



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

---



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA**  
**OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

**TEMA**

**HEMORRAGIA POSTPARTO EN EMBARAZADA CON**  
**INDUCTOCONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO**

**AUTOR**

**GUAMAN SACON MAOLY ESTEFANIA**

**TUTOR**

**MARLON MARTINEZ**

**BABAHOYO – LOS RIOS**

**SEPTIEMBRE 2019**

## **DEDICATORIA**

**Ante todo agradezco a Dios por la sabiduría y endereza que me obsequia día a día al igual a mis padres que han sido el gran apoyo de mi vida quienes me han encaminado por el sendero de la humildad, respeto, y sinceridad me formaron con reglas y algunas libertades pero al fin de cuentas me motivaron para alcanzar mis anhelos y forjándome como la persona que soy actualmente.**

**A mi hija que es mi puntal y con su amor con su amor ayudándome a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida fuiste mi más grande motivación para concluir este proyecto de grado nada es fácil pero tampoco imposible somos caminantes forjando aminos en la vida y seguir de pie por los que amamos, por nosotros mismos.**

**Gracias Mama, Papa, Hija**

## INDICE

<b>CAPITULO I .....</b>	<b>1</b>
<b>1. TITULO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>3.....</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>
<b>.....</b>	<b>4</b>

**La hemorragia post parto como se recalca es un factor con gran porcentaje de muerte materna por lo tantoel personal medico debemos estar preparados para que esta incidencia disminuya esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando una atención inmediata y segura en el momento de la hemorragia posparto, la atonía uterina (en un 70%) es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. Por tanto se recomienda que el manejo activo de la tercera etapa del parto se realice en todas las mujeres y que los profesionales estén capacitados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto. .... 4**

**Un aspecto clave de la prevención de la HPP es la terapia uterotónica. El fármaco más utilizado es la oxitocina, también se usa con frecuencia la ergometrina o análogos, aunque está contraindicada para mujeres con hipertensión arterial y enfermedad cardíaca. Por esta razón, el misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina E1 con propiedades uterotónicas, ha atraído considerablemente la atención como una alternativa a la oxitocina para**

la prevención de la HPP en ámbitos de recursos limitados. Se ha demostrado que el misoprostol es efectivo, fácil de administrar, de bajo costo, estable a temperatura ambiente y no presenta las dificultades logísticas asociadas con el uso de la oxitocina.....	4
4 .....	MARCO TEÓRICO
.....	5
La hemorragia post parto se relaciona con multiples factores tanto como la por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma, agotamiento muscular por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad, corioamnionitis fiebre, RPM prolongada. Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea consideramos una perdida de 10 puntos de hematocrito aunque según fines clínicos consideramos que toda paciente que presente inestabilidad hemodinámica que sea puerpera es una hemorragia post parto ya que no podemos cuantificar una cantidad de sangrado preciso. ....	5
Inducción de trabajo de parto .....	8
4.1 .....	JUSTIFICACIÓN
.....	10
4.2 OBJETIVOS .....	11
4.2.1 GENERAL .....	11
4.2.2 ESPECÍFICOS .....	11
CAPITULO II.....	11
4.....	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO
.....	11

<b>5.1</b> .....	<b>ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA</b>	
.....		11
<b>DOLOR ABDOMINAL DE BAJA INTENSIDAD:</b> En lo cual paciente acude a servicio de emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina localizado en hipogastrio de leve intensidad, irradiando hacia región lumbar de más o menos 4horas de evolución sin presencia de sangrado y sin presentar sintomatología acompañante .....		
		11
<b>5.3</b>	<b>ANAMNESIS</b> .....	12
<b>5.3.1</b>	<b>DATOS DE FILIACIÓN</b> .....	12
<b>5.3.2</b>	<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b> .....	12
<b>5.3.4</b>	<b>ALERGIAS</b> .....	12
<b>5.3.3</b>	<b>ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS</b> .....	12
<b>5.3.4</b>	<b>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</b> .....	13
<b>5.3.4.1</b>	<b>SANGRE</b> .....	13
<b>5.4</b>	<b>ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA</b> .....	13
<b>5.5</b>	<b>EXPLORACIÓN CLÍNICA</b> .....	14
<b>5.6</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO</b> .....	22
	Hemorragia uterina causada por atonía uterina .....	22
	Hemorragia causada por retención, producto de la concepción .....	22
<b>5.6.1</b>	<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b> .....	22
<b>5.6.2</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b> .....	23

•.....	PARTO EUTOCICO	
.....		23
•.....	HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA	
.....		23
•.....	SHOCK HIPOVOLEMICO COMPENSADO	
.....		23
•.....	RECIEN NACIDO VIVO	
.....		23
5.7	CONDUCTA A SEGUIR.....	23
5.8	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	24
5.9	SEGUIMIENTO .....	24
5.2	.....	
.....	<b>OBSERVACIONES</b>	
.....		25
<b>CAPITULO III</b>	.....	<b>26</b>
6	.....	
.....	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
.....		26
<b>CAPITULO IV</b>	.....	<b>27</b>
7	.....	
.....	REFERENCIAS	
.....		27

