



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“HEMORRAGIA POSPARTO POR INVERSIÓN UTERINA”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Ambato – Ecuador

Enero - 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“HEMORRAGIA POSPARTO POR INVERSION UTERINA” de Fausto Gabriel Sánchez Sanaguano estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**HEMORRAGIA POSPARTO POR INVERSION UTERINA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

EL AUTOR



.....
Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Septiembre del 2015

EL AUTOR



.....
Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“HEMORRAGIA POSPARTO SECUNDARIA A INVERSION UTERINA”**, de Fausto Gabriel Sánchez Sanaguano, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Enero del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios por darme la vida, la capacidad y la inteligencia para superarme cada día, a mis padres por haberme apoyado en cada momento a lo largo de esta Carrera de la Medicina y en especial a mi esposa e hija quienes han estado a mi lado siempre siendo mi fortaleza y mi convicción que me ha traído hasta este punto y desde donde pienso continuar ejerciendo esta hermosa arte de la Medicina.

Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual recibí los conocimientos que han contribuido a mi formación profesional.

A mis docentes quienes, compartieron sus conocimientos, lecciones y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil.

A todas aquellas personas que colaboraron con sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En especial a mi tutor, Dr. Fabián Duchicela por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y amistad, para la culminación del presente.

Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	x
1. INTRODUCCIÓN	- 1 -
2. OBJETIVOS	- 4 -
2.1 Objetivo General:	- 4 -
2.2 Objetivos Específicos:	- 4 -
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	- 5 -
3.1 HISTORIA CLÍNICA	- 5 -
4. DESARROLLO	- 19 -
4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:	- 19 -
4.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	- 22 -
4.3 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	- 24 -
4.3.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA	- 24 -
4.3.2 OPORTUNIDADES DE REMISION	- 24 -
4.3.3 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	- 24 -
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:	- 25 -
4.4.1. Análisis de los puntos críticos	- 25 -
4.5 Revisión Bibliográfica.....	- 31 -
Hemorragia posparto.....	- 31 -
Inversión uterina puerperal	- 38 -
Fiebre Puerperal.....	- 42 -

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	46
5. CONCLUSIONES:.....	49
6. ANEXOS	56
IMÁGENES	57
Imagen N°1. Partograma	57
Imagen N°2. Fotografía en la que se evidencia inversión uterina	57
Imagen N°3. Fotografía en la que se evidencia inversión uterina en otro momento	58
Imagen N°3. Ecografía en la que se evidencia restos corioplacentarios.	58
Imagen N° 4: Cuantificación de sangrado por gasas o compresas manchadas	59
TABLAS	59
Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio.....	59
Tabla N°2 Factores de riesgo anteparto e intraparto para HPP	61
Tabla 3. Argumentos para el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto	62
Tabla 4. Escala de alerta precoz; Hemorragia Obstétrica.....	63
Tabla 5. Hallazgos clínicos y grados de shock.....	64
Tabla 6. Guías para la transfusión y reemplazo de volumen.....	64
Esquema 1: Esquema farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO).....	65
Esquema 2: Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO).	66
REPORTES ECOGRAFICOS	67
Restos corioplacentarios en cavidad uterina.....	67
Coágulos sanguíneos en canal cervical	67

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“HEMORRAGIA POSPARTO POR INVERSIÓN UTERINA”

Autor: Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Fecha: Septiembre ,2015

RESUMEN

La inversión uterina puerperal es una emergencia obstétrica rara que ocurre en el tercer estadio del trabajo de parto. El reconocimiento oportuno y su tratamiento inmediato son indispensables para reducir la morbilidad y la mortalidad asociada al cuadro. La incidencia reportada en la literatura es variable, algunos estudios reportan una incidencia de 1:20.000 - 1:25.000 partos. Dentro de la clínica que esta presenta destacan dolor y sangrado que puede llevar a hemorragia posparto siendo esta la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. El presente caso describe una paciente de 30 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia que cursa gesta de 39,4 semanas por Fecha de Última Menstruación (FUM), sin complicaciones ni datos de relevancia en su embarazo que acude a emergencias ginecológicas por presentar labor de parto decidiéndose su ingreso para proceder a parto cefalovaginal, se realiza conducción del parto sin complicaciones, en periodo expulsivo es pasada a sala de partos obteniéndose recién nacido de sexo femenino con parámetros antropométricos normales y buen estado general, en el periodo de alumbramiento por aparente tracción inadecuada del cordón umbilical como parte del manejo activo se produce inversión uterina completa la cual se aprecia en introito vaginal y se constata al no palpase fondo uterino en abdomen, debido a que la placenta se encontraba aun adherida al fondo uterino invertido se forma hematoma retroplacentario de gran volumen, se comunica del caso a personal con más experiencia quien acude para realizar reposición uterina bajo anestesia general desprendiendo manualmente la placenta previo al procedimiento lo que hace

visible la inversión y la hemorragia, se utiliza la maniobra de Johnson para la reposición uterina la cual se logra con dificultad, posteriormente se administran uterotónicos para evitar recidivas; al mismo tiempo la paciente presenta signos de shock hipovolémico leve manifestados por taquicardia, hipotensión y palidez generalizada por lo que se administran soluciones cristaloides para recuperar volemia, estabilizándose hemodinamicamente, además se decide compensar la pérdida sanguínea con paquetes globulares. En su evolución no presenta recidiva de inversión uterina, ni hemorragia posparto tardía, se administra hierro, antibioticoterapia y uterotonicos intravenosos, se realiza ecografía de control que reporta restos corioplacentarios, permanece hospitalizada por 6 días tiempo en el cual mejoran sus niveles de hemoglobina, no presenta síntomas ni signos de posibles complicaciones por lo que es dada de alta. En su evolución acude por fiebre puerperal la cual es tratada ambulatoriamente con antibioticoterapia empírica debido a que no se establece un diagnóstico claro.

PALABRAS CLAVES: INVERSIÓN_UTERINA, HEMORRAGIA_POSPARTO, SHOCK_HIPOVOLEMICO, FIEBRE_PUERPERAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
"POSTPARTUM HEMORRHAGE DUE TO UTERINE INVERSION"

Author: Sánchez Sanaguano, Fausto Gabriel

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Date: September 2015

SUMMARY

The puerperal uterine inversion is a rare obstetric emergency occurs in the third stage of labor. Early recognition and prompt treatment are essential to reduce morbidity and mortality associated. The incidence reported in the literature is variable; some studies report an incidence of 1: 20,000 to 1: 25,000 births. Inside the clinic present highlighted pain and bleeding that can lead to postpartum hemorrhage being primary cause of nearly a quarter of all maternal deaths worldwide. This case describes a patient 30 years old with no medical history outstanding, coursing pregnancy of 39.4 weeks according last menstrual period, uncomplicated and relevant data on pregnancy who comes to gynecological emergencies submit work childbirth decided to send him to proceed normal delivery, driving uncomplicated delivery is done in expulsion period is passed delivery room obtained a newborn female with normal anthropometric parameters and good general condition, in the period of delivery for apparent inadequate cord traction as part of active management is product complete uterine inversion which is seen in vaginal opening and is not felt fundus in abdomen, because the placenta was still attached to the fundus occurs invested retroplacental hematoma, communicates the case to more experienced staff who comes to perform uterine replacement under general anesthesia manually peeling the previous placenta procedure which makes visible investment and bleeding maneuver Johnson is used for uterine reset with difficulty, after uterotonic are administered to prevent relapse; while the patient shows signs of mild hypovolemic shock manifested by tachycardia, hypotension and generalized pallor so crystalloid are administered to recover blood

volume, stabilized hemodynamically was decided to compensate the blood loss with packed red blood cells. In its evolution no recurrence of uterine inversion, and postpartum hemorrhage, antibiotics and intravenous uterotonics are administered, ultrasound control reporting placental remains, remains hospitalized for 6 days, in this time improve their hemoglobin levels, does not present symptoms or signs of possible complications so it is discharged. In its evolution return by puerperal fever which is treated with antibiotics empirically because a clear diagnosis is not established.

KEYWORDS: POSTPARTUM_HEMORRHAGE, UTERINE_INVERSION,
HYPOVOLEMIC_SHOCK, PUERPERAL_FEVER

1. INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HPP) se define como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea en 24 horas, debido a la difícil cuantificación exacta del volumen sanguíneo perdido en el parto se tiende a subestimar el mismo, por lo que también se la puede definir como aquella hemorragia de una cuantía tal, que ocasione compromiso hemodinámico de la paciente. Esta puede clasificarse en temprana cuando se presenta durante las primeras 24 horas del periodo posparto, siendo la más frecuente y la más grave; y en tardía cuando ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto. (1)

Según la OMS la HPP es la principal causa de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, la mayoría de las muertes ocurren durante las primeras 24 horas después del parto. (2) En nuestro país, en el 2013 ocupó el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad materna luego de los fallecimientos acontecidos por preeclampsia. (3)

Tras la expulsión de la placenta todo el volumen de sangre que llega al espacio intervelloso, que se cifra en la gestación a término entre 500 y 750 ml/min, se vertería a la luz uterina y de allí al exterior, de no mediar mecanismos de hemostasia rápidos y eficaces. El más eficaz e imprescindible, es el estrangulamiento de las arterias espirales que perfunden el espacio intervelloso, por las fibras miometriales. Como estas arterias, pasan entrecruzándose con las fibras miometriales una fuerte constricción de las fibras ejerce una acción mecánica de estrangulamiento de los vasos, interrumpiendo la circulación por los mismos y, por lo tanto, la pérdida de sangre al exterior, este primer mecanismo, se denomina "miotaponamiento" produciendo enlentecimiento y detención de la circulación, permitiendo que la sangre detenida en su luz coagule, favorecido por el estado general de la coagulación en la gestante y la liberación local de tromboplastinas, ocluyendo los vasos por trombos que pronto son extensos y consistentes consolidándose en las siguientes dos horas en la fase de "trombotaponamiento". Si el trombotaponamiento es correcto a las

dos horas, la relajación y ascenso uterino no tendrán ninguna consecuencia ya que los vasos estarían ocluidos. (4)

Existen varios protocolos para el manejo de la HPP, pero pocos hablan de la inversión uterina como etiología de esta, quizá por no ser una patología frecuente, según las fuentes consultadas en general desde 1970 las cifras que se citan son de 1:2.000 a 1:2.500 partos (5), sin embargo es importante tomarla en cuenta por ser una emergencia obstétrica del tercer estadio del parto, que consiste en la invaginación del útero dentro de su propia cavidad, pudiendo llegar el fondo uterino a atravesar la vulva y asomar al exterior, produciendo como síntomas principales: hemorragia, shock y dolor. Su rápido diagnóstico y su manejo adecuado, van a disminuir las graves consecuencias de esta complicación obstétrica; en dependencia de la duración de la inversión se clasifica en aguda, subaguda y crónica, según sea esta en las primeras 24 h, después de las primeras 24 h o después de las 4 semanas respectivamente. Su patogénesis se relaciona con la excesiva tracción del cordón umbilical y la maniobra de Crédé en el alumbramiento, sobretodo en úteros atónicos o placentas fúndicas, otros factores de riesgo son la macrosomía fetal, cordón umbilical corto, acretismo placentario y parto acelerado. (6)

Es por esto que se debe tener una actitud médica apropiada, en cuanto al manejo activo del alumbramiento, ya que una tracción inadecuada del cordón podría ocasionar una inversión uterina y por consecuencia hemorragia posparto.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en su protocolo de recomendaciones sobre la asistencia al parto, concretamente en la guía de asistencia al alumbramiento, indica que el alumbramiento dirigido a través del manejo activo previene hasta en un 60% de las hemorragias en este periodo, reduciendo la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto; el mismo que consiste en el empleo de oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior, tracción controlada del cordón umbilical y masajes uterinos después de la expulsión de la placenta. (2)

En el presente caso clínico se abordará el cuadro de una paciente con inversión uterina por aparente tracción inadecuada del cordón umbilical, que como

consecuencia provocó una hemorragia posparto casi fatal por llevarla a estado de shock hemorrágico, al profundizar conocimientos respecto a esta emergencia ginecológica se podría ayudar a evitar muertes maternas, cumpliendo con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por lo que considero de interés el análisis del presente caso clínico.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Identificar de forma oportuna y eficaz los factores de riesgo que pudieron ocasionar la hemorragia en el tercer periodo del parto y posparto.

