



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



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

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetriz/Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 29 AÑOS DE EDAD CON 37.3
SEMANAS DE GESTACION Y SHOCK HIPOVOLEMICO**

AUTORA:

EST. NARCISA THALIA ZAMBRANO CAIZALUISA

TUTOR:

Dr. MARLON MARTINEZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



INDICE

I.	AGRADECIMIENTO.....	3
II.	DEDICATORIA	4
III.	TEMA	5
IV.	RESUMEN.....	6
V.	ABSTRACT	7
VI.	INTRODUCCION.....	8
1.	MARCO TEORICO.....	10
	DEFINICION.....	10
	CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO	10
	FISIOPATOLOGIA	13
	FASES DEL SHOCK.....	13
	SIGNOS Y SINTOMAS.....	14
	DIAGNOSTICO.....	14
	TRATAMIENTO	16
	PREVENCIÓN	17
1.1	JUSTIFICACION.....	18
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Objetivo General	19
1.2.2	Objetivos Específicos	19
1.3	DATOS GENERALES.....	20
II.	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	20
2.1	ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.....	20
2.2	ANAMNESIS	21
2.3	EXPLORACION CLINICA	22
2.4	INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	23
2.5	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	24
2.6	ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	24
2.7	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACTITUDES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	26
2.8	SEGUIMIENTO	27
2.9	OBSERVACIONES	28
	CONCLUSIONES.....	29
	BIBLIOGRAFIA.....	31
	ANEXOS.....	33



I. AGRADECIMIENTO

No hay palabras que describan este sentimiento de gratitud en estos momentos, por ello quiero empezar agradeciendo a Dios por brindarme su bendición y hacer de mis manos una herramienta de trabajo para servir al prójimo como muestra de servicio a él.

A mi madre e hijo ya que son mi pilar fundamental y apoyo en mi formación académica, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, perseverancia y empeño de manera desinteresada y lleno de amor. A mi hermano y demás personas gracias por su motivación para alcanzar mis anhelos.

Gracias a mi universidad, a mis maestros por su aporte a mi formación profesional y a mis compañeros ya que de manera directa o indirecta contribuyeron en este camino.

Thalia.



II. DEDICATORIA

Dedico con mucho agrado este trabajo a Dios, a mi madre, a mi hijo, a mi hermano y a cada persona que en su momento me dio su apoyo y han creído en mí siempre, ya que han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida, lo que ha contribuido a la consecución de este logro.

Thalía.



III. TEMA

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 29 AÑOS DE EDAD CON 37.3
SEMANAS DE GESTACION Y SHOCK HIPOVOLEMICO**



IV. RESUMEN

El shock Hipovolémico es una complicación grave de la hemorragia posparto que aumenta la morbilidad y mortalidad materna tanto a nivel mundial como local, por lo que es considerado uno de los principales problemas de salud pública, en el año 2019, se registra 123 defunciones que representan una razón de mortalidad materna de 37,0 por cada 100.000 nacidos vivos.

Razón por la cual se motiva la redacción de este informe en base al caso de una paciente de 29 años de edad con embarazo de 37.3 semanas de gestación que acudió al Hospital Sagrado Corazón de Jesús por atención de parto que se complicó por retención placentaria y llegó a Shock Hipovolémico. Este estudio está basado en el método descriptivo, observacional, cualitativo y clínico, con el fin de analizar los diferentes factores predisponentes el cual llevo a un alumbramiento patológico. Se llega a la conclusión que estos factores como son antecedentes de retención placentaria en partos anteriores, multiparidad, controles insuficientes y patologías agregadas conllevan a las complicaciones mencionadas.

Se recomienda durante la anamnesis consultar sobre datos relevantes referentes al parto anterior, además, de estudiar los casos relacionados con las principales causas de hemorragia del postparto en el hospital Sagrado Corazón de Jesús ya que la hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna y la unidad hospitalaria no cuenta con banco de sangre, además de la capacitación óptima del profesional para así mantener una conducta obstétrica activa, oportuna y acorde al caso.

PALABRAS CLAVE: RETENCIÓN PLACENTARIA, SHOCK HIPOVOLEMICO, HEMORRAGIA.



V. ABSTRACT

Hypovolemic shock is a serious complication of postpartum hemorrhage that increases maternal morbidity and mortality both globally and locally, which is why it is considered one of the main public health problems, in 2019, there were 123 deaths that represent a maternal mortality ratio of 37.0 per 100,000 live births.

Reason why the writing of this report is motivated based on the case of a 29-year-old patient with a 37.3-week pregnancy who went to the Hospital Sagrado Corazón de Jesús for delivery care that was complicated by placental retention and arrived a Hypovolemic Shock. This study is based on the descriptive, observational, qualitative and clinical method, in order to analyze the different predisposing factors which led to a pathological delivery. It is concluded that these factors, such as a history of placental retention in previous deliveries, multiparity, insufficient controls and added pathologies lead to the aforementioned complications.

It is recommended during the anamnesis to consult relevant data regarding the previous delivery, in addition to studying the cases related to the main causes of postpartum hemorrhage at the Sagrado Corazón de Jesús hospital, since obstetric hemorrhage is the main cause of maternal death and The hospital unit does not have a blood bank, in addition to the optimal training of the professional in order to maintain an active obstetric behavior, timely and according to the case.