# **CAPITULO I**

## **TITULO**

### **HEMORRAGIA POSTPARTO**

## RESUMEN

La hemorragia e mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es grandemente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención tanto activa como sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

En cuanto a la inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello y provoquen la expulsión fetal después de la semana 28 de gestación. En la mayoría de los hospitales alrededor del mundo, el parto inducido representa una pequeña cifra del total de partos. El parto inducido lleva a mayor morbilidad que aquel que ocurre naturalmente. Por ello, en el momento de elegir la inducción artificial del trabajo de parto es necesario apoyarse en una clara indicación y balancear la relación riesgo-beneficio. Por el contrario la conducción del trabajo de parto es el proceso por el cual se estimula al útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos



tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina que es el fármaco de elección para la conducción del trabajo de parto

**Palabras clave.** Hemorragia postparto. HPP. Atonía uterina. Uterotónico. Alumbramiento. Inducción. Contracción. Oxitocina.

## **ABSTRACT**

Hemorrhage and maternal mortality in the world. It is universally defined as blood loss greater than 500 ml after vaginal delivery or 1,000 ml after a C-section. Early postpartum hemorrhage (PPH) is that which occurs during the first 24 hours after delivery and is usually the most severe. The late is what happens after 24 hours after delivery until 6 weeks after it. The causes of PPH include uterine atony, traumas / lacerations, retention of products of conception and coagulation disorders, the most frequent being atony. The diagnosis is clinical and the treatment must cover general life support measures and other more specific ones of aetiological nature.

Fortunately, it is largely avoidable in most cases if an adequate prevention strategy is followed, both actively and systematically in the delivery phase of all deliveries. As for the induction of labor, it refers to a set of maneuvers aimed at initiating and maintaining uterine contractions that modify the neck and cause fetal expulsion after the 28th week of gestation. In most hospitals around the world, induced labor represents a small number of total deliveries. Induced labor leads to greater morbidity than that which occurs naturally. Therefore, when choosing the artificial induction of labor it is necessary to rely on a clear indication and balance the risk-benefit ratio. On the contrary, the conduction of labor is the process by which the

uterus is stimulated to increase the frequency, duration and intensity of contractions after the spontaneous onset of labor. The technique has been frequently used to treat prolonged labor when it is determined to be due to poor uterine contraction.

Traditional methods used to speed up labor have been the use of intravenous infusion of oxytocin which is the drug of choice for the delivery of labor

Keywords. Postpartum hemorrhage HPP. Uterine atony. Uterotonic Delivery.

Induction. Contraction. Oxytocin

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia post parto como se recalca es un factor con gran porcentaje de muerte materna por lo tanto el personal medico debemos estar preparados para que esta insidencia disminuya esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando una atención inmediata y segura en el momento de la hemorragia posparto, la atonía uterina (en un 70%) es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. Se han descrito una serie de factores de riesgo identificables para hemorragia posparto, en muchos casos puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo histórico o clínico. Por tanto se recomienda que el manejo activo de la tercera etapa del parto se realice en todas las mujeres y que los profesionales estén capacitados para manejar una hemorragia posparto en la atención de cada parto.

Un aspecto clave de la prevención de la HPP es la terapia uterotónica. El fármaco más utilizado es la oxitocina, también se usa con frecuencia la ergometrina o análogos,

aunque está contraindicada para mujeres con hipertensión arterial y enfermedad cardíaca. Por esta razón, el misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina E1 con propiedades uterotónicas, ha atraído considerablemente la atención como una alternativa a la oxitocina para la prevención de la HPP en ámbitos de recursos limitados. Se ha demostrado que el misoprostol es efectivo, fácil de administrar, de bajo costo, estable a temperatura ambiente y no presenta las dificultades logísticas asociadas con el uso de la oxitocina.

## **MARCO TEÓRICO**

La hemorragia post parto se relaciona con múltiples factores tanto como la por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma, agotamiento muscular por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad, corioamnionitis fiebre, RPM prolongada. Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea consideramos una pérdida de 10 puntos de hematocrito aunque según fines clínicos consideramos que toda paciente que presente inestabilidad hemodinámica que sea puerpera es una hemorragia post parto ya que no podemos cuantificar una cantidad de sangrado preciso.

### **Hemorragia posparto primaria o inmediata**

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

### **Hemorragia posparto secundaria o tardía**

La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas.