2.2 Objetivos Específicos:

- Determinar los factores que desencadenaron la inversión uterina.
- Analizar el manejo inmediato y mediato que recibió la paciente.
- Establecer los puntos críticos que se dieron en el caso clínico.
- Revisar la evolución y las complicaciones que sufrió la paciente.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

- La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica, documento médico legal, copiada del sistema informático AS400 del Hospital IESS Ambato que contiene la mayor parte de información de la paciente, su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles posteriores.
- Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica digital y física de la paciente se la obtuvo de entrevistas con el personal que estuvo en contacto con la paciente, así como de mi persona por haber presenciado el presente caso.

Además se obtuvo información para la sustentación científica del análisis del caso de guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revisión y evidencia científica.

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Datos de afiliación

Paciente de 30 años de edad, sexo femenino, nacida y residente en la ciudad de Ambato, estado civil soltera, ocupación auxiliar contable, grupo sanguíneo ORh +

Fecha de ingreso: 2015/05/18 Hora: 4:38

Antecedentes

- Antecedentes patológicos personales: No refiere
- Antecedentes quirúrgicos: No refiere
- Antecedentes patológicos familiares: Padre Diabetes Mellitus Tipo II, Madre Cáncer de Útero

Alergias: no refiere

- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

Menarquia: 13 años

Ciclos menstruales: regulares cada 25-30 días por 4 días, hasta 3 toallas al día

Dismenorrea: si

ETS: no refiere

Inicio de vida sexual: 23 años

Compañeros sexuales: 2

Gestas: 1 partos: 0 cesáreas: 0 abortos: 0 hijos vivos: 0 hijos muertos: 0

FUM (Fecha de última menstruación): 14 /AGOSTO/14

FPP (Fecha probable de parto): 21/Mayo/2015

Papanicolaou: último hace 3 años normal

Colposcopia: no

Mamografía: no

- Gesta actual:

CPN (Controles prenatales): 9 normales

Ecografías: Ecografía del primer trimestre normal, ecografía marcadores cromosómicos dentro de parámetros normales, ecografía del tercer trimestre normal

Vitaminas, Ácido Fólico: Si

TORCH (Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes): Si se realizó con resultados negativos

Chequeo odontológico: no

Vacuna Antitetánica: no

Complicaciones en el embarazo: vaginosis en segundo y tercer trimestre tratadas con óvulos de metronizadol y clotrimazol, infección de vías urinarias recibió tratamiento con cefalexina y nitrofurantoina

- Antecedentes No Patológicos

Alimentario: 3 veces al día

Miccional: 4 veces al día

Defecatorio: 1 vez al día

Tabaco: No refiere

Alcohol: Ocasional, no en el embarazo

Drogas: No refiere

Medicación: Ácido Fólico, Calcio, Complejo B.

- Enfermedad actual:

Paciente acude al servicio de Emergencia Ginecológicas por presentar dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad 8/10 según EVAN (Escala de valoración numérica), acompañado de salida de tapón mucoso.

- Examen físico

Al Examen Físico del ingreso presenta los siguientes signos vitales TA: 120/80 FC: 93 FR: 19 RPM SO₂: 97 %

Medidas Antropométricas: PESO: 67.5 TALLA: 1.58 M

Apariencia General: Paciente álgica, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor: 6 Total 15/15.

Cabeza: normocefálica, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio; contiene útero gestante con feto único vivo, situación longitudinal presentación cefálica, lateralidad dorso izquierdo, movimientos fetales presentes, actividad uterina: 2/30/10

Contracciones cada 10 minutos frecuencia cardiaca fetal de 126 lpm

Región Inguinogenital: refiere salida de tapón mucoso, no mal olor.

Tacto vaginal: cérvix central, 6 cm de dilatación, borramiento 60 %, impresiona pelvis útil. Polo cefálico Segundo plano.

Extremidades: simétricas no edema de miembros inferiores

- Plan:

Evolución espontanea del parto

- Impresión Diagnostica al Ingreso:

Embarazo de 39,4 semanas por FUM + Labor de Parto fase activa

- Indicaciones al ingreso:

Rp:

1. Ingreso a sala de partos
2. CSV
3. Diclofenaco IM PRN
4. Llenar partograma de CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología)
5. MFE (Monitoreo Fetal Electrónico) + AU (Actividad Uterina) + MF (Movimientos fetales)
6. Biometría hemática (BH), Química Sanguínea (QS), Tiempos de coagulación

Evolución Diurna 2015/05/18 Hora: 9:07

Nota de evolución

Edad: 30 años

FUM: 14 /agosto/14

EG (Edad gestacional): 39.4 semanas

Lista de problemas.

1. Dolor abdominal

S: paciente en LIP (Labor inicial de parto) refiere dolor abdominal tipo cólico.

O: TA: 125/80 mmHg FC: 90 xmin FR: 19 rpm SatO2: 97 % Peso: 67.5 Talla 1.58 m

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Cabeza normocefálica, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y acomodación.

Abdomen: suave depresible útero gestante, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, feto vivo único, cefálico, dorso izquierdo, MF +, AU: 3 contracciones en 10 minutos FCF (Frecuencia cardiaca fetal): 135- 145 lpm

RIG (Región inguinogenital). Se evidencia salida de líquido amniótico macroscópico

TV (Tacto Vaginal): cuello central, 8 cm de dilatación, borrado 90%, pelvis impresionada útil.

- Exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática: Leucocitos $10,00 \times 10^3$, hemoglobina 15,9 gr/dl, hematocrito 48,9 %, plaquetas 224×10^3 , neutrófilos 52,6 %, linfocitos 37,8 %.

Química sanguínea: glucosa 83,2 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl

Tiempos de coagulación: TP 12,4 seg., TTP 31,6 seg.

A: paciente de 30 años en LP con 3 contracciones en 10 minutos, exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales.

Plan: Evolución espontanea.

IDG: Embarazo de 39.4 semanas por FUM + LIP

Rp:

1. CSV
2. NPO
3. Dextrosa en solución salina 1000cc + oxitocina 10 UI pasar a 8 gotas/ min
4. Tramadol 50 mg IM stat
5. MFE
6. AU + MF cada 30 minutos
7. Evolución espontanea

Fecha: 2015/05/18 Hora: 11:52

PROTOCOLO OPERATORIO 1

Diagnostico pre-operatorio: embarazo de 39.4 semanas por FUM + Labor de Parto

Diagnostico post-operatorio: puerperio inmediato embarazo a término + desgarro vaginal grado I.

Procedimiento: episiotomía, parto cefalovaginal

Anestesia: local

HALLAZGOS:

1. Líquido amniótico claro escaso
2. RN vivo, sexo femenino APGAR 8 - 9, peso: 3300 g, talla: 52 cm, PC: 36 cm
3. Desgarro vaginal grado I

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos esteriles.
- Episiotomía medio lateral derecha
- Recepción de RN de características descritas
- Oxitocina 10 UI im
- Doble pinzamiento y sección de cordón umbilical
- Tracción del cordón umbilical

COMPLICACIONES: inversión uterina, placenta aun adherida a fondo uterino, hematoma retroplacentario de gran volumen.

PROTOCOLO OPERATORIO 2

Diagnostico pre-operatorio: inversión uterina

Diagnostico pos-operatorio: inversión uterina reposicionada + hemorragia posparto

Procedimiento: extracción manual de placenta + reposición del útero + compensación hemodinámica.

Anestesia: General corta

HALLAZGOS:

1. Útero invertido
2. Placenta adherida a útero
3. Hematoma retroplacentario y sangrado 1000 cc aproximadamente
4. Desgarro vaginal lateral derecho

PROCEDIMIENTO:

1. Extracción manual de placenta
2. Reposición manual de útero mediante maniobra de Johnson
3. Administración de uterotónicos
4. Revisión de cavidad
5. Revisión del canal de parto
6. Reparación de pared lateral derecha de vagina

7. Episiorrafia
8. Control de hemostasia
9. Compensación de hemorragia con solución cristaloide por parte de anestesiología

COMPLICACIONES: reposición uterina difícil, hemorragia 1000 cc.

INDICACIONES

RP.

1. Ingreso a obstetricia
2. NPO
3. CSV
4. Control de sangrado vaginal + AFU
5. Control de ingesta y excreta
6. Lactato Ringer 1000 cc + 10 UI de oxitocina IV a 125 ml/h
7. Pasar 2 paquetes globulares
8. Ceftriaxona 1gr IV c12h
9. Metronidazol 500 mg IV c8h
10. Ketorolaco 60 mg IV c8h
11. Metamizol 1g IV c8h
12. Ranitidina 50 mg IV c12h
13. Metergin 1amp IM c12h
14. Control BH 6 horas post transfusion
15. Gluconato de calcio 1amp después de cada paquete globular
16. Duchas vaginales BID
17. Histopatológico

Fecha: 2015/05/18 Hora: 12:19

EVOLUCION ANESTESIA

Bajo anestesia general con tiopental sódico 500 mg + atropina 0,5 mg por 2 ocasiones se realiza reposición uterina + revisión de cavidad + episiorrafia. Se administra diclofenaco 75 mg y furosemida 20 mg.

Previo al procedimiento y a inducción anestésica, la paciente se torna hemodinamicamente inestable presentando taquicardia, hipotensa TA 90/50 mmHg, palidez generalizada, tendencia a somnolencia, por lo que se canaliza segunda vía venosa periférica N° 18, se administra solución cristaloide 3000 cc mejorando signos vitales TA 100/60 mmHg FC 88 x´ SatO2 98%.

EVOLUCION CLINICA DE LA PACIENTE

Fecha: 2015/05/18 Hora: 21:59

Durante visita nocturna a la paciente cursando su primer día de hospitalización, refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad, se mantiene con tendencia a la somnolencia. No se presentan episodio de nueva hemorragia.

Al examen físico, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, útero contraído AFU O, RHA presentes disminuidos. RIG: loquios hemáticos en moderada cantidad.

Exámenes complementarios: Biometría hemática posterior a hemorragia Leucocitos: 15500, neutrófilos: 67,3 % Hb: 8.9 Hcto: 27

Análisis:

Paciente de 30 años de edad cursando puerperio fisiológico inmediato, en el transcurso de parto presenta inversión uterina la cual se reposiciona con dificultad, al momento se mantiene algica, somnolienta. En laboratorio se evidencia disminución de niveles de Hb y Hto comparados con los niveles de ingreso.

IDg: Puerperio inmediato + inversión uterina reposicionada + hemorragia posparto superada.

Rp.

1. BH 6 horas post transfusión
2. Vigilar sangrado vaginal

Fecha: 2015/05/19 Hora: 08:59

Paciente en puerperio fisiológico inmediato refiere leve dolor a nivel de hipogastrio, se transfunden 2 paquetes globulares, al momento no presenta reacciones pos transfusión.

Al examen físico signos vitales TA: 100/60 mmHg FC: 86 lpm SAT:96% FR: 18 rpm T° 37 °C; paciente consciente orientada, afebril, conjuntivas pálidas, mamas hiposecretantes. Abdomen suave depresible doloroso en hipogastrio AFU O - 1 RHA presentes. RIG: loquios hemáticos escasos presencia de sonda vesical orina concentrada. Extremidades simétricas no edemas

En biometría hemática posterior a transfusión de paquetes globulares, se observa incremento en niveles de hemoglobina 9,8 g/dl y hematocrito 29,1.

Análisis: paciente de 30 años de edad cursando puerperio fisiológico inmediato con complicación posparto de inversión uterina, con abundante sangrado por lo que se transfunde 2 paquetes globulares, en biometría hemática postransfusión elevación discreta de niveles de Hb y Hto.