KEY WORDS: PLACENTARY RETENTION, HYPOVOLEMIC SHOCK, BLEEDING



VI. INTRODUCCION

El shock hipovolémico es aquel estado patológico de hipoperfusión tisular e hipoxia celular caracterizado por el aporte insuficiente de oxígeno y otros sustratos metabólicos esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de los órganos vitales. Esto se desencadena por la hipovolemia secundaria a la hemorragia postparto, siendo esta, una complicación grave que aumenta la morbilidad y mortalidad materna tanto a nivel mundial como local, por lo que es considerado uno de los principales problemas de salud pública, en el año 2019, se registra 123 defunciones que representan una razón de mortalidad materna de 37,0 por cada 100.000 nacidos vivos según datos del (INEC, 2019) siendo las principales causas de las Muertes Maternas: las Hemorragias obstétricas con el 27,6% y el 34,48% ocurre en el momento del puerperio inmediato. (MSP, 2019), razón por la cual se motiva la redacción de este informe en base al caso de una paciente de 29 años de edad con embarazo de 37.3 semanas de gestación que acude al Hospital Sagrado Corazón de Jesús por atención del parto que se complicó por retención placentaria y llegó a Shock Hipovolémico.

Se pretende exponer en este informe los diferentes factores predisponentes y la conducta obstétrica que se debe adoptar ante un alumbramiento patológico de una gestante de 37.3 semanas de gestación el cual presenta factores como antecedente de retención placentaria en partos anteriores, multiparidad, pocos controles prenatales, además de exponer los mecanismos del alumbramiento y las oportunas acciones que como profesionales debemos ser capaces de realizar para mantener la vida tanto materna como fetal.

Al tratarse de un informe descriptivo, observacional y clínico está basado en información obtenida en la historia clínica de la paciente el cual nos indica que acudió al Hospital por clínica de labor de parto, se realiza el respectivo ingreso y atención del parto presentándose dificultades en el periodo del alumbramiento con



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



retención de la placenta teniendo un sangrado activo mayor de 500ml mas inestabilidad hemodinámica de la paciente y llega a shock hipovolémico. Esta retención placentaria según (Aquino Osorio, 2017) dice que se debe a la aceleración inadecuada del desprendimiento de la placenta ya sea por los masajes uterinos intempestivos o la incorrecta administración de Oxitocina, por lo que queda la placenta retenida por encima del anillo, y así impide la retracción adecuada del útero lo que ocasiona una hemorragia.

En conclusión, el shock hipovolémico obstétrico es un proceso evolutivo que durante la primera etapa presenta cambios hemodinámicos claramente establecidos que deben ser identificados rápidamente para no llegar a mayores complicaciones. Se recomienda una adecuada anamnesis para una prevención oportuna además de la capacitación óptima del profesional para así tener una conducta obstétrica activa del caso.



1. MARCO TEORICO

DEFINICION

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. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una Hemorragia Postparto. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son preciso. (MSP, 2013)

Las hemorragias posparto se dividen en primarias y secundarias según el tiempo en que ocurre el evento. Las primarias o inmediata son las que se producen dentro de las 24 horas después del parto. Las secundarias o tardías son las que se producen después de las 24 horas hasta las 6 semanas posteriores al parto.

El shock hemorrágico es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardio-respiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en diversos parénquimas debido a la imposibilidad para mantener la función celular. (Malvino, 2017)

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Es usual recordar la nemotecnia de las “4 Ts” ya que es una manera práctica de describir las causas de la hemorragia postparto, y se detallara en la siguiente imagen:

Ilustración 1 FACTORES DE RIESGO FRECUENTES PARA HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIO

Etiología	Problema primario	Factores de riesgo/ signos
Tono uterino anormal	Atonía uterina	Labor de parto prolongado Uso excesivo de oxitocina para inducción de labor de parto Multiparidad Corioamnionitis Anestesia general
	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple



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



		Polihidramnios Macrosomía
	Fibroide uterino	Múltiples fibrinoides uterinos
	Inversión uterina	Tracción excesiva de codón umbilical Cordón corto Implantación fúndica de la placenta
Trauma obstétrico	Episiotomía Laceración cervical, vaginal o perineal Ruptura uterina	Parto vaginal operatorio Parto vaginal precipitado
Tejido retenido	Retención placentaria Placentación anormal	Placenta succenturiata Cirugía uterina previa Placenta incompleta tras parto
Trastornos de la coagulación sanguínea	Trastornos hipertensivos del embarazo Deficiencia heredada de factores de coagulación Infección severa Embolismo de líquido amniótico Uso indiscriminado de cristaloides Anticoagulación terapéutica	Hematomas anormales Petequias Óbito fetal Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Fiebre o sepsis Hemorragia Tratamiento anticoagulante actual

FUENTE: "Postpartum Hemorrhage" ACOG Practice Bulletin Shields L, Goffman D, Caughey A. Practice bulletin. Adaptada de (Rivera Fumero, 2020)

Los factores de riesgo con frecuencia son interdependientes, sin embargo, a pesar de que existen herramientas para su identificación su significancia clínica es baja. Se refuerza la necesidad de seguimiento clínico para su prevención, puesto que 20% de los casos de HPP puede ocurrir en pacientes sin factores de riesgo conocidos. (Rivera Fumero, 2020).

Retención placentaria: es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa. (Calle, 2008).

De acuerdo a la revista de (Medicos, 2017) donde describen los signos que nos indican que el desprendimiento placentario se ha producido son los siguientes:

- Signo de Ahfeld. Consiste en el descenso de la pinza que clampea el cordón umbilical, separándose de la horquilla materna.
- Signo de Küstner. Cuando se ha desprendido la placenta al realizar presión suprapúbica no asciende el cordón.



- Signo de Schröder. Este consiste en el ascenso del fondo uterino por encima de nivel del ombligo y se lateraliza hacia la derecha. Al ser expulsada la placenta el útero se palpa contraído por debajo del nivel del ombligo.
- Signo de Strassman. Cuando la placenta no está desprendida al presionar el fondo uterino está presión se transmite al cordón umbilical. El Signo de Strassman invertido es cuando la tracción del cordón umbilical se transmite al fondo uterino si la placenta no está desprendida.
- Palpación de la placenta mediante tacto vaginal.