Etiología:

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero. Es útil recordar la nemotecnia de las 4 T, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia. (27)

Tono: atonía uterina 70 %

Trauma: lesión cervical o vaginal, ruptura uterina 20 %

Tejido: retención de placenta o coágulos 10 %

Trombina: coagulopatía preexistente o adquirida menor 1 %

En la siguiente tabla resume sobre las principales manifestaciones iniciales y síntomas que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto

Manifestaciones iniciales, otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y etiología
Hemorragia posparto inmediata	- Útero blando y no retraído - Taquicardia - Hipotensión	Atonía uterina	70% Atonía uterina, anomalía de la contractilidad
Hemorragia posparto inmediata	- Placenta íntegra - Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné	20% Trauma
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. Dolor intenso	- Inversión uterina visible en la vulva o hemorragia posparto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) Hemorragia posparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	- Abdomen doloroso - Shock - Taquicardia - No se expulsa la placenta	Rotura uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	- Útero contraído	Retención de placenta	10% Tejido, retención de productos de la gestación
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	- Hemorragia posparto inmediata - Útero retraído	Retención de restos placentarios	
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	- Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) - Anemia	Retención de restos placentarios	

### Tratamiento de la hemorragia posparto

Una vez que se haya identificado una HPP, es muy importante la organización del cuidado que se divide en 4 componentes de manera unánime:

Comunicar a todos los profesionales relevantes para el cuidado del paciente

Reanimación del paciente

Monitorización e investigación de la causa de la hemorragia post parto

Implementar medidas para detener el sangrado del mismo

Tono uterino: Se empieza con masaje uterino, compresión bimanual del útero, junto al uso de drogas uterotónicas.

Tejidos retenidos: removimiento manual, legrado.

Trauma o laceraciones: Reparación de desgarros cervicales o vaginales, identifique la ruptura uterina.

Coagulopatías: Se utiliza el Tratamiento específico.

### **Inducción de trabajo de parto**

La inducción del trabajo de parto, también llamado parto inducido, se trata en estimular las contracciones uterinas en el momento del embarazo antes de que el trabajo de parto empiece solo utilizamos esta técnica para poder tener un parto via vaginal. Un profesional de la salud puede sugerir una inducción del trabajo de parto por varios factores, principalmente por el bienestar de la madre o del bebé. Un factor más importantes para pensar la probabilidad de éxito de la inducción del trabajo de parto es determinar la consistencia del cuello (blando y distendido) a esto le llamamos maduración del cuello uterino

Condiciones para la inducción del trabajo de parto

Considerar siguientes criterios:

Establecer que el procedimiento ofrece el mejor final para la madre y el feto.

Estar seguros la edad gestacional mediante ecografía del primer trimestre.

Evaluación obstétrica se necesita contar con los antecedentes de la madre y realizar una exploración física, incluyendo la evaluación de las condiciones cervicales por

medio la escala de Bishop, evaluar la pelvis ósea materna y evolución de la inducción del trabajo de parto.

Explicar las ventajas y desventajas, y la probabilidades de cesárea, tener el consentimiento informado de la paciente.

Indicaciones para la inducción del trabajo de parto

Cualquier indicación de inducción del trabajo de parto debe evaluarla el médico especialista se puede determinar como ejemplo, en pacientes con finalización de embarazo pos término, de más de 41 semanas gestantes, contamos con las siguientes indicaciones de la inducción de trabajo de parto:

Óbito.

. Corioamnioititis.

Enfermedad hipertensiva por bajo control

RPM.

Embarazo pos término con al menos 41 semanas de gestación.

Electiva.

Oligohidramnios leve

Enfermedad autoinmune.

Hemorragia ante parto controlada..