Plan: observación

IDg: Puerperio mediato + inversión uterina reposicionada + hemorragia posparto superada.

RP

1. Dieta blanda fraccionada
2. CSV
3. Control de sangrado vaginal + AFU
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000cc IV QD
6. Ceftriaxona 1g IV c12h día 1
7. Metronidazol 500mg IV c8h día 1
8. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
9. Ranitidina 50mg IV c12h
10. Metergin 1amp IM c12h
11. Metamizol 1g IV c8h PRN

12. Duchas vaginales BID

13. Eco pélvico

Fecha: 2015/05/20 Hora: 8:51

Paciente cursando puerperio mediato hemodinamicamente estable, persiste dolor leve en hipogastrio, no recidivas de hemorragia, no realiza deposición

Al examen físico paciente consciente orientada piel pálida, conjuntivas oculares pálidas abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio AFU en O-1 RHA presentes, región genital loquios hemáticos escasos sonda vesical produce orina clara.

En exámenes complementarios se realiza ecografía que reporta, cavidad uterina ocupada por conglomerados irregulares de ecos brillantes que miden 15 mm de grosor que impresionan ser restos corioplacentarios en cavidad uterina.

Se decide observación del cuadro clínico, administración de hierro intravenoso, continuar uterotónicos y antibioticoterapia.

IDG: Puerperio mediato + restos corioplacentarios en cavidad uterina

Rp

1. Dieta blanda fraccionada
2. CSV
3. Control de sangrado vaginal + AFU
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000cc IV QD
6. Hierro IV 3 Amp en 300 cc de S.S. 0,9 % en 3 horas.
7. Ceftriaxona 1g IV c12h día 2
8. Metronidazol 500mg IV c8h día 2
9. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
10. Ranitidina 50mg IV c12h
11. Misoprostol 200 ug VO BID
12. Duchas vaginales BID

Fecha: 2015/05/21 Hora: 8:37

Paciente en puerperio mediato refiere dolor moderado a nivel de hipogastrio, no realiza la deposición, no presenta recidivas de hemorragia.

Al examen físico hemodinamicamente estable, persiste palidez generalizada marcada; se decide continuar con indicaciones.

RP

1. Dieta blanda fraccionada
2. CSV
3. Control de sangrado vaginal + AFU
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000 cc IV QD
6. Ceftriaxona 1g IV c12h día 3
7. Metronidazol 500 mg IV c8h día 3
8. Ranitidina 50mg IV c12h
9. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
10. Misoprostol 200 ug VO BID
11. Duchas vaginales BID

Fecha: 2015/05/22 Hora: 9:33

Paciente en cuarto día de hospitalización cursando puerperio mediato persiste con dolor moderado a nivel de hipogastrio, no recidivas de hemorragia, realiza la deposición.

Al examen físico presenta signos vitales TA: 110/80 FC: 87 x min SatO2:96% FR: 18 x min T°: 37; se mantiene consciente, afebril. Piel y conjuntivas pálidas, abdomen suave, depresible, doloroso en hipogastrio AFU O – 2, RHA presentes, RIG: loquios hemáticos escasos. Se solicitan exámenes de laboratorio.

Rp

1. Dieta blanda fraccionada
2. CSV

3. Control de sangrado vaginal + AFU
4. Control de ingesta y excreta
5. Lactato Ringer 1000 cc IV QD
6. Ceftriaxona 1g iv c12h día 4
7. Metronidazol 500mg iv c8h día 4
8. Ranitidina 50mg iv c12h
9. Paracetamol 1 gr vo cada 8 horas
10. Misoprostol 200 ug VO BID
11. Hierro oral 1 tab VO QD
12. Duchas vaginales BID
13. B-HCG Y BH

Fecha: 2015/05/23 Hora: 10:13 Servicio: OBSTETRICIA (HO)

Paciente en quinto día de hospitalización, persiste dolor de leve intensidad a nivel de hipogastrio, eliminaciones fisiológicas presentes.

Al examen físico hemodinamicamente estable, afebril, consciente, orientada, piel y conjuntivas pálidas, mamas normosecretantes, abdomen suave, depresible, doloroso en hipogastrio; AFU O – 2, RHA presentes, RIG loquios hemáticos escasos.

En exámenes de laboratorio: Biometría hemática sin leucocitosis ni neutrofilia, leucocitos 11,600 neutrófilos: 65,3 %, aumento en niveles de Hb 11,7 g/dl y Hcto 36,3 %, B- HCG: 626.90.

Plan: Observación

Rp

1. Dieta blanda fraccionada
2. CSV
3. Control de sangrado vaginal + AFU
4. Ciprofloxacina 500mg VO c8h
5. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
6. Misoprostol 200 ug VO BID
7. Hierro oral 1 tab VO BID

8. Duchas vaginales BID

Fecha: 2015/05/24 Hora: 10:06 Servicio.: OBSTETRICIA (HO)

Paciente refiere estar al momento asintomática sin ninguna molestia, hemodinamicamente estable, consciente, orientada, afebril, abdomen suave, depresible y doloroso en hipogastrio AFU O-2, RHA presentes, RIG loquios hemáticos escasos. Por evolución adecuada de la paciente y debido a que no presenta signos de alarma ni sintomatología acompañante que indique posibles complicaciones se decide alta.

Plan: Alta con signos de alarma

Rp

1. Alta
2. Dieta blanda fraccionada
3. Ciprofloxacina 500mg VO c12h día 3 completar 7
4. Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas por 3 días
5. Hierro oral 1 tab VO QD por 1 mes
6. Duchas vaginales BID
7. Novedades

PACIENTE ACUDE A URGENCIAS GINECOLOGICAS

SERVICIO DE EMERGENCIA

Motivo de consulta: Alza térmica

Enfermedad Actual: Paciente que cursa día 15 de puerperio tardío secundario a parto cefalovaginal que tuvo como complicación inversión uterina, hemorragia posparto y restos corioplacentarios en cavidad uterina, hospitalizada por 6 días; acude por presentar malestar general desde hace 12 horas acompañado de parestesias de extremidades superiores e inferiores con disminución de fuerza acompañado de escalofrío, además cefalea de leve intensidad, alza térmica no cuantificada y náusea que no llega a vómito por lo que acude.

Al examen físico TA: 115/70 FC: 134 FR: 19 rpm SatO2: 92 % Peso: 58.2 Talla: 1.56 cm. Paciente consciente hidratada febril: 38 °C, álgica, Glasgow 15/15. Mamas induradas secretantes, abdomen suave, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, puntos ureterales medios positivos. Región lumbar: Puño percusión negativa. Tacto vaginal: doloroso a la lateralización de cérvix. IDg: puerperio fisiológico tardío + Fiebre Puerperal a D/C endometritis.

Rp:

1. Paracetamol 1gr vo stat
2. Metamizol 1gr iv stat
3. Exámenes complementarios: BH, QS, VCG, PCR, EMO
4. Ecografía abdominal

Fecha: 2015/06/03 Hora: 11:26

Paciente acude con ecografía que reporta coágulos sanguíneos en el canal cervical al examen físico se evidencia mamas induradas, secretantes, dolorosas a la palpación además presenta alza térmica no cuantificada, en RIG presenta secreción achocolatada en poca cantidad, no se evidencia sangrado activo.

Plan: antibioticoterapia empírica y signos de alarma

Rp:

1. Cefalexina 500 mg VO c6h por 7 días.
2. Ibuprofeno 400 mg VO c8h por 5 días.
3. Extracción manual de leche bilateral de mamas
4. Signos de alarma

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA

Fecha: 2015/06/05

Control postparto

Signos vitales TA 113/76 mmHg Peso 59 kg

Paciente de 30 años acude a casa de salud por presentar Dg de inversión uterina al momento estable, presenta eco donde se evidencia presencia de coágulos en cavidad uterina.

IDg: Puerperio fisiológico inmediato

Rp.

1. Metergin
2. Misoprostol
3. Amoxicilina + IBL
4. Paracetamol

4. DESARROLLO

4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de una paciente de 30 años de edad sexo femenino nacida y residente en la ciudad de Ambato estado civil soltera, ocupación auxiliar contable, grupo sanguíneo ORh+. Sin antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos, antecedentes familiares padre diabético y madre con cáncer de útero.

Antecedentes Ginecológicos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares cada 25-30 días por 4 días en moderada cantidad mancha hasta 3 toallas al día sin coágulos, presencia de dismenorrea, niega enfermedades de transmisión sexual, inicio de vida sexual a los 23 años, número de parejas sexuales dos. Papanicolaou hace 3 años reporte normal.

Antecedentes Obstétricos: Gestas: 1 (actual) partos: 0 cesáreas: 0 abortos: 0 FUM: 14 /agosto/2014 confiable. Gestación actual: Embarazo de 39,4 semanas por FUM, controles prenatales 9 sin ninguna novedad, ultrasonidos en el primer, segundo y tercer trimestre dentro de parámetros normales, TORCH reportes negativos, recibió ácido fólico, calcio y complejo B en el embarazo, como complicaciones en la gesta refiere vaginosis en segundo y tercer trimestre tratadas con metronidazol en óvulos, y

vulvovaginitis tratada con clotrimazol crema vaginal, además de infección de vías urinarias tratadas con cefalexina y nitrofurantoína.

La paciente acude al servicio de Emergencia Ginecológicas del Hospital IESS Ambato por presentar dolor abdominal difuso de predominio en hipogastrio tipo contracción de gran intensidad 8/10 según EVAN, acompañado de salida tapón mucoso por canal vaginal. Al examen físico de ingreso presenta los siguientes signos vitales TA: 120/80 mmHg FC: 93 lpm FR: 19 rpm SatO₂: 97% con FiO₂ 0,21; paciente álgica, consciente, orientada en tiempo espacio y persona, afebril, escala de Glasgow 15/15; abdomen: globoso suave depresible contiene útero gestante con feto vivo único, situación longitudinal presentación cefálica, lateralidad dorso izquierdo, movimientos fetales presentes, actividad uterina: 2/30/10, frecuencia cardiaca fetal de 126 lpm; región inguinogenital: pelvis impresiona útil, salida de tapón mucoso, al tacto vaginal: cérvix central, 6 cm de dilatación, borramiento 60 %, extremidades no edemas, por lo que se decide su ingreso con diagnóstico de Embarazo de 39,4 semanas por FUM + Labor de Parto fase activa. Se decide evolución espontánea, se administra tramadol 50 mg IM, se realizan monitoreo fetales que se encuentra variable reactivo con FCF entre 126 – 134, se realiza conducción del parto con oxitocina a 8 gotas por minuto llegando a una dilatación de 10 cm y borramiento de 100 % según la curva del partograma de CLAP sin traspasar la línea de alerta (ver anexos), se decide su paso a sala de partos donde se lleva a cabo parto cefalovaginal previa episiotomía medio lateral derecha, obteniéndose recién nacido vivo de sexo femenino con un APGAR 8 - 9, peso de 3300 gramos, talla de 52 centímetros y un perímetro cefálico de 36 centímetros, líquido amniótico claro escaso. Se revisa canal de parto evidenciándose desgarro grado I, se procede al manejo activo del alumbramiento con oxitocina 10 UI IM, en alumbramiento se realiza tracción del cordón umbilical, alrededor de un tiempo estimado de 5 a 10 minutos después se evidencia salida de la placentaria la cual se halla adherida aún al fondo uterino (ver en anexos: imágenes), presumiéndose de inversión uterina la cual se constata al no se palpa fondo uterino en abdomen, al pasar del tiempo se forma hematoma retroplacentario de volumen abundante, la paciente presenta tendencia a la

