobina	9.8	g/dL	[13 - 17]
Hematocrito	26.9	%	[40 - 50]
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	61.7	fem	[90 - 100]
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	31.1	pg	[27 - 31]
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.9	g/dL	[30 - 36]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	14.2	%	[11.5 - 15.5]
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	47.1	µm ³	
Plaquetas	128	10 ³ /µL	[150 - 450]
Plaquetocrito	0.10	%	[0.1 - 0.5]
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	8.2	µm ³	[7.4 - 11]
Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)	16.8	%	[10 - 16]
Glóbulos Blancos	9.10	10 ³ /µL	[4 - 10]
Linfocitos (%)	28.1	%	[25 - 40]
Neutrófilos (%)	67.1	%	[55 - 65]
Monocitos (%)	2.9	%	[2 - 10]
Eosinófilos (%)	1.7	%	[0.5 - 5]
Basófilos (%)	0.2	%	[0 - 2]
Células Granulares Inmaduras (%)	0.2	%	
Linfocitos (#)	2.56	10 ³ /µL	[1 - 4.4]
Neutrófilos (#)	6.10	10 ³ /µL	[1.6 - 7]
Monocitos (#)	0.26	10 ³ /µL	[0.3 - 1]
Eosinófilos (#)	0.18	10 ³ /µL	[0 - 0.5]
Basófilos (#)	0.02	10 ³ /µL	[0 - 0.2]
Células Granulares Inmaduras (#)	0.02	10 ³ /µL	

Validado por: Lic. EDUARDO SECALTA

Dr. Boris Zambrano
 Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico

WBC DIFF, RBC, PLT, WNE, WNB

Escaneado con CamScanner



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**CRUZ ROJA ECUATORIANA
HEMOCENTRO NACIONAL
Antonio Elizalde E4-31 Y Av. Gran Colombia
GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETAR**

A POS  512004814
 CGRSCLPV00
 Fecha Caduca: 30/11/2020

Fenotipos: A2+, A2+
 Anticuerpos:
 Extracción: 19/10/2020
 Temp. Almacenamiento:
 DESDE 2 A 6 °C
 Zona Geográfica: SIERRA
PRUEBAS ANALÍTICAS
 HBsAg: NO REACTIVO

**CRUZ ROJA ECUATORIANA
HEMOCENTRO NACIONAL
Antonio Elizalde E4-31 Y Av. Gran Colombia
GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETAR**

A POS  512004654
 CGRSCLPV00
 Fecha Caduca: 24/11/2020

Fenotipos: A1+, A1+
 Anticuerpos:
 Extracción: 13/10/2020
 Temp. Almacenamiento:
 DESDE 2 A 6 °C
 Zona Geográfica: SIERRA
PRUEBAS ANALÍTICAS
 HBsAg: NO REACTIVO

**CRUZ ROJA ECUATORIANA
HEMOCENTRO NACIONAL
Antonio Elizalde E4-31 Y Av. Gran Colombia
PLASMA FRESCO CONGELADO**

A  102083891
 PFCV00

Fenotipos:
 Extracción: 24/10/2020
 Sexo: FEMENINO

**CRUZ ROJA ECUATORIANA
HEMOCENTRO NACIONAL
Antonio Elizalde E4-31 Y Av. Gran Colombia
PLASMA FRESCO CONGELADO**

A  732003964
 PFCV00

Fenotipos:
 Extracción: 19/10/2020
 Sexo: FEMENINO
 Temp. Almacenamiento:
 BAJO 20 °C
 Zona Geográfica: COSTA
PRUEBAS ANALÍTICAS
 HBsAg: NO REACTIVO
 HIV: NO REACTIVO
 HCV
 Sifilis
 Chagas
 Escrutii

**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
DIRECCIÓN DISTRITAL 1003 - QUEVEDO - MOCACHE - SALUD
COORDINACIÓN DE ZONAL 5 - SALUD**

GRUPO SANGUÍNEO
A
 Rh: **+**
 Fecha: 18/11/20
 Receptor: García Bravo Clara
 Lugar: Parto
 Código: 512004814

**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
DIRECCIÓN DISTRITAL 1003 - QUEVEDO - MOCACHE - SALUD
COORDINACIÓN DE ZONAL 5 - SALUD**

GRUPO SANGUÍNEO
A
 Rh: **+**
 Fecha: 18/11/20
 Receptor: García Bravo Clara
 Lugar: Parto
 Código: 512004654

**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
DIRECCIÓN DISTRITAL 1003 - QUEVEDO - MOCACHE - SALUD
COORDINACIÓN DE ZONAL 5 - SALUD**

GRUPO SANGUÍNEO
A
 Rh: **+**
 Fecha: 18/11/20
 Receptor: García Bravo Clara
 Lugar: Parto
 Código: 102083891

**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
DIRECCIÓN DISTRITAL 1003 - QUEVEDO - MOCACHE - SALUD
COORDINACIÓN DE ZONAL 5 - SALUD**

GRUPO SANGUÍNEO
A
 Rh: **+**
 Fecha: 18/11/20
 Receptor: García Bravo Clara
 Lugar: Parto
 Código: 732003964



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Obstetricia**



Babahoyo, 21 de marzo 2022

Para: Dr. Hugolino Orellana Gaibor
COORDINADOR TITULACIÓN OBSTETRICIA

Asunto: CERTIFICACIÓN DE URKUND

Yo, Ana María Pasos Baño, docente de la carrera de Obstetricia certifico que la egresada Srta. JENNIFER ANDREA OLALLA CORREA, ha realizado su trabajo de titulación Dimensión Práctica del Examen Complexivo de tema: **CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE MULTÍPARA DE 24 AÑOS CON EMBARAZO DE 38,5, TRABAJO DE PARTO, HEMORRAGIA POS PARTO E HISTERECTOMÍA**, que al ser sometido al sistema URKUND ha obtenido un índice de similitud del 9% con diversas fuentes.

Sin otro particular me despido.
Atte.

Original

Document Information

Analysed document: CASO CLINICO-FINAL_17.docx (03328888)
Submitted: 2022-03-21T12:37:00Z00000000
Submitted by: jpasos@utb.edu.ec
Submitter email: jpasos@utb.edu.ec
Similarity: 9%
Analysed address: mpasos@utb.edu.ec@utb.edu.ec

Sources included in the report

W	URL: http://www.scielo.org/br/bco/doi/10.1590/S1518-87892014000200009 Received: 2012-05-21T12:37:00Z00000000	1
SA	HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA.docx Document: HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA.docx (03328888)	1
W	URL: https://habla.ansp.gob.mx/revistas/revistas/08/02.pdf Received: 2015-03-09T17:14:52Z00000000	1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO CASO CLINICO HPF VELEZ GARDOLIN.docx Document: CASO CLINICO HPF VELEZ GARDOLIN.docx (03328888) Submitted by: jpasos@utb.edu.ec Received: jpasos@utb.edu.ec@utb.edu.ec	1



ANAMARIA.PASOS.BANO@UTB.EDU.EC
**ANA MARIA
PASOS BANO**

Dra. C. Ana María Pasos Baño
DOCENTE TUTOR