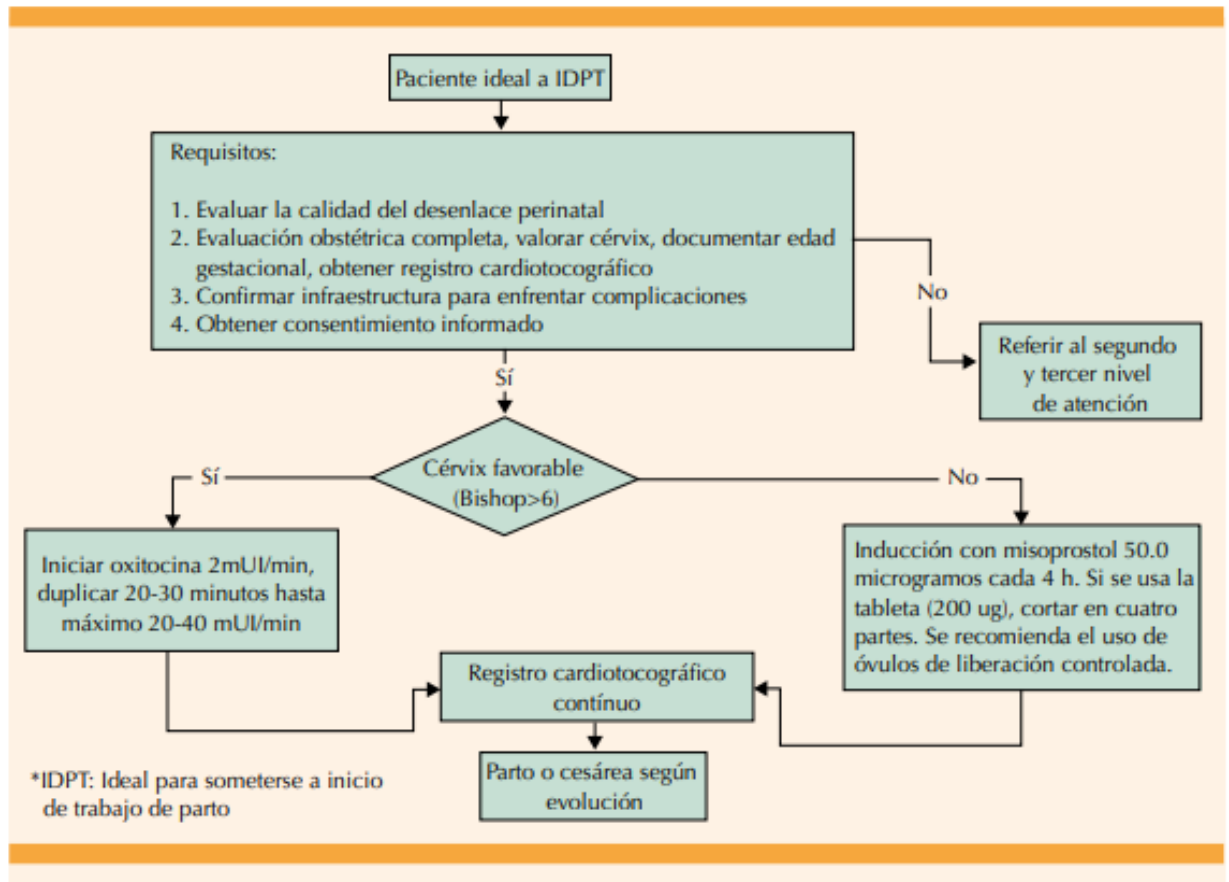
Embarazo gemelar no complicado.

Riesgo de parto acelerado

Isoinmunización.

Retraso en el crecimiento intrauterino con Doppler normal

Insuficiencia útero placentaria.



## JUSTIFICACIÓN

Por el alto índice en el cual esta complicación se presenta es en Ecuador y el gran incremento que se obtiene en cada momento de darse el alumbramiento el fin de es dar a conocer la importancia de la planificación familiar y los embarazos de madres multíparas.

Sabemos que contamos con muchas culturas las cuales no planifican no se informan sobre los riesgos de los embarazos que no llevan un control estricto



y la falta de información lo cual es un factor grande de riesgo para que la cifra de HPP Y muertes maternas ascienda.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Identificar de forma oportuna y eficaz los factores de riesgo que pudieron desencadenar la hemorragia postparto y así poder brindar un tratamiento efectivo y correcto sabiendo la causa de base de dicha patología además de conocer el correcto manejo de la inducción del trabajo de parto

### **ESPECÍFICOS**

Saber las principales causas que produzcan hemorragia postparto

Dominar la inducción de trabajo de parto para brindar una mejor atención materna a pacientes en labor de parto

Conocer los tratamientos de las diferentes causas que produzcan hemorragia uterina y así poder dar el tratamiento efectivo dependiendo de la causa que lo haya desencadenado

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

#### **ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

**DOLOR ABDOMINAL DE BAJA INTENSIDAD:** En lo cual paciente acude a servicio de emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina

localizado en hipogastrio de leve intensidad, irradiando hacia región lumbar de más o menos 4 horas de evolución sin presencia de sangrado y sin presentar sintomatología acompañante

### **5.3 ANAMNESIS**

#### **5.3.1 DATOS DE FILIACIÓN**

Nombres y Apellidos: NN

Edad: 32 años.

Sexo: Femenino

#### **5.3.2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

No refiere

#### **5.3.4 ALERGIAS**

No refiere

#### **5.3.3 ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS**

**MENARQUIA:** 19 Años

**DISMENORREA:** No presenta

**CICLO MENSTRUAL:** Regular

**ANTICONCEPCION:** Método de Barrera (Condón)

**IVSA:** 19 Años

**PAREJAS SEXUALES:** 1

**GESTAS:** PRIMIGESTA

**FUM:** 20/11/17

**EDAD GESTACIONAL:** 41.5 SG X FUM

**FPP:** 27/08/2018

**VACUNAS DT:** 2 DOSIS

**CONTROLES PRENATALES:** 4 **ECOGRAFIAS:** 2 NORMALES

### **5.3.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

#### **5.3.4.1 SANGRE**

Hemoglobina (Hb): 13.5g/l

Hematocrito (hto): 40.7%

Plaquetas: 316.000

Formula leucocitaria: 13.700

Diferencial normal:

Perfil hepático (GGT, TGO, TGO) dentro de límites normales

Proteína C reactiva: 9.00mg/l

LDH: 514U/L

Amilasa sérica: 65U/L

Beta HCG sérica: 3.161UI/L

### **5.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.**

**EDAD GESTACIONAL:** 41.5 SG X FUM

**FPP:** 27/08/2018

**VACUNAS DT:** 2 DOSIS

**CONTROLES PRENATALES:** 4 **ECOGRAFIAS:** 2 NORMALES

EXAMEN FISICO

### **5.5 EXPLORACIÓN CLÍNICA**

**TA:** 120/70 **FC:** 82X **PULSO:** 63 **SAT°:** 96%

**TC:** 36

**PROTEINURIA EN TIRILLA:** NEGATIVO

**SCORE MAMA:** (0)

**PACIENTE** Orientado a febril

**MUCOSAS ORALES:** Húmedas

**CABEZA:** Normo cefálica

**CUELLO:** Móvil sin adenopatías

**TORAX:** Simétrico expansible

**MAMAS:** Simétricas secretantes

**ABDOMEN:** Ocupado por feto único vivo cefálico, dorso lateral derecho **FCF:**  
140X'

**ALTURA DE FONDO UTERINO:** 39CM

**ACTIVIDAD UTERINA:** 1/10/15/+

**MOVIMIENTOS FETALES:** PRESENTES

**RIG:** Genitales de nulípara

**AL TACTO VAGINAL:** DILATADO: 1CM **BORRADO:** 20%

**PLANO:** I **MEMBRANAS:** INTEGRAS PLANAS

**CERVIX:** POSTERIOR SEMIBLANDO

**BISHOP:** DESFAVORABLE

No Salida de tapón mucoso

**MIEMBROS INFERIORES:** Simétricos sin edema

#### LSTADO DE PROBLEMAS

Dolor abdominal

Contracciones Uterinas

**BISHOP:** Desfavorable ( 2 )

#### **DIAGNOSTICO**

Embarazo de 41.5 semanas de gestación x FUM

Labor de parto fase activa

#### **PLAN TERAPEUTICO**

Ingreso a ginecología

Dieta blanda más liquido

Score mama cada 4 horas

Monitoreo fetal stat

Control obstétrico cada hora

Dextrosa al 5% en agua 1000ml

Parto grama

Inducción del trabajo de parto (Por embarazo post termino)

#### **PLAN EDUCACIONAL:**

Consejería en planificación familiar

Consejería en lactancia materna, post consejería en VIH y VDRL, instrucción sobre