somnolencia, al examen físico taquicárdica, hipotensa hasta 90/50 mmHg, piel y mucosas pálidas, se canaliza segunda vía venosas periféricas y se infunden aproximadamente 3000 cc de cristaloides con lo que mejora TA 100/60 mmHg, se comunica del caso a personal de mayor experiencia quien acude en un tiempo estimado de 5 a 7 minutos, desprende manualmente la placenta e intenta reponer el útero el cuál sangraba; mediante maniobra de Johnson se consigue reposición uterina con dificultad por la contracción del anillo cervical, usando anestesia general con tiopental sódico y rocuronio; reposicionado el útero se mantiene presión manual dentro del mismo y se administran uterotónicos (oxitocina 10 UI en L.R. 1000 cc a 125 ml/h y metergin 1 amp IM c12h), con lo que se detiene hemorragia y se estabiliza hemodinamicamente a la paciente; se realiza revisión de cavidad uterina y se decide transfundir 2 unidades de concentrados de glóbulos rojos, se prescribe analgesia (metamizol 1 gr iv c8h, ketorolaco 60 mg iv c8h) y antibioticoterapia (ceftriaxona 1 gr IV c12h, metronidazol 500 mg iv c8h), en exámenes de laboratorio posterior a hemorragia se observa descenso de Hb 8,9 gr/dl y Hto de 27,9 % en relación al ingreso Hb 15,9 gr/dl y Hto de 48,9%. En la evolución nocturna se mantiene algica con tendencia a somnolencia, al examen físico piel y mucosas pálidas abdomen se palpa útero contraído, se decide vigilancia del sangrado vaginal y biometría de control pos transfusión de último concentrado de glóbulos rojos a las 6 horas. En su puerperio mediano paciente hemodinamicamente estable, consciente, orientada, piel y conjuntivas persisten pálidas abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio altura de fondo uterino en O-1 RHA presentes, región genital loquios hemáticos escasos sonda vesical orina concentrada. Se realiza eco pélvico que reporta útero con conglomerados irregulares de ecos brillantes que miden 15 mm de grosor que impresionan restos corioplacentarios, se decide observación del cuadro clínico, hidratación, administración de hierro intravenoso, uterotónicos con misoprostol 200 ug VO c12h, antibioticoterapia intravenosa, la cual se mantiene con ceftriaxona y metronidazol por 4 días, para rotarse por ciprofloxacino 500 mg VO c12h y analgesia con paracetamol 1 gr VO c8h. La paciente permaneció hospitalizada por 6 días, recuperando su valor de hemoglobina la cual alcanzo a 11,7 g/dl y hematocrito de

36,3 % al cuarto día, hemodinamicamente estable sin sintomatología o signos de posibles complicaciones se decide alta con hierro, ciprofloxacino y paracetamol por vía oral, signos de alarma y control por consulta externa.

La paciente acude a emergencias ginecológicas a los 15 días posparto por presentar malestar genera desde hace 12 horas acompañado de parestesias de extremidades superiores e inferiores, cefalea de leve intensidad, alza térmica no cuantificada y náusea que no llega al vómito, por lo que acude. Al examen físico signos vitales TA: 115/70 mmHg FC: 134 lpm FR: 19 rpm SatO₂: 92 % T°: 38 °C Peso: 58.2 Kg Talla: 1.56 cm paciente consciente hidratada febril, algica, Glasgow 15/15, abdomen: suave depreciable levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio puntos ureterales medios positivos puño percusión negativa, tacto vaginal dolorosos a la lateralización del cérvix; por lo que se presume de endometritis, se administra paracetamol vía oral y metamizol intravenoso solicitando BH, VSG y EMO los cuales de hallan dentro de parámetros normales y eco abdominal (ver anexos) que reporta útero de tamaño normal, endometrial ecogénico con espesor de 6 mm, fondo de saco de Douglas libre, canal cervical con coágulos; se valora nuevamente a la paciente encontrándose mamas induradas, dolorosas a la palpación, en RIG sangrado vaginal achocolatado en poca cantidad sin mal olor, por lo que se decide tratamiento ambulatorio con cefalexina 500 mg VO c6h por 7 días, ibuprofeno 400 mg vo c8h por 5 días, extracción manual de leche y signos de alarma. Acude a control por consulta externa 2 días después encontrándose estable, con ecografía donde se evidencia coágulos en cavidad uterina prescribiéndose metergin, misoprostol y rotando antibiótico por amoxicilina más ácido clavulánico.

4.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la

población sana y aumentan el riesgo sufrir una enfermedad la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes en la inversión uterina puerperal incluyen: la calidad de la pared uterina, ligamentos y pared abdominal, los cuales son de difícil valoración; la inserción anormal de la placenta en el fondo uterino, como es el acretismo placentario ya que puede traccionar el fondo uterino al exterior, en este caso no se dispone de datos ecográficos, ni factores de riesgo en la historia clínica que hagan sospechar su presencia, a pesar de no haber sido posible corroborar la integridad placentaria por ser desprendida manualmente, pudo haberse tratado de un acretismo parcial o una placenta adherida ya que fue desprendida sin dificultad, además existe un reporte ecográfico de restos corioplacentarios (7); la baja paridad y edad joven también se describen como otros factores de riesgo que en este caso están presentes; la tracción del cordón umbilical y las fuerzas externas que actúan directamente en el útero son factores importantes que en nuestro caso estarían relacionados con una inadecuada tracción controlada del cordón al aplicarse tracción en demasía de fuerza o sin una adecuada valoración del fondo uterino. (8)

Respecto a la HPP no existen factores predictivos identificables para esta patología sin embargo, pueden mencionarse factores prenatales como: abrupcio placentae, placenta previa, embarazo múltiple, preeclampsia/hipertensión gestacional, HPP previa, obesidad IMC mayor de 35, anemia menor a 9 g/dl, de los cuales la paciente carece; y factores intraparto como: cesárea urgente o electiva, parto instrumentado, trabajo de parto prolongado mayor a 12 horas, feto con peso mayor de 4 kg, fiebre en trabajo de parto, inducción del trabajo de parto que en nuestro caso podría estar relacionado con la conducción del parto mediante oxitocina; retención de la placenta que en nuestro caso fue reportada mediante ecografía posterior al parto; y episiotomía mediolateral la cual se realizó en la paciente, sin embargo se revisó el canal de parto sin encontrarse desgarros de gravedad; además en este caso hay una inversión uterina factor importante, abarcado en las causas traumáticas de hemorragia posparto. (9)

4.3 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

La paciente accedió al servicio médico desde un inicio de su embarazo mediante los controles prenatales en un total de 9 que se realizó en el Hospital IESS Ambato, que demográficamente se encontraban accesible ya que la paciente vivía en una zona urbana de la misma ciudad; en dichos controles la atención fue adecuada y no presentó signos de alarma considerándose un parto probable por vía cefalovaginal informandosele a la paciente cuando acudir a emergencias ginecológicas por posible labor de parto.

4.3.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

El manejo en el área de emergencias ginecológicas consiste en valorar si la paciente se encuentra en labor de parto y la evaluación de bienestar fetal en este caso la paciente se encontraba en labor de parto por lo que fue ingresada, dándose seguimiento de su trabajo de parto mediante el partograma de CLAP. (ver anexos).

4.3.2 OPORTUNIDADES DE REMISION

En este caso no se necesitó remisión a otra especialidad como Terapia Intensiva por la hemorragia obstétrica como unidad de mayor complejidad, debido a que se supo controlar la emergencia obstétrica y la paciente no necesito su remisión.

4.3.3 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites administrativos fueron oportunos sin mayor complicación de acuerdo a las necesidades del paciente en cuanto al agendamiento de citas para sus controles prenatales, ni tampoco hubo dificultad en el trámite de pedido de hemoderivados, ya

que el hospital no cuenta con servicio de banco de sangre y estos deben ser tramitados en la Cruz Roja.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

- Manejo inadecuado del alumbramiento en el parto
- Retraso en el tratamiento de la inversión uterina
- Desprendimiento manual de la placenta.
- Hemorragia posparto que ocasionó descompensación hemodinámica en la paciente.
- Requerimiento de transfusión sanguínea
- Falencias en la evaluación posterior a la hemorragia posparto
- Complicaciones la evolución de la paciente: fiebre puerperal y cistocele

4.4.1. Análisis de los puntos críticos

- La paciente acude a emergencias ginecológicas del Hospital IESS Ambato por presentar labor de parto es valorada e ingresada planeándose parto cefalovaginal, se realiza conducción del parto con oxitocina, sin tener una indicación clara ya que según la bibliografía revisada, se debe utilizar esta cuando existe una progresión inadecuada del descenso fetal y/o dilatación del cuello uterino, lo cual se refleja en un cese completo de estos durante al menos 2 horas en el partograma de CLAP (10); a pesar de esto presenta un trabajo de parto sin dificultad.
- En el alumbramiento se realiza tracción del cordón como parte del manejo activo, evidenciándose en introito vaginal la placenta, la cual en su cara materna aún se hallaba adherida al útero, observándose el fondo uterino invertido y la ausencia de este en abdomen a la palpación. La tracción

controlada del cordón umbilical consiste en traccionar el cordón mientras se mantiene una contrapresión ascendente sobre el segmento inferior del útero colocando la mano sobre el abdomen bajo de la madre, esta se debe realizar después que aparezcan signos de separación de la placenta y administrado un uterotónico, si no se realizan correctamente, pueden provocar resultados adversos que incluyen dolor, hemorragia e inversión del útero. (11)

Según Begley C et al, en su artículo publicado en la revista Cochrane el manejo activo del alumbramiento redujo el riesgo promedio de hemorragia primaria materna grave (más de 1000 ml de pérdida de sangre) de pérdida de sangre primaria > 500 ml, además experimentaron menor pérdida de sangre y menor riesgo de transfusión sanguínea, terapia con hierro y uterotónicos terapéuticos posparto, así pues se menciona que por cada 12 manejos activos del alumbramiento se previene una hemorragia, por cada 67 manejos activos se previene una transfusión. (12) Metin A. et al y Hofmeyr G. et al en sus revisiones sistemáticas comparan el manejo activo en la tercera etapa del parto con y sin tracción controlada del cordón; y concluyen que la tracción controlada del cordón tiene la ventaja de reducir el riesgo de la extracción manual de la placenta en algunas circunstancias, siempre que la partera tenga las habilidades necesarias, sin embargo la omisión de la tracción controlada del cordón tiene muy poco efecto sobre el riesgo de hemorragia grave. (13) (14) En este caso la tracción controlada del cordón, pudo haberse realizado de una forma incorrecta ocasionando la inversión uterina y la consecuente hemorragia posparto.

- La inversión uterina que se produjo en la paciente, favorecida tal vez por una placenta adherida o un acretismo parcial dudoso, ocasionó que se forme un hematoma retroplacentario de gran volumen al estar aún adherida la placenta al fondo uterino. Para su reducción se tuvo que llamar a personal con más experiencia quien desprendió manualmente la placenta para lograr reducir el útero demorando la resolución inmediata de esta, tiempo en el cual se evidenció sangrado proveniente del hematoma y del fondo uterino. Se aplicó

la maniobra de Johnson que implica tomar el fondo uterino invertido y empujarlo a través del anillo cervical para restaurar su posición normal ejerciendo presión en dirección hacia el ombligo. Se puede realizar precozmente sin necesidad de anestesia (éxito 22-30%) o con anestesia general (éxito 100%), en caso de contracción uterina se deben usar uterorrelajantes (nitroglicerina 100 ug bolo, betamiméticos, SO₄Mg o gases halogenados) aunque el tiempo en el que actúan estos pueden retardar el manejo de la hemorragia. Una vez reducido el útero se usan uterotónicos (oxitocina, ergometrina), manteniendo la mano dentro del útero hasta que este se contraiga por completo. (9) En este caso dicha maniobra se logra con dificultad por la contracción del anillo cervical, requiriéndose de anestesia general; posteriormente se administró uterotónicos para detener la hemorragia y evitar la posibilidad de recidiva. La demora en la reposición del útero al haber esperado a personal con mayor experiencia debió dificultar la maniobra, ya que se había administrado previamente oxitocina como parte del manejo activo, lo que contribuyó a la constricción del anillo cervical; además de contribuir con la hemorragia posparto, ya que al encontrarse invertido el útero la circulación que llegue a este será reflejada en la hemorragia, más aun considerando que su perfusión es alrededor 500 y 750 ml/min, lo que puede ocasionar rápidamente que la paciente entre en shock hipovolémico.