Existen también los mecanismos de desprendimiento placentario, el hematoma retro placentario sigue a la placenta o se encuentra dentro del saco invertido, este proceso conocido como mecanismo de Schultze de expulsión placentaria, la sangre del sitio placentario se vierte en el saco membranoso y no escapa al exterior hasta después de la extrusión de la placenta. En otro método de expulsión placentaria, conocido como mecanismo de Duncan, la placenta se separa primero por la periferia. Como resultado, la sangre acumulada entre las membranas y la pared uterina escapa por la vagina. (Cunningham, y otros, 2011)

Según (Aquino Osorio, 2017) las causas de retención placentaria pueden ser:

- Contracciones uterinas inadecuadas incapaces de producir el desprendimiento de la placenta.
- Presencia de tumoraciones y/o malformaciones uterinas o puede ser por anomalías en la placenta.
- Inserción de la placenta en lugares poco habituales como el cuerno uterino. o placentación anormal como placenta accreta.
- Inmadurez de la placenta en los partos prematuros.

La inercia durante el parto es debe al cansancio del útero durante un tiempo prolongado para expulsar el feto, debido a una hemorragia interna que debilita las paredes del útero en algunas ocasiones se debe a la rotura prematura de



membranas por ello la actividad contráctil es insuficiente para desprender o expulsar la placenta, debido al agotamiento muscular después de los partos prolongados o difíciles. (Zuñiga Ramos, 2019)

Los factores de riesgos a que se de esta retención son: Cicatriz uterina previa, legrado intrauterino múltiples, Adherencia anormal de la placenta, Lóbulo placentario aberrante.

FISIOPATOLOGIA

(Jeremy, 2018) Indica que “tras diversas teorías que han sido rechazadas en la actualidad, se acepta que la hemorragia causa aporte de oxígeno insuficiente y activa algunos mecanismos homeostáticos a fin de conservar la perfusión a los órganos vitales. A Nivel celular el shock hemorrágico es producido cuando existe insuficiencia de oxígeno para responder a la demanda del mismo para el metabolismo aeróbico. Las células comienzan la transición al metabolismo anaeróbico, el ácido láctico, los fosfatos inorgánicos y los radicales del oxígeno se empiezan a acumular como resultado de la creciente falta de oxígeno.” (Gavilanez Moposita, 2020)

Los cambios hemodinámicos y hematológicos que ocurren durante el embarazo, si bien proveen un efecto protector contra la pérdida sanguínea asociada durante el parto, pueden –por otro lado– alterar las manifestaciones clínicas usuales del choque hipovolémico. La pérdida de volumen circulante es, la mayoría de las veces, subestimada, ya que resulta difícil cuantificar exactamente; sin embargo, con frecuencia llega a ser tan importante que da origen a la presencia de perfusión y oxigenación tisulares inadecuadas, es decir, al choque hipovolémico. (Hernandez G., 2013)

FASES DEL SHOCK

La hemorragia puede producir todos los grados de *shock*, desde disminuciones leves del GC hasta su caída total, con *shock* irreversible y muerte. Clínicamente,



el *shock* hemorrágico puede subdividirse en diferentes fases: controlado, no controlado y progresivo-irreversible. En el *shock* controlado los mecanismos compensadores o la detención de la hemorragia se han logrado antes del colapso cardiovascular. En caso contrario estaremos en presencia de una fase no controlada de *shock*, definida por hipotensión (presión arterial sistólica $90 < 90$ mmHg) que persiste después de 10 minutos de estabilización y manejo inicial (intubación orotraqueal, aporte de fluidos y vasoactivos adrenérgicos). El *shock* hemorrágico progresivo es aquel estado de vasoconstricción prolongada que finalmente se transforma en un *shock* vasodilatado, en el que participa la activación de canales de K^+ sensibles a ATP, la liberación de óxido nítrico por la isoforma inducible y la depleción de los niveles de vasopresina. (Parra M, 2012)

SIGNOS Y SINTOMAS

(Calle, 2008) Dicen que la presentación de la hemorragia posparto es dramática; usualmente altera los signos y síntomas y se observa la presencia típica del *shock* hipovolémico. En la siguiente imagen podremos observar los signos y síntomas que se presentan de acuerdo al grado de *shock*:

Ilustración 2 Hallazgos clínicos del shock hipovolémico

Pérdida de volumen sanguíneo (mL)	Presión arterial	Signos y síntomas	Grado de shock
500 a 1 000 (10 a 15%)	Normal	Palpitaciones, taquicardia, mareo	Compensado
1 000 a 1 500 (15 a 25%)	Caída leve (80 a 100 mmHg)	Debilidad, taquicardia, transpiración	Leve
1 500 a 2 000 (25 a 35%)	Caída severa (70 a 80 mmHg)	inquietud, palidez, oliguria	Moderado
2 000 a 3 000 (35 a 50%)	Caída marcada (50 a 70 mmHg)	Colapso, hambre de aire, anuria	Severo

Fuente: Tomada de (Calle, 2008)

DIAGNOSTICO

Para realizar un buen diagnóstico es necesario una correcta anamnesis, exploración física y además de pruebas de laboratorio e imagen.

Con el fin de establecer medidas más objetivas se han propuesto definiciones de HPP masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o sangrado



asociado a inestabilidad hemodinámica, pero las determinaciones de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito puede no reflejar el estado hematológico actual. Por otro, la hipotensión, los mareos, la palidez, y la oliguria no ocurren hasta que la pérdida de sangre es sustancial, es decir 10% o más del volumen total de sangre por lo cual en muchos casos la utilización de estas mediciones se asocia a retrasos en el diagnóstico o manejo. (Grimaldo Pedro, 2017)

Un método diagnóstico de mucha utilidad en el momento del alumbramiento es el uso de la funda recolectora de sangre, donde se puede cuantificar con mejor estimación la pérdida de sangre ya que para esto fue diseñada.