ESAMYN

#### INDICACIONES

1 Ingreso a ginecología

2 blanda mas liquido

3 Score mama cada 4 horas

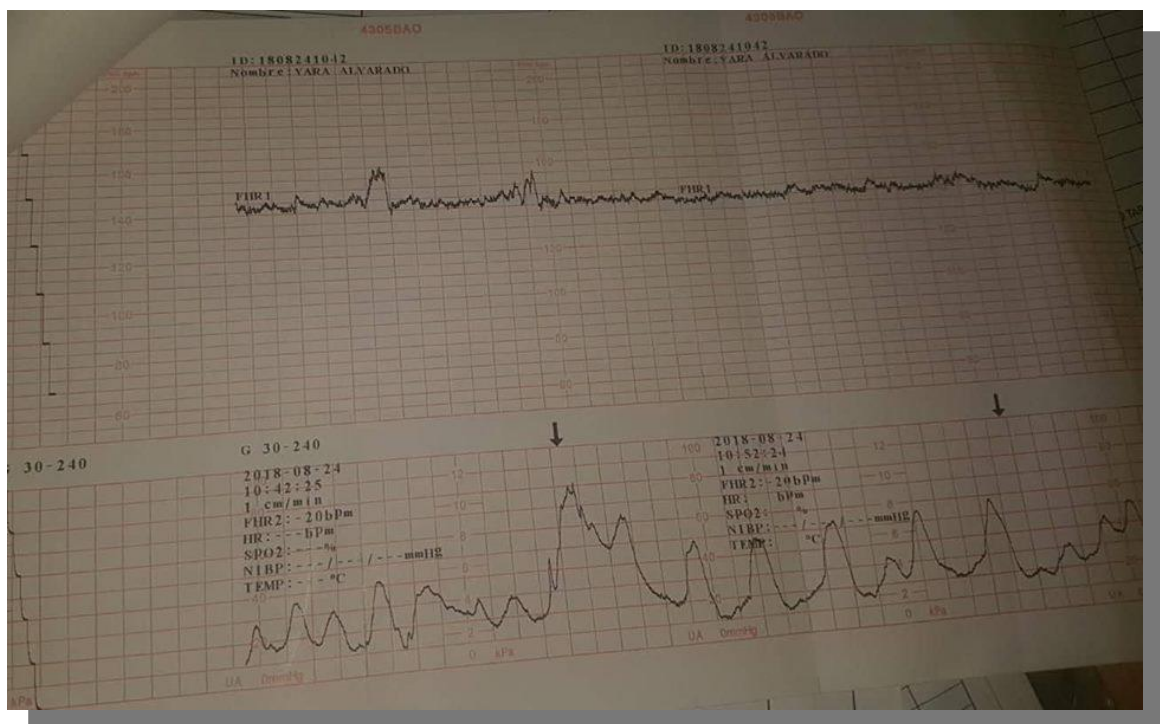
4 Monitoreo fetal stat

5 Control obstétrico cada hora

6 Dextrosa al 5% en agua 1000ml

7 Inducción del trabajo de parto

8 25 mcg misoprostol sublingual valoración cada 4 horas



## CONTROLES OBSTETRICOS

07:35 AM

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 142X'

MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES

ACTIVIDAD UTERINA: 1/10/32 SEGUNDOS

PACIENTE ORIENTADA

9:35 AM

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 144X'

MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES

ACTIVIDAD UTERINA: 2/10/15 SEGUNDOS

PACIENTE ORIENTAD

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 135X'

MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTESCTIVIDAD UTERINA MANUAL:  
2/10/23,21

RIG: GENITALES DE NULIPARA

AL TACTO VAGINAL: CERVIX CENTRAL BLANDO

DILATADO: 4CM

BORRADO: 60%

PLANO: 1

BISHOP: FAVORABLE (9)

NUEVAS INDICACIONES

Dieta general

Score mama cada 4 horas

Monitoreo fetal cada 1 hora

Control obstétrico cada hora

Conducción del trabajo de parto bishop favorable (9)

Dextrosa al 5% en agua 1000ml + 10 UI de oxitocina pasar en dosis bajas (12ml/h)  
doblar la dosis hasta lograr dinámica eficaz cada 30 minutos

CONTROL OBSTETRICO

11:45am

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 142X'

MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES

ACTIVIDAD UTERINA: 4/10/ 45 – 50 SEGUNDOS

Se mantiene actividad uterina eficaz y regular se decide mantener dosis.

PACIENTE ORIENTADA

Al tacto vaginal

Dilatado: 8 cm

Borrado: 100%

Plano: III

CERVIX CENTRAL BLANDO

BISHOP: FAVORABLE DE (12)

SE DECIDE PASE A CENTRO OBSTETRICO

NOTA

PACIENTE EVOLUCIONA DE SATISFACTORIAMENTE DINAMIA UTERINA

SE MANTIENE REGULAR, LUEGO DE 15 MINUTOS PACIENTE CON NUEVA

VALORACION:

DILATADO: 10CM

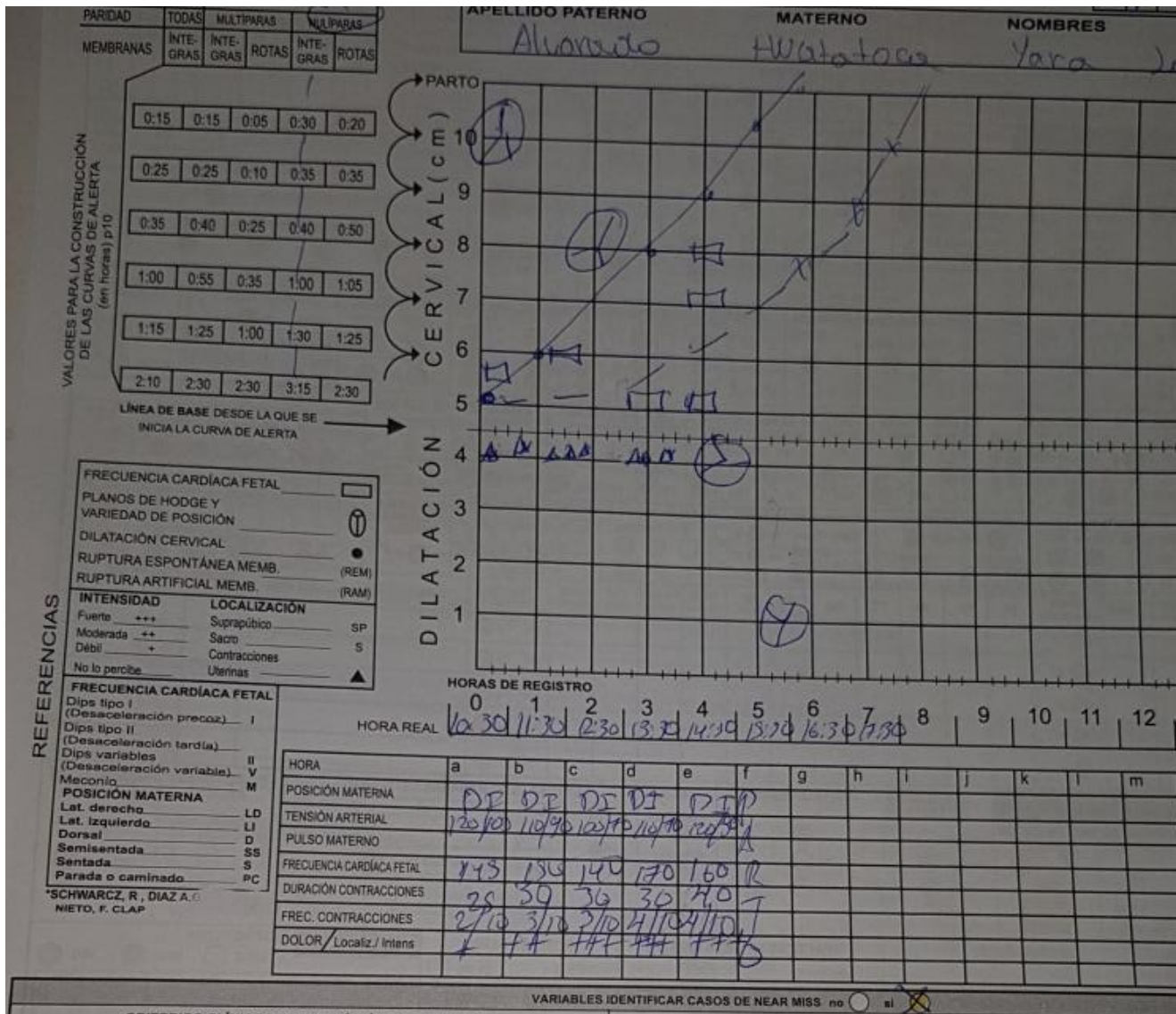
BORRADO: 100%

PLANO: IV

FASE EXPULSIVA

PARTOGRAMA





NOTA POST PARTO

Previo las debidas normas de asepsia, antisepsia y colocación de los campo estériles se atiende parto eutócico simple cefálico vaginal, recibiendo un recién nacido vivo, con

SEXO: masculino

PESO: 3070 gramos

APGAR: 8-9

Perímetro Cefálico: 33.5

TALLA: 48CM

CAPURRO 39 SG

Se realiza manejo activo de la tercera etapa del parto con alumbramiento completo a los 10 minutos, con un sangrado de 400 cc

Episiotomía si rafia con viclyl 2/0

Desgarro: no

Líquido amniótico claro en adecuada cantidad

DG:

Parto eutócico simple

Puerperio fisiológico inmediato.

### **Nota Revisión - 16:20PM**

Se acude ha llamado de enfermería ya que la paciente presenta, lipotimia al momento de la valoración se evidencia paciente pálida, diaforética, fría, somnolienta con:

TA: IMPERSEPTIBLE (3/3)

FC: 142x' (3)

FR: 28 X (2)

SATURACION: 86% (3)

T: 36,2 C° (0)

SOMNOLIENTA (1)

PROTEINURIA EN TIRILLA (+++) (1)

SCORE MAMA (16)

Se palpa útero flácido atónico 0+2

RIG: Se evidencia sangrado abundante rojo rutilante

## INDICACIONES

1. MISIPROSTOL 800MG VIA RECTAL STAT
2. METILERGOMETRINA 0.2MG IM STAT
3. BIOMETRIA HEMATICA STAT
4. OXIGENO POR BIGOTERA A 2 LITROS X'
5. TRANSFUNDIR 2 CONCENTRADOS DE GLOBULOS ROJOS (O POSITIVO)  
STAT

## INDICACIONES

1. COLOCAR SONDA VESICAL
2. CONTROL INGESTA EXCRETA
3. SCORE MAMA CADA 30 MINUTOS
4. MONITORIZACION CONTINUA
5. CONTINUAR CON TRANSFUCION DE SANGRE

### **Se recibe biometría hemática**

HEMOGLOBINA: 4.7 g/dl

HEMATOCRITO: 15%

PLAQUETAS: 98,000

UTERO CONTRAIDO AL MASAJE UTERINO, LOQUIOS ESCASA CANTIDAD

### NOTA DE REVISION

## **CONTROL SIGNOS VITALES**

TA: 105/80

FC: 90X'

FR:22

TC: 36,8

SATURACION: 100%

CONCIENTE

SCORE MAMA (1)