- Por la hemorragia aproximada de 1000 cc que sufrió la paciente, considerando que la cuantificación visual de la pérdidas sanguínea se tiende a infraestimar hasta un 30-50% de la real, y que debido a la adaptación fisiológica durante el embarazo para la pérdida sanguínea del parto, la clínica del shock hemorrágico puede no aparecer hasta que se pierda un 15-25% del volumen sanguíneo. Con los signos de compromiso hemodinámico que presentó la paciente reflejados en taquicardia, hipotensión, palidez generalizada y somnolencia se procedió con el manejo de hemorragia obstétrica mediante: monitoreo de signos vitales, electrocardiograma, frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura, saturación parcial de oxígeno; reanimación, canalizando

dos vías venosas para expandir el plasma con cristaloides con la finalidad de mantener el gasto cardiaco según respuesta de la tensión arterial media hasta llevarla por arriba de 60 mmHg; oxígeno por cánula nasal para mantener saturación de O₂ sobre del 90% y colocación de sonda Foley para controlar gasto urinario entre 1 a 1.5 ml por kilogramo de peso. En este caso se administraron aproximadamente 3000 cc de cristaloides con lo que mejoró la tensión arterial y se estabilizó hemodinamicamente, aunque el gasto urinario no fue medido. (9) (15)

- Por la pérdida sanguínea que tuvo la paciente reflejado en los valores de Hemoglobina y Hematocrito al ingreso y posparto, se decidió trasfundir 2 concentrados de glóbulos rojos con lo que se mejoró el nivel de hemoglobina. Sin embargo la transfusión de concentrados eritrocitarios se debe considerar cuando el cuadro clínico nos indique: pérdida de sangre del 30% o más del volumen sanguíneo circulante como parte del manejo de shock hipovolémico, riesgo de daño inmediato a órganos blanco y falla orgánica múltiple, para mantener una Hb > 7g/dL si la paciente no tiene antecedentes (cardiovasculares), por tanto un nivel menor a este es indicación para transfundir Concentrados Eritrocitarios, de esta forma se recomienda un nivel de Hb durante la fase de reanimación entre 7 y 10 g/dL, dependiendo de las condiciones clínicas del paciente (edad, función cardiaca, tipo de sangrado, cantidad de la hemorragia, etc). Cabe mencionar que una unidad de glóbulos rojos contiene aproximadamente 300 ml de volumen y aumenta un 3% el hematocrito y 1 g/dl la hemoglobina, si la paciente ha dejado de sangrar. (16) (17) (18) En el caso de la paciente, se pudo abstener la transfusión de concentrados de glóbulos rojos, ya que según el volumen estimado de hemorragia y al cuadro clínico que presento la paciente refleja un estado de shock hipovolémico entre leve y moderado sin indicación de transfusión; además el nivel de hemoglobina es superior a 7 g/dl; considerando las complicaciones que puede ocasionar una transfusión sanguínea.

- En la evolución de la paciente posterior a la hemorragia posparto debe vigilarse la aparición de nuevo sangrado, recidiva de inversión uterina, insuficiencia renal aguda pre renal, sobrecarga hídrica (edema agudo de pulmón), lesión pulmonar aguda ligada a la transfusión, fenómenos trombóticos, isquemia miocárdica, síndrome de Sheehan (infarto de la glándula hipofisaria secundario a una HPP) y/o sepsis. (9) (19) Lo cual en la paciente tuvo falencias ya que en las evoluciones descritas en la historia clínica no se enfoca la búsqueda de estas posibles consecuencias a más del sangrado revisado en la descripción de loquios.
- Respecto al tratamiento mediato se usaron principalmente uterotónicos, y antibioticoterapia; así pues dentro de los uterotónicos usados en el posparto, teniendo en cuenta la inversión uterina, fueron oxitocina, metilergometrina y misoprostol para mantener un tono uterino adecuado, según la bibliografía consultada se debería haber administrado oxitocina 40 UI de en 500 ml de suero fisiológico a 125 ml/h en las primeras 4 horas, respecto al uso de metilergometrina (Methergin) se recomienda su uso i.v. lenta o i.m. de 0,2 mg como uterotónico de segunda línea, por su ventaja de producir una contracción más potente a pesar de sus efectos secundarios, en este caso se usó sinérgicamente con misoprostol, a pesar de que no se recomienda la administración de dosis repetidas de misoprostol para el tratamiento de una HPP, si ya se está administrando oxitocina pues existe evidencia que sugiere que su uso simultáneo no produce beneficios adicionales. (20) (21) En cuanto a la administración de antibioticoterapia lo que llama la atención es el uso de ciprofloxacina ya que su uso en la lactancia es controversial, la Academia Americana en Pediatría, establece que es excretada en la leche materna en muy pocas cantidades y, dado que no se han observado efectos negativos sobre los infantes a la fecha, es considerada como un tratamiento usualmente compatible con la lactancia, aunque otras opiniones como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren evitar la lactancia cuando se usa este fármaco. (22)

- A los 15 días del posparto la paciente acude a emergencias ginecológicas por cuadro febril con malestar general, cefalea y parestesias al examen físico se encuentra mamas induradas, abdomen doloroso en hipogastrio, puntos ureterales medios positivos, tacto vaginal doloroso a la lateralización, secreción achocolatada escasa sin mal olor; por antecedente de extracción manual de placenta e inversión uterina se sospecha en posible endometritis como causa de fiebre puerperal, sin dejar de lado injuria mamaria, o una posible infección de vías urinarias por lo que se solicita biometría hemática, velocidad de eritrosedimentación (VSG), elemental microscópico de orina (EMO) los cuales se hallan dentro de parámetros normales y ecografía abdominal que reporta canal cervical con coágulos; por lo que se decide tratamiento ambulatorio con cefalexina, ibuprofeno y extracción manual de leche, ya que no presentaba criterios de ingreso. Acude a consulta posterior con ecografía que reporta coágulos en cavidad uterina por lo que se rota antibioticoterapia a Amoxicilina + IBL, y se prescribe metergin y misoprostol. En el caso de la paciente por antecedente de extracción manual de placenta e inversión uterina se sospecha de endometritis como origen de fiebre puerperal al ser una infección de la mucosa del útero (endometrio o decidua) asociada a parto vaginal y cesárea que se caracteriza por fiebre dolor abdominal bajo, subinvolución uterina y loquios de mal olor. En cuyo caso no hay evidencia que la ecografía sirva para su diagnóstico tampoco para diferencial restos placentarios de coágulos. (23) Algo que va en contra de este diagnóstico es el tiempo de presentación de la fiebre que por lo general en la endometritis se presenta en los primeros 7 días, en algunos casos los loquios, retenidos en la cavidad uterina pueden ocasionar fiebre por su reabsorción, sin tener capacidad infectante lo que se denomina loquiometra entidad a descartar en una endometritis. (24) Debido a que no se definió exactamente la causa de la fiebre se optó por antibioticoterapia empírica la misma que desde un inicio debió ser Amoxicilina + IBL 875 mg/8 h vía oral durante 5-7 días, sin embargo fue iniciada con Cefalexina 500 mg/6h vía oral por 7 días. (25)

4.5 Revisión Bibliográfica

Hemorragia posparto

(CIE 10 O72 hemorragia posparto)

La Organización Mundial de la Salud estima que la hemorragia posparto severa acontece en aproximadamente 11% de las mujeres que han tenido un parto. Esta incidencia difiere entre países por los distintos sistemas de salud y el nivel de desarrollo industrial. En las naciones en vías de industrialización la mayoría de las gestantes no tiene acceso a un parto asistido por profesionales especializados y la conducta activa de la tercera fase del parto no suele ser una práctica establecida. (15)

Definiciones:

La hemorragia postparto es cualquier pérdida sanguínea que tiene el potencial de causar inestabilidad hemodinámica, sin embargo ésta definición no considera la cantidad de sangrado solo las condiciones hemodinámicas, tradicionalmente se ha considerado a la hemorragia posparto como la pérdida de 500ml de sangre posparto y 1000ml trans y postcesárea, ya que las pérdidas permisibles varían de acuerdo a las condiciones previas de la paciente. (26)

La conclusión de la etapa puerperal se consideró hasta la semana 12 posparto, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, por lo que se incluyeron hemorragias posparto primarias, secundarias o tardías (primaria, en las primeras 24 h tras el parto, y secundaria, entre las 24 h y las 12 semanas tras el parto). (15)

Hemorragia posparto severa: es la que requiere transfusión aguda de 4 o más concentrados de hemoderivados, por clínica aguda de anemia o alteración hematológica de anemia severa ($Hb < 7g/dL$).

Hemorragia Obstétrica (HO): engloba la hemorragia antenatal (desde las 24 semanas hasta antes del nacimiento) y la hemorragia posparto. La HO se clasifica, según su magnitud, en HO menor (pérdidas de 500-1.000 ml, no controladas, sin deterioro hemodinámico y con un ritmo de pérdida bajo) y HO mayor (pérdidas > 1.000 ml o

menores con signos clínicos de shock), que puede ser, a su vez, moderada (< 2.000 ml) o severa (> 2.000 ml). (9)

Factores de riesgo:

Respecto a la HPP no existen factores predictivos identificables para esta patología sin embargo pueden mencionarse factores prenatales como: abrupcio placentae, placenta previa conocida, embarazo múltiple, preeclampsia/hipertensión gestacional, HPP previa, origen étnico asiático, obesidad IMC mayor de 35, anemia menor a 9 g/dl, de los cuales la paciente carece; y factores intraparto como: cesárea urgente o electiva, inducción del trabajo de parto, retención de la placenta, episiotomía mediolateral, parto instrumentado, trabajo de parto prolongado mayor a 12 horas, feto con peso mayor de 4 kg, fiebre en trabajo de parto. (9)

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 %

Detección precoz

Debido a la adaptación fisiológica a la pérdida sanguínea durante el embarazo, la clínica del shock hemorrágico puede no aparecer hasta que no se ha perdido un 15-25% del volumen sanguíneo. Por este motivo se recomienda el uso de una escala de

detección precoz de deterioro clínico (ver anexos: tabla 4) , la cual se basan en el reconocimiento sistemático y precoz de anomalías fisiológicas que preceden al deterioro clínico. Con sensibilidad del 89% (IC 95% 81-95), una especificidad del 79% (IC 95% 76-82), un valor predictivo positivo del 39% (IC 95% 32-46) y un valor predictivo negativo del 98% (IC 95% 96-99)²⁹. Además, si se cuantifica visualmente el sangrado de acuerdo al cálculo de volumen por compresas o gasas manchadas (ver anexos: imagen 4), se infraestima la pérdida real hasta en un 30-50%, a veces porque la hemorragia puede no ser evidente (por ejemplo, el útero distendido, el peritoneo o el retroperitoneo pueden retener más de un litro de sangre). (9) En la tabla 5 se puede apreciar el cuadro clínico en los distintos estados de shock.

Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto

La tabla 3 en anexos resume las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto. (27)

Prevención

Las medidas en pacientes con riesgo de HOS incluyen los siguientes puntos:

1. Corrección antenatal de la anemia: con hemoglobina (Hb) < 10,5 g/l hay que considerar la deficiencia de hierro y tratarla si procede con hierro oral o parenteral.
2. Planificar el parto, avisando con suficiente antelación a todos los servicios.
3. Reservar 4-6 U cruzadas de CH (cumplimentar detalladamente la solicitud) en pacientes con alta probabilidad de presentar HOS. En caso de riesgo moderado, se solicitará grupo y escrutinio de anticuerpos irregulares

Prevención primaria: El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

En todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas. (27) Este consiste en:

1. Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.
2. Tracción controlada del cordón luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.
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.