Manejo

Si después de 30 min de haber realizado el manejo activo del alumbramiento la placenta no se expulsa de forma espontánea se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical. Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina. Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides a 60 mL/ hora (40 miliunidades/min) y remitirla. Si la atención de la mujer se está realizando en instituciones de segundo y tercer nivel, y la placenta no se desprende en 30 min después de administrar la segunda dosis de oxitocina, se recomienda como alternativa a métodos invasivos la inyección en la vena umbilical. Si después de la realización de las maniobras antes descritas para el manejo de la placenta retenida, no hay respuesta, se recomienda hacer la extracción manual. (Colciencias, 2013)

La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue



el cordón umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta para proceder a su separación mediante un movimiento de sierra. Cuando se ha desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se realiza un masaje con un movimiento rotacional. Si esto no fuese suficiente y aún permaneciesen restos intracavitarios, debería realizarse un legrado. Debido al alto riesgo de perforación del útero puerperal grande y blando, deben usarse legras de gran tamaño (legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico. (Karlsson & Perez Sanz, 2010)

También se recomienda administrar una dosis de antibióticos (ampicilina o cefalosporinas de primera generación) después de la extracción manual de la placenta. (Quilindo, 2017)

TRATAMIENTO

(Hernandez G., 2013) Indica que la clave del tratamiento radica en la detección oportuna de signos de descompensación hemodinámica e hipoperfusión tisular y el inicio de fluidoterapia guiada por metas, evitando así el desarrollo o perpetuación del choque hipovolémico y sus consecuencias, todo ello con un fin único: disminuir la morbimortalidad materna. De manera inicial, después de una revisión clínica completa y la inmediata reanimación con cristaloides, el clínico debe obtener por lo menos, soporte respiratorio suficiente para el escenario clínico, un acceso venoso central, colocación de sonda urinaria, línea arterial y estudios paraclínicos básicos (gasometría arterial, biometría hemática, química sanguínea, etc.) con lo que guiará su estrategia de reanimación con base en metas:

- Llenado capilar ≤ 2 s.
- Presión arterial media ≥ 65 mmHg.
- Presión venosa central entre 8-10 cmH₂O.
- Saturación venosa central de oxígeno $\geq 70\%$.
- Diferencia arteriovenosa de CO₂ entre 5 y 7 mmHg.



- PaO₂ > 60 mmHg.
- Lactato ≤ 2.
- Gasto urinario ≥ 0.5 mL/kg/h.

La estrategia en la administración de líquidos y hemoderivados, en caso de no contar con variables dinámicas de respuesta a volumen (variabilidad de presión de pulso, variabilidad de volumen sistólico e índice de elastanza, etc.), bien podría optarse por cristaloides, 30 mL/kg como dosis mínima, y en caso de enfrentar estadios más avanzados de choque, la administración de hemoderivados (cuando las pérdidas exceden 30% del volumen sanguíneo o cuando la hemoglobina es menor de 10 g/dL o cuando una paciente hipotensa no responde a 2 L de cristaloides) se sugiere a razón de dos unidades de plasma fresco congelado por cada paquete globular administrado, siempre teniendo en mente complicaciones hematológicas propias de la hemorragia aguda así como aquéllas asociadas al empleo de hemoderivados. (Hernandez G., 2013).

PREVENCIÓN

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda el uso de rutina de MATEP como el mejor método basado en evidencia para la prevención de la HPP, y destaca que se deben tomar todas las medidas para asegurar el uso de MATEP en cada parto vaginal atendido por personal especializado. (MSP, 2013).

Dentro de la Guía de Práctica clínica de la Hemorragia Posparto del (MSP, 2013) nos indica que los componentes habituales del MATEP incluyen:

Paso 1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.

Paso 2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.

Paso 3. Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.



1.1 JUSTIFICACION

Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, garantizar el acceso de servicio de salud sexual y reproductiva, incluido los de planificación familiar, información, educación, la integridad de la salud reproductiva en la estrategias y los programas nacionales, son objetivos de la (ONU, 2018).

Sin embargo, en el año 2019, se registra 123 defunciones que representan una razón de mortalidad materna de 37,0 por cada 100.000 nacidos vivos (INEC, 2019) siendo las principales causas de las Muertes Maternas: las Hemorragias obstétricas con el 27,6% y el 34,48% ocurre en el momento del puerperio inmediato. (MSP, 2019)

Este caso clínico de conducta obstétrica en multípara de 29 años de edad con 37.3 semanas de gestación y shock hipovolémico cuyos datos fueron obtenidos de la historia clínica del Hospital Sagrado Corazón de Jesús trata de analizar la existencia de los factores predisponentes o antecedentes Gineco – Obstetricos relacionados a la retención placentaria y el riesgo de un Shock hipovolémico en el postparto, además de exponer los mecanismos del alumbramiento y la conducta obstétrica que como profesionales debemos ser capaces de realizar para mantener la vida tanto materna como fetal.



1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Analizar los factores predisponentes para retención placentaria en una paciente de 29 años de edad con 37.3 semanas de gestación

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Describir a la retención placentaria como causa de la hemorragia postparto.
- ✓ Detallar los eventos relacionados al parto y la conducta obstétrica para el manejo de la hemorragia postparto.