UTERO CONTRAIDO

RIG: LOQUIOS POCA CANTIDAD

### **5.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

**Hemorragia uterina causada por atonía uterina**

**Hemorragia causada por retención, producto de la concepción**

#### **5.6.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

IVERSION UTERINA

RUPTURA UTERNA

HIPOTONIA UTERINA

TRANSTORNO DE CUAGULACION

**DESGARRO DEL CANAL DEL PARTO**

## **5.6.2 DIAGNÓSTICO**

**PARTO EUTOCICO**

**HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONIA UTERINA**

**SHOCK HIPOVOLEMICO COMPENSADO**

**RECIEN NACIDO VIVO**

## **5.7 CONDUCTA A SEGUIR**

**1. DIETA BLANDA**

**2. SCORE MAMA CADA 4 HORAS**

**3. CONTROL INGESTA Y EXCRETA**

**4. DIURESIS HORARIA Y GASTO URINARIO CADA 12H**

**5. CONTROL ALTURA UTERINA ESTRICTO Y ANOTAR CADA 2 HORAS**

**6. CONTROL SANGRADO TRANSVAGINAL**

**7. CLORURO DE SODIO 0,9% 1000ML MAS 20UI DE OXITOCINA PASAR A 40 GOTAS CONTINUAR EN CLORURO DE SODIO 0,9% 1000ML MAS 10UI DE OXITOCINA PASAR A 28GOTAS POR MINUTO**

**5.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

**5.9 SEGUIMIENTO**

**BIOMETRIA HEMATICA – ALTA**

Hematocrito: 33%

Hemoglobina: 10,7g/dl

Plaquetas: 150.00

Leucocitos: 11.500

Grupo sanguíneo: O positivo

**EVOLUCION DIURNA – ALTA**

Paciente: XXXXX

EDAD: 20 Años

DH: 4 Días

Dg: Parto eutócico simple más hemorragia postparto

Paciente al momento asintomática hemodinamicamente estable

TA:120/80 FC: 80x'FR: 20 TC: 36.6° SATURACION: 94%

**PACIENTE ALERTA**

**SCORE MAMA (0)**

Paciente consiente orientada a febril, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico expansible, corazón con cuatro cavidades, mamas simétricas secretantes.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a palpación

RIG: Genitales de multípara loquios cero hemáticos en escasa cantidad

Miembros inferiores: Simétricos no edema

PACIENTE: Al momento en condiciones de alta

1. ALTA MAS INDICACIONES

2. CONSEJERIA EN VIH- VDRL

3. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

4. CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

LEVONOGESTREL 0,03 MG CADA DIA

CEFALEXINA 500MG VO CADA 6H X 4 DIAS

PARACETAMOL 500MG VO CADA 8H X 2 DIAS

SALES DE HIERRO CADA DOS VECES AL DIA

REFERENCIA INVERSA A CENTRO SALUD

**OBSERVACIONES**

Durante el análisis de este caso clínico podemos resaltar lo importante que es estar al tanto de la paciente al momento del trabajo de parto, realizando monitorios fetales y los debidos controles obstétricos para salvaguardar la vida del recién nacido y la madre.

Al igual el personal de salud estar capacitado para las decisiones apropiadas que se deben tomar en esta clase de complicaciones las cual es una de las que con mayor incidencia cobra vida maternas.

Sin olvidar que los controles prenatales juegas un importante papel.

### **CAPITULO III**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Cuando nos encontramos ante un cuadro de hemorragia post parto se debe tomar decisiones inmediatas y acertadas como lo son monitorización, administración de debidos fármacos y ejecución de acciones con los cuales podamos controlar el suceso el cual como todos sabemos puede cobrar la vida de la madre reduciendo asi la muerte materna en el mundo.

Durante este proceso de investigación hemos determinado que la inducto conducción también implica un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragia post parto, siendo la principal causa la atonía uterina la incidencia de este aumenta a



medida que la paridad de la mujer es mayor, debemos recalcar que la mayor probabilidad de HPP se da en pacientes mayor de 25 y 35 años.

Debemos recalcar que luego que se realiza la tercera etapa del parto debemos ser muy cautelosos al examinar que no haya quedado retenciones u algún factor que impida la involución uterina.

Se recomienda agrandar la habilidades capacidades y destrezas al personal de salud para una correcta atención del trabajo de parto y estar preparados para alguna emergencia obstétrica, y no dejar atrás el promover el parto cultural y humanizado y así respetar la decisión de nuestras pacientes según y su cultura.

Al igual que las pacientes sean evaluadas e investigadas al momento del post parto seguir el régimen del SCORE MAMA que es una pieza clave para evitar la mortalidad materna junto al masaje uterino.

## CAPITULO IV

### 5 REFERENCIAS

- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162\\_GPC\\_HEMORRAGIA Obstetrica/Imss\\_162ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA Obstetrica/Imss_162ER.pdf)
- <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom174g.pdf>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom157h.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175f.pdf>
- <http://bdigital.unal.edu.co/2795/16/9789584476180.14.pdf>
- <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1525>
- [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
- <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Induccion-del-trabajo-de-parto?IsMobileSet=false>