Es por esto que durante el alumbramiento, se deben proporcionar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la HPP; se recomienda la administración de oxitocina (IM/IV, 10 UI) como el uterotónico preferido. Se recomiendan otros agentes uterotónicos inyectables y misoprostol como alternativas para la prevención de la HPP en los lugares en los que no se disponga de oxitocina (ver en anexos: esquema 1). Se volvió a revisar la importancia de la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) debido a nuevas pruebas científicas. En la actualidad, esta intervención se considera opcional en los lugares en los que se dispone de parteras capacitadas y está contraindicada en los lugares en los que no hay presencia de parteras capacitadas durante los partos. Por lo general, el pinzamiento temprano del cordón umbilical está contraindicado. No se recomienda el masaje uterino continuo como intervención para prevenir la HPP en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica, dado que puede causar molestias maternas, requiere un profesional de la salud dedicado y es posible que no reduzca la pérdida de sangre. Sin embargo, se recomienda la vigilancia del tono uterino mediante la palpación abdominal en todas las mujeres para la identificación temprana de atonía uterina posparto. En resumen, se consideró el uso de agentes uterotónicos como la intervención principal del paquete de conducta activa en el alumbramiento. En este contexto, se apoya el uso de misoprostol para la prevención de la HPP por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud en los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas. (2)

Tratamiento de la hemorragia posparto

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes simultáneamente:

- Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado
- Reanimación
- Monitorización e investigación de la causa
- Implementación de medidas para detener el sangrado

El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida

Manejo general

La paciente debe ser informada de la situación clínica y se le deben explicar en forma resumida los procedimientos que se realizarán; también se le debe proporcionar aliento y contención.

Pida ayuda, comunique la situación y movilice urgentemente a todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia. Para lograr coordinación, es recomendable la práctica periódica de simulacros.

Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta dos litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1,5 litros. Realice una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura. Si sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente. Aun si no hay signos de shock presentes, téngalo en mente mientras evalúa a la mujer puesto que su estado general

puede empeorar rápidamente. Evalúe el tono uterino. En caso de atonía, masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces). Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico. Asegure una adecuada permeabilidad aérea y la provisión de oxígeno de ser necesario. Coloque una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario. Verifique la expulsión completa de la placenta, examínela para tener la certeza de que está íntegra. Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros. Considere la posibilidad de coagulopatía. Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad. (27)

Identificación y tratamiento de la causa

(Ver en anexos Esquema 2.)

- Tono uterino: Masaje uterino, compresión bimanual del útero, uso de drogas uterotónicas.
- Tejidos retenidos: Remoción manual, legrado.
- Trauma o laceraciones: Repare desgarros cervicales o vaginales, corrija la inversión uterina, identifique la ruptura uterina.
- Coagulopatías: Tratamiento específico.

Reanimación

Hay que evaluar y tratar la HO de forma simultánea, estabilizando hemodinámicamente y monitorizando a la paciente. Los objetivos de reposición analítica son: Hb 9-10 g/dl (mejora la coagulación al facilitar la interacción entre las plaquetas y la pared del vaso e incrementar diferentes procesos metabólicos), plaquetas $> 75 \times 10^9/l$ y fibrinógeno $> 2,0$ g/l. En caso de hemorragia menor (500-1.000 ml), no controlada, sin deterioro hemodinámico ni signos de shock, las medidas básicas son: solicitud urgente de grupo, Rh, anticuerpos irregulares y hemograma,

canular una vía venosa 14 G, infundir cristaloides según presión arterial. En caso de hemorragia moderada (> 1.000 ml) o hemorragia severa (> 2.000 ml), no controlada, coagulopatía clínica o atonía uterina no reactiva a tratamiento. Hay que transfundir sangre lo antes posible, y hasta entonces perfundir fluidos para mantener la volemia y la PAS entre 80-100 mmHg (hipotensión permisiva). Se debe administrar noradrenalina si es necesario. No hay estudios controlados comparando coloides vs. cristaloides. Las guías de la OMS recomiendan reemplazar preferentemente con cristaloides sobre coloides. (9)

La transfusión de glóbulos rojos es lo más importante en forma de CE; sin embargo, no están indicados en las primeras etapas del tratamiento, en donde la reposición del volumen es lo más importante. Se indican para mejorar la capacidad de transporte de O₂. Indirectamente se trata de recuperar el nivel de la Hb. La mayoría de la literatura confirma que raramente se buscará llevar la Hb a > 10 g/dL. Más aún, es probable que una buena indicación para transfundir CE sea un nivel de Hb < 7 g/dL. De esta forma, el nivel de Hb durante la fase de reanimación probablemente deba ser entre 7 y 10 g/dL, dependiendo de las condiciones clínicas del paciente (edad, función cardíaca, tipo de sangrado, cantidad de la hemorragia, etc.). Otra manera de decidir una transfusión sanguínea se basa en la estimación de volumen perdido como se evidencia en la tabla en los anexos.

Datos de laboratorio

Se solicitarán: hemograma completo, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo, gasometría arterial, Na⁺, K⁺, Ca⁺² (iónico), lactato. La gasometría permitirá evaluar la Hb y los desequilibrios ácido-base e iónicos.

Se puede solicitar fibrinógeno por ser su nivel inicial un predictor de severidad de hemorragia obstétrica y ayudar en el tratamiento de la paciente. (28)

Tratamiento quirúrgico

Al no ceder la hemorragia, la ligadura de vasos uterinos es el primer paso a seguir, ya que es simple y rápida, ésta tiene ventajas sobre la ligadura de la arteria iliaca interna,

ya que la disección es más fácil y mayor oclusión distal arterial con menor potencial de sangrado. La histerectomía en situación de hemorragia masiva es útil por su capacidad para eliminar el sangrado, además de que el obstetra está familiarizado con el procedimiento, su desventaja radica en la pérdida del útero. Este procedimiento solo está reservado para casos muy graves de hemorragia.

Cuidados posoperatorios

Debe vigilarse la aparición de nuevo sangrado, insuficiencia renal, sobrecarga hídrica (edema agudo de pulmón), lesión pulmonar aguda ligada a la transfusión, fenómenos trombóticos, isquemia miocárdica, hemorragia digestiva, síndrome de Sheehan (infarto de la glándula hipofisaria secundario a una HPP) y/o sepsis. Se debe valorar la monitorización, la necesidad de antibioterapia de amplio espectro, el uso de heparinas de bajo peso molecular y el tratamiento de las complicaciones. (9)

Inversión uterina puerperal

(CIE 10 O 71.2 Inversión del útero, postparto)

La inversión uterina es una emergencia obstétrica rara, como complicación del tercer estadio del trabajo del parto, que puede poner en riesgo la vida de la paciente, debido a la hemorragia y el shock que puede producir cuando ocurre, el reconocimiento y el tratamiento inmediato reducen su morbimortalidad.

Definición:

La inversión uterina es la invaginación del útero dentro de la propia cavidad, cambiando la disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa, pudiendo llegar el fondo uterino a atravesar la vulva y asomar al exterior. (8)

Epidemiología:

Su frecuencia es baja y varía desde 1:500 hasta 1:123 000 partos, habitualmente referidos a la inversión uterina puerperal aguda. Los grandes estudios reportan una incidencia de 1:20 000 a 1:25 000 partos. Las estadísticas varían por países, India reporta una incidencia de 1:8.537 partos, Estados Unidos 1:23.127 y los hospitales británicos 1:27.902. (29)

Factores de riesgo

En la inversión uterina puerperal, el cuello uterino debe estar dilatado y el músculo liso relajado para permitir la protrusión del útero, por ende ocurre más frecuentemente en el tercer estadio del trabajo de parto.

Los factores de riesgo se asocian a un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto; se describen entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de presión fúndica (maniobra de Credé), la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto. (30)

Clasificación

Se clasifica en diferentes formas atendiendo a: su relación con el parto, el tiempo y la extensión de la inversión:

- Según relación con el parto: puerperal y no puerperal.
- Según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico: aguda (ocurre en las primeras 24 h del puerperio). Subaguda (de 24 h hasta un mes posparto). Crónica (después de la 4ta. sem del parto). (8)
- Según la extensión de la inversión: Grado I (el fondo del útero llega hasta el cuello). Grado II (el fondo del útero protruye por debajo del anillo cervical pero no alcanza el orificio vaginal). Grado III (el fondo del útero llega hasta el orificio vaginal completa). Grado IV: (el fondo del útero está por delante del orificio vaginal, con la vagina invertida- total). (30)

Cuadro clínico:

Las principales características de la inversión uterina aguda son hemorragia abundante, que pueden llegar a shock hipovolémico (35%) y dolor. Al examen físico, dependiendo del grado de inversión del útero, se puede evidenciar una masa roja que protruye o no por el orificio vaginal, y a la palpación abdominal no se encuentra el fondo uterino. Se palpa un anillo de constricción alrededor del cuello que representa el orificio externo, y revela que el canal cervical no está completamente invertido. (6)

Tratamiento

El tratamiento debe iniciarse inmediatamente, es fundamental el soporte hemodinámico y la anestesia.

- Soporte: Líquidos agresivos, dos líneas venosas de acceso, reemplazo sanguíneo, sonda de Folley, tratamiento del dolor, manejo multidisciplinario (anestesia, enfermería, etc.).
- Reposición del útero: Anestesia general, tocolíticos para relajar el útero (MgSO₄ o terbutalina), antibióticos profilácticos.
- Técnicas: No quirúrgicas (Johnson, O'Sullivan), quirúrgicas (Huntington y Haultain (abdominales), Spinelli (vaginal).
- Posterior a reposición de útero: Masaje uterino, oxitocina, prostaglandinas (F₂ α o misoprostol).

La técnica más conocida es la maniobra de Johnson, implica tomar el fondo uterino invertido y empujarlo a través del anillo cervical para restaurar su posición normal, la dirección de la presión es hacia el ombligo y la rapidez es clave.

Se han reportado resultados exitosos posadministración intravenosa de sulfato de magnesio. A pesar de ser un buen relajante uterino, requiere al menos 10 minutos para ejercer su efecto. Otra opción es utilizar anestesia general con halotano, que permite relajar el útero y, a la vez, sedar a la paciente. Sin embargo, el uso de anestesia general puede asociarse a mayor riesgo de aspiración e hipoxia cerebral si

no existe el equipamiento necesario para una intubación traqueal. Asimismo, puede deprimir el sistema cardiovascular en una paciente que ya está hemodinámicamente inestable. Una vez que el útero ha sido restaurado a su posición, la placenta debe ser extraída si es que aún no ha ocurrido el alumbramiento, en algunos casos se debe desprender manualmente, ya que dificulta la reducción. Se debe iniciar la administración de agentes uterotónicos para disminuir la hemorragia y la posibilidad de que ocurra nuevamente una inversión uterina. (6) (30)

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es excepcional, y debe realizarse en aquellos casos en que fallen la maniobras para restaurar el fondo uterino con el uso de relajantes uterinos, ocasionalmente la contracción del anillo cervical puede impedir maniobras de reposición del fondo uterino. En estos casos, la indicación es una laparotomía para la corrección cruenta de la inversión uterina. En algunos casos, previo a la laparotomía, puede intentarse una incisión anterior o posterior del anillo cervical vía vaginal. (8)

Si se realiza una laparotomía, pueden ser utilizados los siguientes procedimientos:

1. Huntington: tracción exagerada de los ligamentos redondos para restaurar el útero en su posición normal.
2. Oejo: incisión anterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.
3. Haultain: incisión posterior del anillo cervical, reposición del útero y reparación del anillo.

Existe consenso en que el diagnóstico temprano de la inversión uterina y un adecuado manejo puede prevenir la mortalidad materna. La principal morbilidad está asociada a la hemorragia severa y las complicaciones secundarias a la transfusión de hemoderivados.