1.3 DATOS GENERALES

Nombre:	XXXX
Sexo:	Femenino
Edad:	29 años
Fecha de nacimiento:	28/09/1991
Nacionalidad:	Ecuatoriana
Nivel de estudio:	Secundaria
Estado civil:	Unión libre
Ocupación:	Ama de casa
Raza:	Mestiza
Religión:	Católica
Lugar de residencia:	Quevedo
Nivel económico:	Bajo
Hospital:	Sagrado Corazón de Jesús
Fecha de ingreso:	15/01/2020

Fuente: Historia Clínica de la paciente

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

Motivo de consulta: Paciente femenina de 29 años de edad con gestación de 37.3 semanas por FUM acude a la emergencia gineco-obstetrica, refiere cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada a gran intensidad más pérdida de tapón mucoso.



Historial clínico de la paciente

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Alergias:	No refiere
Hábitos:	No refiere
Antecedentes Gineco – Obstetricos	
Menarquia:	14 años
Ciclos menstruales:	Irregulares 5 días
Inicio de vida sexual:	15 años
Planificación familiar:	Ninguno
Parejas sexuales:	3
Gestas: 2	Cesárea: 0
Parto: 2	Aborto: 0
Fecha de ultima menstruación:	28/04/2019
Controles prenatales:	3
Ecografía:	Ninguna
Papanicolau:	Nunca

Fuente: Historia clínica de la paciente.

2.2 ANAMNESIS

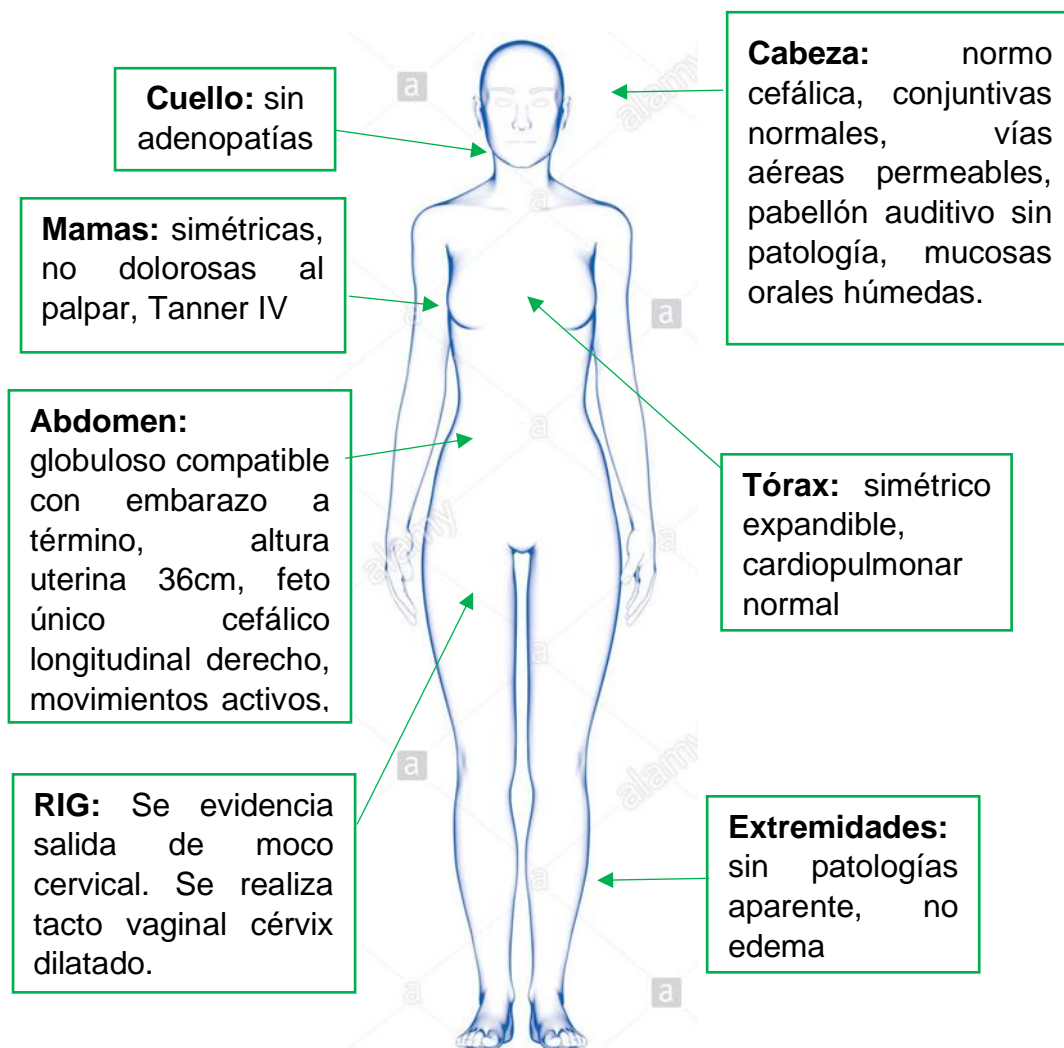
Paciente femenina de 29 años de edad que cursan con embarazo de 37.3 semanas de gestación por FUM mas anemia, ingresa al establecimiento de salud básico al área de emergencia gineco-obstétrica de forma acelerada por presentar cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada a gran intensidad más perdida de tapón mucoso. Se realiza monitoreo cardiaco fetal obteniendo FCF: 140 lpm Actividad uterina: 3/10/25. Al tacto vaginal cérvix dilatado 5cm, borramiento 70%, plano II, membranas integras.

Paciente al momento de la espera del alumbramiento refiere que en sus 2 partos anteriores también ha presentado retención placentaria.