Fiebre Puerperal

(CIE 10 O85 Fiebre puerperal)

Definición:

La fiebre puerperal se define cuando se constata una temperatura superior a 38 °C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas postparto. En las primeras 24 horas la temperatura ha de ser superior a 38.5 °C para considerarla clínicamente significativa. (25)

Factores predisponentes

Durante el embarazo, parto y puerperio inmediato existen unos factores que contribuyen a prevenir la infección: se modifica la flora bacteriana del tracto genital disminuyendo los microorganismos aerobios gram negativos y anaerobios, aumenta la actividad antibacteriana del líquido amniótico así como el recuento leucocitario y su actividad (24). Los factores predisponen a la infección puerperal pueden ser:

- Locales: La corioamnionitis, rotura prematura de membrana, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos, la isquemia y la regresión del útero, la herida placentaria, las heridas del canal blando incluido la episiotomía y posibles desgarros perineales.
- Generales: Anemia, obesidad, diabetes, bajo nivel socioeconómico que incluye malnutrición, escasa educación, cuidados sanitarios e higiene.

Agentes etiológicos

El estreptococo β - hemolítico es el agente más importante. Los anaerobios y sobre todo los gram negativos, mycoplasmas y Chlamydia trachomatis como agentes causantes. Pero en la mayoría de los casos se trata de infecciones polimicrobiana por bacterias que colonizan habitualmente el tracto genital inferior. (24)

Diagnóstico diferencial

Dentro de las principales causas están: endometritis puerperal, infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía), mastitis puerperal, otras infecciones sistémicas, tromboflebitis pélvica séptica (se considera diagnóstico de exclusión, a considerar únicamente en los casos de persistencia del cuadro febril después de haber descartado otras causas de fiebre puerperal). (25)

Pruebas complementarias (31)

1. Analítica general que incluye hemograma, PCR y pruebas de coagulación.
2. Ecografía ginecológica transvaginal.
3. Urinocultivo (obtenido mediante micción espontánea o sondaje vesical).
4. Dos hemocultivos (espaciados 30 minutos y de dos venas distintas)
5. Cultivo endometrial obtenido mediante aspirado endometrial
6. En los casos de cuadro febril con foco se realizarán los cultivos específicos oportunos (ej. Herida quirúrgica, leche materna, etc.)

Criterios de ingreso ante cuadro febril de origen desconocido (25)

1. Patología materna: incluye la inmunodepresión, tratamiento con inmunosupresores, diabetes mellitus, anemia puerperal (definida por una hemoglobina inferior a 8 g/dl), corticoterapia, enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia).
2. Signos de alarma analíticos: leucocitosis superior a 20000 leucos, desviación marcada a la izquierda, signos sepsis (leucopenia, afectación coagulación),....
3. Mal estado general
4. Cuadro clínico compatible con retención de restos ovulares (metrorragia persistente, subinvolución uterina).
5. Intolerancia tratamiento oral.
6. Imposibilidad de acudir a tratamiento o seguimiento ambulatorio

7. Factores sociales (barrera lingüística que imposibilita la comunicación y el cumplimiento)

8. Fracaso de tratamiento ambulatorio.

Tratamiento empírico ante cuadro febril de origen desconocido

1. Tratamiento antibiótico ambulatorio: En los casos de fiebre puerperal sin foco que no cumplan criterios de ingreso, se propondrá tratamiento antibiótico oral ambulatorio. (25)

- De elección: amoxicilina clavulánico 875 mg/8 h vía oral durante 5-7 días.
- En caso de alergias a penicilina:
Si lactancia materna: CLINDAMICINA 300 mg/8 h vo + GENTAMICINA 240 mg/24h ev (adaptar a 3-5 mg/Kg en caso de IMC extremos) durante 5-7 días, la paciente deberá acudir a C-ENF diariamente para administrar la dosis de Gentamicina hasta disponer de los resultados de los cultivos. Si no es posible, se debe ingresar a la paciente.
Si no lactancia materna: CLINDAMICINA 300 mg/8 h vo + CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo durante 5-7 días.

En todos los casos se indicará una visita ambulatoria en 3-5 días para informar sobre resultados de cultivos y valorar la evolución clínica.

2. Tratamiento antibiótico hospitalario.

En las pacientes que cumplan criterios de ingreso, se iniciará tratamiento antibiótico parenteral:

- De elección: AMOXICILINA CLAVULÁNICO ev 1 g/6 horas durante 7-10 días.
- Alergias penicilina: CLINDAMICINA 600 mg/8 horas ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev (adaptar a 3-5 mg/Kg en caso de IMC extremos) durante 7-10 días.

La vía endovenosa puede pasarse a oral tras 48 horas afebril y la paciente puede ser dada de alta. Se mantendrá el tratamiento antibiótico un total de 7-10 días dependiendo de la focalidad y de la respuesta clínica. Para seguimiento y resultados de cultivos si no se dispone al alta, remitir a la paciente a visita ambulatoria. (31)

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Manejo adecuado del alumbramiento en el parto respecto al manejo activo.	Capacitación continua sobre el manejo activo y la técnica correcta de tracción controlada del cordón.	1 semana	Personal médico del Servicio de Ginecología.	Guías clínicas con respaldo de evidencia médica
Diagnóstico y tratamiento inmediato de inversión uterina.	Capacitación sobre el tema inversión uterina. Identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento mediante maniobras o en su defecto quirúrgico.	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos tratantes.	Evaluación posterior al personal que recibió la capacitación
Prevención y manejo de adecuado de Hemorragia	Aplicación de Guías de Prevención y	Inmediata	Personal médico del servicio encargado	Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud

<p>Obstétrica.</p> <p>Transfusión sanguínea en hemorragia obstétrica oportuna.</p>	<p>Tratamiento de hemorragia obstétrica</p> <p>Aplicación de protocolos de hemoderivados en obstetricia y transfusión sanguínea sin contratiempos cuando sea necesaria mediante la implementación de un Banco de sangre dentro del Hospital</p>	<p>1 año</p>	<p>de la atención de partos</p> <p>Personal Administrativo del Hospital</p>	<p>Pública. Guías de otros países.</p> <p>Autoridades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</p>
<p>Evaluación adecuada a pacientes que han sufrido una hemorragia posparto</p> <p>Evitar aparición de complicaciones como</p>	<p>Control continuo de posible resangrado, valoración integral de la paciente pensando en posibles complicaciones efecto de la hemorragia.</p> <p>Cumplimiento de guías y protocolos que permitan</p>	<p>Inmediata</p> <p>Inmediata</p>	<p>Personal médico y de enfermería</p> <p>Personal médico</p>	<p>Registro de complicaciones en las pacientes que han sufrido hemorragia posparto.</p> <p>Seguimiento por parte del personal médico en</p>

fiebre puerperal.	reducir al mínimo la aparición de estas complicaciones en este caso producto de la necesidad de extracción manual de la placenta por para maniobra de reducción uterina.			controles subsecuentes.
-------------------	--	--	--	-------------------------

5. CONCLUSIONES:

- Se identificó como factor productor de la hemorragia en el tercer periodo del parto y en el posparto inmediato a la inversión uterina así como también a la posibilidad de restos corioplacentarios en cavidad uterina ya que se realizó extracción manual de la placenta.
- Se determinó como factor desencadenante de la inversión uterina, la inadecuada tracción controlada del cordón como parte del manejo activo del parto aunque no se podrían excluir la coexistencia de un acretismo placentario o una adherencia placentaria.
- Se analizó el manejo inmediato que recibió la paciente en el tercer estadio del parto, la actitud médica ante la inversión uterina que la paciente presentó, comparándolo con literatura revisada; así como el manejo de la hemorragia posparto resultante, la misma que fue oportuna según las guías y los protocolos consultados; además del tratamiento mediato que se le administró para compensación hemodinámica y prevenir complicaciones.
- Se establecieron los puntos críticos que se encontraron en el presente caso clínico, dentro de su atención en emergencia ginecológica, en su labor de parto, en su evolución y las complicaciones que presentó.
- Se revisó la evolución de la paciente después del parto, en donde presentó como complicación fiebre puerperal, presumiéndose de endometritis, la cual no se pudo confirmar, por lo que se administró antibioticoterapia empírica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez E, Garcia L. Factores de riesgo de la evolución. Ginecol Obstet Mex. 2015 Junio;(83): p. 437 - 446.
- Araque T, Monfort I, et a. Inversión uterina puerperal: experiencia en nuestro centro. Elsevier Progresos de Obstetricia y Ginecología Vol. 57. 2014.
- CIMUN. Contraindicaciones de la ciprofloxacina en niños y madres. Rev. Universidad Nacional de Colombia. 2011 enero.
- Cinets , Alianza. 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 Vol. 64 No. 4. 2013;; p. 425-452.
- Clavijo I, Tabares A, Lopez R, et a. Inversión uterina puerperal crónica. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014 octubre; 40(1): p. 89 - 95.
- Domínguez R, Diago V, Monleón P. Hemorragia posparto aguda provocada por inversión uterina incompleta: caso clínico y revisión del problema. Clínica Maternal, Hospital Universitario La Fe, Valencia, Espana. 2011;; p. 187 - 189.
- Fidias M, Karchmer K, Rabanada C, et a. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico. Ginecol Obstet Mex. 2013 Enero; 81: p. 99 - 104.
- FIGO. Tratamiento de la Hemorragia Postparto con Misoprostol. Pautas de la FIGO. 2012 mayo.
- García V, González M, et a. Asociación entre el nivel de fibrinógeno y severidad en la hemorragia posparto. Revista Colombiana de Anestesiología. 2015;; p. 136 - 141.
- González E, Fernández C, Fernández A. Inversión uterina puerperal. Prog Obstet Ginecol. 2009 enero; X(9).
- Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Landoulsi S. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 2012 Mayo;(218).

- Manrique S. M, FSea. Actualización en el uso de uterotónicos. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2012 Febrero 6;; p. 91 - 97.
- Martínez J. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matrn. Servicio de Paritorio. Complejo Hospitalario de Jaén. 2010;; p. 20 - 26.
- MinisteriodeSaludPública. Guía de Práctica Clínica (GPC): Transfusión de sangre y sus componentes. Primera ed. Quito; 2013.
- MinisteriodeSaludPública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Quito; 2013.
- Quiñonez M. Incidencia de fiebre puerperal, determinación de sus causas en el parto normal en el hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil; 2013.
- Rodríguez N. Planta de púerperas: ¿Se acaba la patología y los problemas después del parto? Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2011 marzo; 2(24): p. 15 - 24.
- Rubio M, García C. Inversión Uterina A PROPÓSITO DE UN CASO. Rev. Med. Hospital General Universitario Santa Lucía. 2010;; p. 12-16.
- Santon J. Hemostasia Uterina. In Santon J. FISILOGIA DEL PARTO II. Buenos Aires; 2010. p. 98 - 104.
- Solari A, Solari C, Wash F, et al. Hemorragia del posparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Elsevier_ Rev. Med. Clínica Las Condes Vol. 25. 2014;; p. 6.

LINKOGRAFÍA

- Abalos E. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. [Online].; 2013 [cited 2015 sep. Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd007412_a_balose_com/es/index.html.
- Begley G, Gyte C. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. [Online].; 2015 [cited 06 de septiembre 2015. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/full>.
- Hofmeyr G, Mshweshwe N, Gülmezoglu A. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane. 2015 Junio; CD008020.
- HospitalClínicodeBarcelona. medicinafetalbarcelona. [Online].; 2010 [cited 2015 septiembre 25. Available from: https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/fiebre%20puerperal.pdf.
- Ibaceta R. Protocolo de Referencia y Contrareferencia en Endometritis Puerperal. Publicación anual Hospital San José. 2012 Septiembre;(1): p. 4 - 6.
- INEC. Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones. [Online].; 2013 [cited 2015 septiembre 03. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf.
- MinisteriodeSaludPública. salud.gob.ec. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_hemorragia_postparto.pdf.
- Moreno M, Pérez H. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre 25. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/

actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_hemorragia_postparto.pdf.