2.3 EXPLORACION CLINICA

Signos vitales: Presión arterial: 124/79 mmHg, frecuencia cardiaca: 100 lpm, frecuencia respiratoria: 21 rpm, temperatura: 36.7 °C, estado de conciencia: orientada en tiempo y espacio, Glasgow: 15/15, proteinuria: negativa, Saturación de oxígeno: 99%, Score mama: 0

Se detalla la exploración física de la paciente en la siguiente Figura:





2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:

EXAMENES DE LABORATORIO	
HEMATOLOGICOS	
Leucocitos	8.32
Neutrófilos	86.6
Linfocitos	10.0
Monocitos	2.3
Eosinofilos	0.7
Recuento de glóbulos rojos	3.19
Hemoglobina	9.2
Hematocrito	27.5
VCM	86.3
HCM	29.0
Plaquetas	244.000
MPV	8.7
TIPIFICACION SANGUINEA	
Grupo Sanguíneo	ARH (+)
COAGULACION	
TP	16S
TTP	34S
INFECCIOSOS	
HIV 1+2GEN	Negativo
VDRL	Negativo

Fuente: Historia clínica de la paciente

Reporte de Eco posterior a revisión uterina.

Ecografía pélvica

Informe: Vejiga distendida de paredes definidas, sin imágenes ocupativas en su interior. Útero en antero verso flexión homogénea, de forma tamaño y eco



estructura habitual acorde con el puerperio actual, no se aprecian restos placentarios en la cavidad. Ovarios de tamaño adecuado no masas no quistes.

Conclusión: Puerperio Fisiológico

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico Presuntivo: Hemorragia Postparto

Diagnóstico Diferencial: Retención de estos placentarios, Rotura Uterina, Desgarro de cuello uterino, Acretismo Placentario.

Diagnóstico Definitivo: Hemorragia Postparto con Retención Placentaria + Shock Hipovolémico

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Paciente femenina de 29 años de edad con embarazo de 37.3 semanas de gestación mas anemia, ingresa a emergencia Gineco – Obstetrica por presentar clínica de trabajo de parto aparentemente de origen espontáneo, al momento activa reactiva, consciente, es ingresada para acompañamiento del trabajo de parto, una vez en sala se realiza valoración obstétrica, monitorización fetal, monitorización de actividad uterina, charla de ESAMYN.

A las 4 horas de su ingreso ocurre ruptura espontanea de membranas, se observa la salida de líquido amniótico claro de cantidad moderada, y 1 hora después la Obstetrix atiende el parto eutócico simple obteniendo RN femenino Apgar: 7/9 peso: 2800 g, Talla: 49 cm, Perímetro cefálico: 33 cm, se indaga con el pediatra sobre resultados del test de CAPURRO el cual resultado recién nacido de 40 semanas por lo que se sospecha de una restricción de crecimiento intrauterino, se realiza manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto (MATEP) con oxitocina 10 UI intramuscular.



Se espera los 30 minutos indicados para el alumbramiento el cual no se da se indica 2da dosis de Oxitocina IV, pese a esta indicación más maniobra de tracción controlada de cordón umbilical, masaje uterino y teniendo un sangrado activo de más de 500ml se procede a extracción manual de placenta previo anestesia, se monitorea signos vitales, en el momento no se evidencia acretismo placentario por lo que se procede a revisar que la placenta este completa y evacuar cavidad uterina, sangrado no sede se administra 800mcg de Misoprostol vía rectal, paciente refiere sensación de ahogo y frio se observan piel pálida y sudorosa, se controla signos vitales en valores alterados dando un score mama de 5 y se activa Clave Roja y control de signos vitales después de 30 min, ante evidencia de Shock Hipovolémico, también se indica administración de oxígeno y se solicita paquete globular, medicina transfusional informa que no cuenta con ello por lo que facilita expansores plasmáticos administrándolo a chorro para restablecer las necesidades de la paciente y mejorar su estabilidad hemodinámica, teniendo buenos resultados, se valora el globo de seguridad de pinar, la conducta obstétrica activa va a estar dirigida al control del puerperio valorando continuamente el globo de seguridad de Pinar, características del sangrado todo esto por 4 horas de observación continua viendo evolución favorable y retirando el oxígeno a las 2 horas, además se indica orden de laboratorio y obteniendo resultados médico tratante decide administrar fármacos para la pronta recuperación de la paciente. También se explica a la paciente que su proceso de lactancia materna puede verse entorpecida por la pérdida excesiva de sangre.

Tratamiento no farmacológico:

Control de signos vitales y score mama

Control de sangrado e involución uterina

Canalización de vía periférica

Colocar sonda vesical

Control de ingesta y excreta

Tratamiento farmacológico:



Solución salina 0.9% 1000ml IV

Ceftriaxona 2g IV stat y luego 1g c/12H

Paracetamol 1g IV c/8h

Oxitocina 10 UI IV stat

Misoprostol 600 mcg vía rectal stat

Se indica también transfundir 2 paquetes globulares pero no se realizó ya que el Hospital no contaba con suministro.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACTITUDES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

El tiempo de espera del periodo del alumbramiento indicado por las guía de Atención del Parto del (MSP, 2015) es de 15 a 30 minutos. Se considera hemorragia cuando la pérdida de sangre en un parto vaginal es superior a 500 ml. La hemorragia masiva postparto es la principal causa de muerte materna, y generalmente se deben al desarrollo del shock hipovolémico y sus consecuencias, principalmente el síndrome de falla orgánica múltiple, cuyo manejo requiere terapia transfusional, restitución plasmática y en ocasiones la cirugía. La hemorragia durante el parto incluye una gran variedad de eventos fisiopatológicos, como el desprendimiento de placenta, la placenta previa y la hemorragia postparto. La hemorragia uterina procedente de un sitio por arriba del cuello uterino es motivo de preocupación. (Velarde Paz, 2018)

Cabe mencionar que es importante valorar factores de riesgos, antecedentes, asistencia a controles durante el embarazo, patologías asociadas y demás, ya que basándose en este caso clínico esta paciente llego a presentar una de las complicaciones más temidas, y como consecuencia se entorpece el proceso de lactancia materna, por lo que una actuación inmediata del profesional con un tratamiento esquematizado en la clave roja de la guía clínica del ministerio de salud pública es fundamental.



Los factores de riesgos que presento la paciente fueron: multiparidad, antecedente de retención placentaria, anemia pocos controles prenatales que coinciden en su mayoría con datos obtenidos en un estudio hecho por (Montenegro Chavez, 2018).

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente pasa a sala de recuperación una vez pasadas las 4 horas de evolución con resultados favorables, se realizó seguimiento en cuanto a la dieta blanda, control de score mama, control de sangrado transvaginal, control de ingesta y excreta, control de diuresis, administración de solución salina 0.9% 1000ml IV pasar a 120 ml/hora, ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas mantener sonda vesical. Se obtiene resultados de biometría indicada seguida de la emergencia teniendo como resultado Hemoglobina de 6.4, Hematocrito de 18.9 por lo que se insiste una vez más transfundir un paquete globular sin obtener respuesta por parte de medicina transfusional ya que no dispone de paquete globular, por lo que el medico prescribe 3 ampollas de hierro sacarosa con solución salina 0.9% 300ml pasar en 3 horas. Esto se realizó por presentar anemia severa secundaria a shock hipovolémico debido a retención placentaria.

En el segundo día paciente con evolución favorable y sin tener respuesta por parte de medicina transfusional medico prescribe eritropoyetina 2000 UI/ml vía subcutánea, sulfato ferroso 300mg vía oral cada 12 horas y continua con antibioticoterapia.

Al tercer día paciente estable, activa reactiva recibe un paquete globular por parte medicina transfusional el cual es transfundido a la paciente y se indica hemograma evolutivo, posterior a esto se encuentra mejoría en la paciente, sin complicaciones evoluciona favorablemente y continua con antibioticoterapia.



Al cuarto día posterior a resultados de hemograma con valores mejorados y paciente sin signos de inestabilidad hemodinámica se decide alta médica, se envía a la paciente con tratamiento farmacológico a su domicilio, además de contra referencia a nivel de menor complejidad para seguimiento postparto.

2.9 OBSERVACIONES

Una vez revisadas varias fuentes de información con la finalidad de una mejor comprensión del tema se puede evidenciar que la capacitación del personal de salud debe ser oportuna, conocer sobre los factores de riesgos tanto de una hemorragia postparto como de una retención placentaria y patologías asociadas es de gran ayuda. Por eso hay que actuar de manera sistémica y universal en la fase del alumbramiento de todos los partos con una conducta activa, usar las recomendaciones sobre administración de uterotónicos, tracción controlada de cordón umbilical, masaje uterino y hasta movilizar a la paciente a quirófano para extracción manual de la placenta, según las recomendaciones de la OMS y del MSP.

Cada actividad realizada fue explicada a la paciente para obtener su consentimiento y además esto también ayude a que tome conciencia de la gravedad y el riesgo que corre su vida, viendo necesaria una planificación familiar. Ya que la prevención de esta complicación es la mejor alternativa para evitarla.

Hay que recalcar que la recuperación de la paciente se vio afectada ya que el hospital no contaba con paquetes globulares para transfundir.



CONCLUSIONES

El shock hipovolémico obstétrico es un proceso evolutivo que durante la primera etapa presenta cambios hemodinámicos claramente establecidos que deben ser identificados rápidamente con la aplicación del Score MAMA cada media hora, realizar evolución detallada del caso, comunicar los eventos de manera oportuna, del estado materno dependerá la conducta obstétrica que puede ir desde el MATEP, extracción manual de la placenta, hasta la aplicación de técnicas quirúrgicas avanzadas como la histerectomía por ejemplo.

La hemorragia posparto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad obstétrica a nivel mundial, en el caso expuesto se trató de una hemorragia primaria. En este caso se aplicó la extracción manual de la placenta previa anestesia, se descartó acretismo placentario.

Multiparidad, edad avanzada, pocos controles prenatales y enfermedades asociadas son las causas más frecuentes del déficit de alumbramiento. Por lo que una retención placentaria puede implicar en una hemorragia posparto severa e incluso llevar hasta la muerte de una paciente.

Cuando estamos frente a un caso de hemorragia postparto en la cual hay o puede haber una pérdida sanguínea importante más de 400ml es necesario evaluar el estado hemodinámico de la paciente utilizando una herramienta adecuada como lo es el SCORE MAMA y de acuerdo al mismo se debe evaluar la posibilidad de activar la Clave Obstétrica Roja, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía. En el caso de la paciente no fue necesaria ya que la hemorragia se controló satisfactoriamente.

Sin olvidar que todas estas complicaciones tienen consecuencias para el recién nacido ya que en horas siguientes se entorpece el proceso de lactancia materna



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



afectando el vínculo madre - hijo, así también recomendar y socializar a la madre métodos de planificación familiar.



BIBLIOGRAFIA

(s.f.).

- Aquino Osorio, M. D. (2017). Hemorragia Posparto por retencion de placenta en centro de salud. *SEGUNDA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS*. UPICA, Peru.
- Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). DIAGNOSTICO Y MANEJO DE HEMORRAGIA POSPARTO. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 233 - 243.
- Colciencias. (Diciembre de 2013). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto y Complicaciones del Choque Hemorrágico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 64(4), 425- 452. Obtenido de <http://www.scielo.org.co>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *WILLIAMS OBSTETRICIA* (23^o Edición ed.). Mexico : McGRAW-HILL Interamericana Editoriales, S.A de C.V.
- Dr Malvino , E. (2017). *Hemorragias Obstetricas Graves* (Vol. 2). Buenos Aires, Argentina: Biblioteca de Obstetricia Critica .
- Gavilanez Moposita, S. (2020). *Shock Hemorrágico posparto*. UTB. Babahoyo: Bachelor`s rgesis.
- Grimaldo V, P., Mostajo, D., & Romero, E. (2017). *HEMORRAGIA POSPARTO*. Panama: FLASOG. Obtenido de <https://www.flasog.org>
- Hernandez , G., Graciano , L., Buensuseso, J., & Mendoza , J. (2013). HEMORRAGIA OBSTETRICIA POSPARTO: reanimacion guiada por metas . *Revista Hosp Juarez Mex*, 3(80), 183 - 191.
- INEC. (2019). *ESTADISTICAS DE EDEFUNCIONES GENERALES EN ECUADOR*. Quito : Ecuador en cifras . Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Jeremy, W. (18 de 11 de 2018). *Shock Hemorrágico*. Obtenido de Intra Medd: pag.1
- Karlsson, H., & Perez Sanz. (2010). *Postpartum Haemorrhage / Hemorragia Postparto*. Pamplona: SCIELO. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/>
- Medicos, R. E. (22 de Abril de 2017). *Asistencia obstétrica del alumbramiento fisiológico*. Obtenido de Revista Electrónica de Portales Medicos Ginecología y Obstetricia : <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- Montenegro Chavez, L., & Montoya Contreras, L. (2018). *Prevalencia de retenciones placentarias y su relacion con la morbimortalidad en mujeres de 35 a 45 años de edad*. Guaranda, Ecuador : Bachelor`s Thesis.
- MSP. (2013). *Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia posparto*. Quito: Guia Practica clinica. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- MSP. (2015). Perido de alumbramiento. *Guia de Practica Clinica de Atencion del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato*. Ministerio de Salud Publica, Quito. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>
- MSP. (2019). *GACETA DE MUERTE MATERNA SE14*. Ministerio de Salud Publica , Departamento Nacional de Vigilancia Epidemiologica. QUITO: SNMM/DNVE. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>



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



- ONU. (2018). *OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE*. ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS . ECUADOR : NACIONES UNIDAS . Obtenido de <https://ecuador.un.org/es/sdgs/3>
- Parra M, V. (2012). Energencias vitales en la práctica clínica SHOCK HEMORRAGICO. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 255 - 264. Obtenido de <https://www.elsevier.es>
- Quilindo , C., & Caicedo, F. (Mayo de 2017). UTEROTONICOS EN EL TRATAMIENTO. *Colombian Journal of Medical Students*, 1, 23 - 33.
- Rivera Fumero, S., Chacin Gonzales, C., & Gonzalez Chavarria, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*, 5 (6). Obtenido de <http://revistamedicasinergia.com>
- Velarde Paz, C. (2018). *Hemorragia Post Parto Asociada a Retencion Placentaria* . Peru: ESPINAR 2016.
- Zuñiga Ramos, G. (2019). FACTORES CLINICOS OBSTÉTRICOS PRESENTES EN PUERPERAS CON RETENCION PLACENTARIA. *EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO*. Universidad Nacional De Huancavelica, Huancavelica, Peru. Obtenido de <http://repositorio.unh.edu.pe>

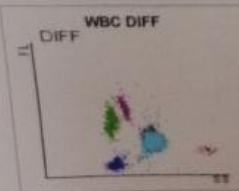
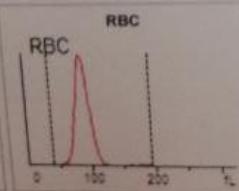
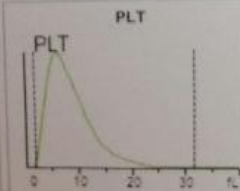
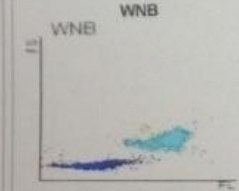
ANEXOS

1. Exámenes de laboratorio al momento del ingreso de la paciente

Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	3.19	10 ⁶ /µL	4 - 6
Hemoglobina	9.2	g/dL	13 - 17
Hematocrito	27.5	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	86.3	µm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.0	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.6	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	12.3	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	38.9	µm ³	
Plaquetas	244	10 ³ /µL	150 - 450
Plaquetocrito	0.21	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	8.7	µm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	15.9	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	8.32	10 ³ /µL	4 - 10
Linfocitos (%)	10.0	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	86.6	%	55 - 65
Monocitos (%)	2.3	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	0.7	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.4	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.3	%	
Linfocitos (#)	0.83	10 ³ /µL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	7.21	10 ³ /µL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.19	10 ³ /µL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.06	10 ³ /µL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.03	10 ³ /µL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.11	10 ³ /µL	

Telfs.: 052750373
 laboratorio.hscj.cnsf@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 12008
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JENIS

Grupo Sanguíneo: A
 Factor Rh: Positivo

Muestra adecuada - Método: Aglutinación
 Validado por: Icds. Lorena Zuñiga

COAGULACIÓN			
Tiempo de Protrombina TP	16	seg.	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	34	seg.	20 - 40

Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática
 Validado por: Icds. Lorena Zuñiga

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS	
HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo

Muestra adecuada - Método: inmunocromatografía

TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM	Negativo
--	----------

Validado por: Icds. Lorena Zuñiga

Fuente: Historia Clínica de la paciente



2. Score mama valorado en el momento de la emergencia

Signos Vitales	Valor	Puntuación
Frecuencia Cardíaca	110	1
Diástole	85	2
Sístole	60	0
Frecuencia Respiratoria	12	0
Temperatura	35.5	2
Saturación	94	0
Estado de Conciencia	alerta	0
Proteinuria	negativa	0
Total		5

Fuente: Adaptado de la Historia Clínica de la Paciente