- Morillas F,OJ, et a. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2014;; p. 196---204.
- Naveiro M. FASE ACTIVA DEL PARTO: CONDUCTA Y MANEJO.. [Online].; 2010 [cited 2015 octubre. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf.
- OMS. Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 13. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf?ua=1.
- Rivas R, López E, Gastélum C. medigraphic. [Online].; 2010 [cited 2015 septiembre 06. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2010/mts101b.pdf>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

EBSCO Valencia, W., Villada, I., Calero, S. Análisis de la práctica transfusional en un hospital de segundo nivel en Cali, Colombia entre junio y noviembre de 2010. Revista MED. UIS. 2012;25(2):107-12; Colombia – 2012. [citado 15 Septiembre 2015] Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e3f5e265-f42c-495c-9002-191e43231784%40sessionmgr120&vid=1&hid=109>

EBSCO. Quiala, J; Acosta, J; Díaz, L; et al; Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico “Tamara Bunke Bider”. Revista MEDISAN. 2013, Vol. 17 Issue 5, p792-801. 10p.; Santiago de Cuba – 2013. [citado 15 Septiembre 2015]; Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d67d3000-8cd9-4480-85ee-ac98440dd4ce%40sessionmgr198&vid=1&hid=109>

EBSCO: Velez, G; Aguedo, B; Gómez, J et al; Validación del Código Rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista Pan American Journal of Public Health.* Oct2013, Vol. 34 Issue 4, p244-249. 6p; Colombia – 2013; [citado 15 Septiembre 2015]; Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=948f3216-15c1-452d-b099-4f5d32ce3691%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=93743488>

EBSCO: Álvarez, C; Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Revista: Aquichan.* abr2013, Vol. 13 Issue 1, p17-26. 10p; Colombia – 2013 [citado 15 Septiembre 2015] Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7300f28f-0385-4231-acba-0e509e8fc47d%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4107>

BVS: Begley, C., Gyte ,G., et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Rev. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.* Marzo 2015 [citado 15 Septiembre 2015]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/full>

BVS: Haimperl, P., Heuwieser, W. Invited review: Antibiotic treatment of metritis in dairy cows: a systematic approach. 97(11): 6649-61, 2014 Nov. Artículo en Inglés | MEDLINE | ID: mdl-25218751 [citado 15 Septiembre 2015] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25218751>

BVS: Heuwieser, W. Second-line uterotonics and the risk of hemorrhage-related morbidity. *Rev. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology,* Toronto, Ontario,

Canada, May 5-9, 2014. [citado 15 Septiembre 2015] Disponible en:
[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00009-5/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00009-5/abstract)

BVS: Chongsomchai, C., Lumbiganon, P., Laopaiboon, P., et al. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth. Rev Cochrane Database Syst Rev; 10: CD004904, 2014. [citado 15 Septiembre 2015]; Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004904>

6. ANEXOS

IMÁGENES

Imagen N°1. Partograma

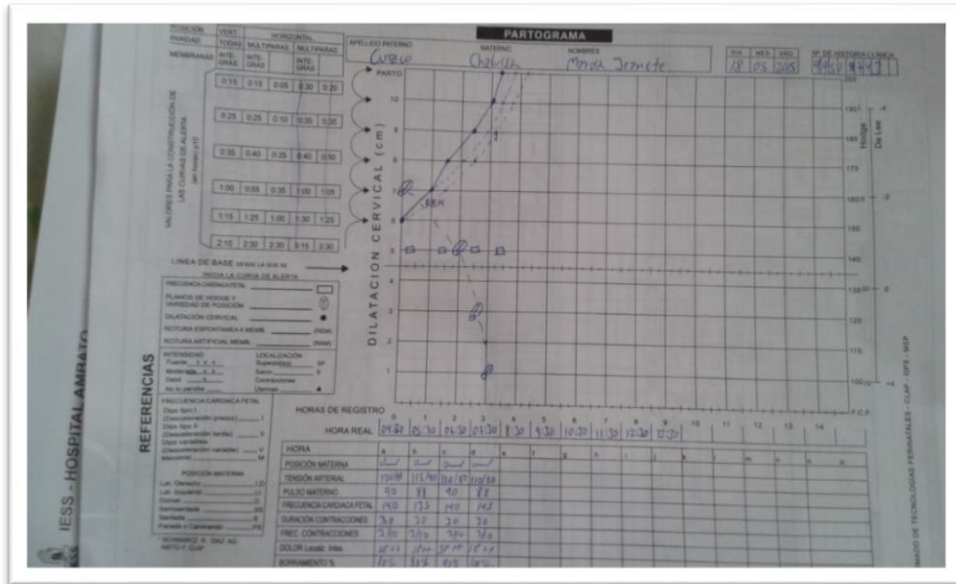


Imagen N°2. Fotografía en la que se evidencia inversión uterina



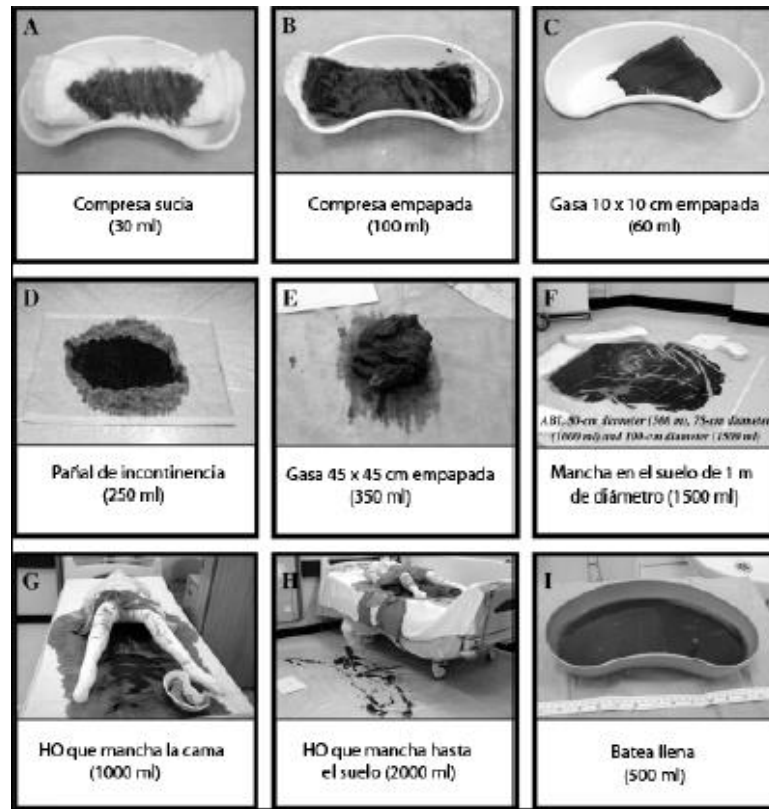
Imagen N°3. Fotografía en la que se evidencia inversión uterina en otro momento



Imagen N°3. Ecografía en la que se evidencia restos corioplacentarios.



Imagen N° 4: Cuantificación de sangrado por gasas o compresas manchadas



Fuente (Morillas, F. 2014)

TABLAS

Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio

	18/05/15	18/05/15	19/05/15	22/05/15	02/06/15
Recuento Leucocitario (WBC) x10 ³	10,00	15,50	10,00	11,60	6,80
Recuento de glóbulos rojos	5,11	2,77	2,82	3,62	4,01
Hemoglobina (HGB)	15,9	8,9	9,8	11,7	12,8

g/dl						
Hematocrito (HCT) %	48,9	27,9	29,1	36,3	39,8	
Volumen corp. medio (MCV)	96	100	100	100	99	
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	31,0	32,2	32,8	32,4	32,0	
Concen HB Corp. media (MCHC)	32,4	32,1	32,9	32,3	32,2	
Recuento Plaquetas x10 ³	224	103	279	321	458	
Neutrofilos %	52,6	67,3	60,9	65,3	68,8	
Linfocitos %	37,8	27,4	33,5	27,9	26,4	
Monocitos %	5,7	3,9	2,4	3,5	3,8	
Eosinófilos %	2,8	0,9	2,7	2,7	0,6	
Basófilos %	1,1	0,5	0,5	0,6	0,4	
Glucosa mg/dl	83,2				91,0	
Urea en suero mg/dl	35				38	
Creatinina mg/dl	0,7				0,8	
B-HCG				626,90		
Tiempo de Protrombina (TP)	12,4				11,6	
Tiempo de Tromboplastina (TTP)	31,6				28,6	
EMO						
Color						Amarillo

Aspecto	Lig. Turbio
Densidad	1,005
pH	8
Glucosa en orina	Negativo
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Proteínas	Negativo
Piocitos	4,0
Hematíes	5,0
Bacterias	324,2
Células Epiteliales	2

Tabla N°2 Factores de riesgo anteparto e intraparto para HPP

Causas	Factor desencadenante	Odds ratio (IC 99%)
<i>Factores de riesgo anteparto</i>		
<i>Abruptio placentae</i>	Trombina	13 (7,61-12,9)
Placenta previa conocida	Tono	12 (7,17-23)
Embarazo múltiple	Tono	5 (3-6,6)
Preeclampsia/hipertensión gestacional	Trombina	4
HPP previa	Tono	3
Origen étnico asiático	Tono	2 (1,48-2,12)
Obesidad IMC > 35	Tono	2 (1,24-2,17)
Anemia < 9 g/dl	-	2 (1,63-3,15)
<i>Factores de riesgo intraparto</i>		
Cesárea urgente	Trauma	4 (3,28-3,95)
Cesárea electiva	Trauma	2 (2,18-2,80)
Inducción del trabajo de parto	-	2 (1,67-2,96)
Retención de la placenta	Tejido	5 (3,36-7,87)
Episiotomía mediolateral	Trauma	5
Parto instrumentado	Trauma	2 (1,56-2,07)
Trabajo de parto prolongado > 12 h	Tono	2
Feto > 4 kg	Tono/trauma	2 (1,38-2,60)
Fiebre en trabajo de parto	Trombina	2
Edad (> 40 años, no multipara)	Tono	1-4 (1,16-1,74)

HPP: hemorragia posparto; IMC: índice de masa corporal.

Fuente: (Morillas, F. 2014)

Tabla 3. Argumentos para 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	

Fuente: (Ministerio de Salud Pública GPC; 2013)

Tabla 4. Escala de alerta precoz; Hemorragia Obstétrica

Prescrito por Dr:		Intervalo (horas):											
Fecha Hora:													
Frecuencia Respiratoria	0-60												0-60
	30-60												30-60
	15-30												15-30
	0-15												0-15
Saturación O ₂	95-100%												95-100%
	<95%												<95%
Administración de O ₂ (L/min):													litros
Temperatura	36												36
	38												38
	37												37
	35												35
	33												33
Frecuencia Cardíaca	170												170
	160												160
	150												150
	140												140
	130												130
	120												120
	110												110
	100												100
	90												90
	80												80
	70												70
Presión Sistólica	200												200
	180												180
	160												160
	150												150
	140												140
	130												130
	120												120
	110												110
	100												100
	90												90
	80												80
Presión Diastólica	130												130
	120												120
	110												110
	100												100
	90												90
	80												80
	70												70
	60												60
	50												50
	40												40
	Oxine	Si / No											
Problema ++ Problema +++													Problema ++ Problema +++
Líquido amniótico	Claro / Basso Yardo											Claro / Basso Yardo	
Respuesta metabólica	Acepta No											Acepta No	
Escala de dolor	0-3												0-3
	>3												>3
Lorquitos	Normal												Normal
	Coagulo / Diluido / Maloliente												Coagulo / Diluido / Maloliente
Mal aspecto	Si												Si
	No												No
Nº total umbos													
Mínimo enojos													

Fuente (Morillas, F. 2014)

Tabla 5. Hallazgos clínicos y grados de shock

	Cuadro Clínico			
	Compensado	Shock leve	Shock Moderado	Shock Severo
Pérdida de Sangre (% del volumen total)	500-1.000 ml. (10-15%)	1.000-1.500 ml. (15-25%)	1.500-2.000 ml. (25-35%)	2.000-3.000 ml. (35-45%)
Cambios en la tensión arterial (sistólica)	Ninguno	Disminución leve (80-100 mmHg.)	Disminución marcada (70-80 mmHg.)	Disminución severa (50-70 mmHg.)
Síntomas y signos	Palpitaciones Mareo Taquicardia	Debilidad Sudoración Taquicardia	Palidez Agitación Oliguria	Falta de aire Anuria Colapso

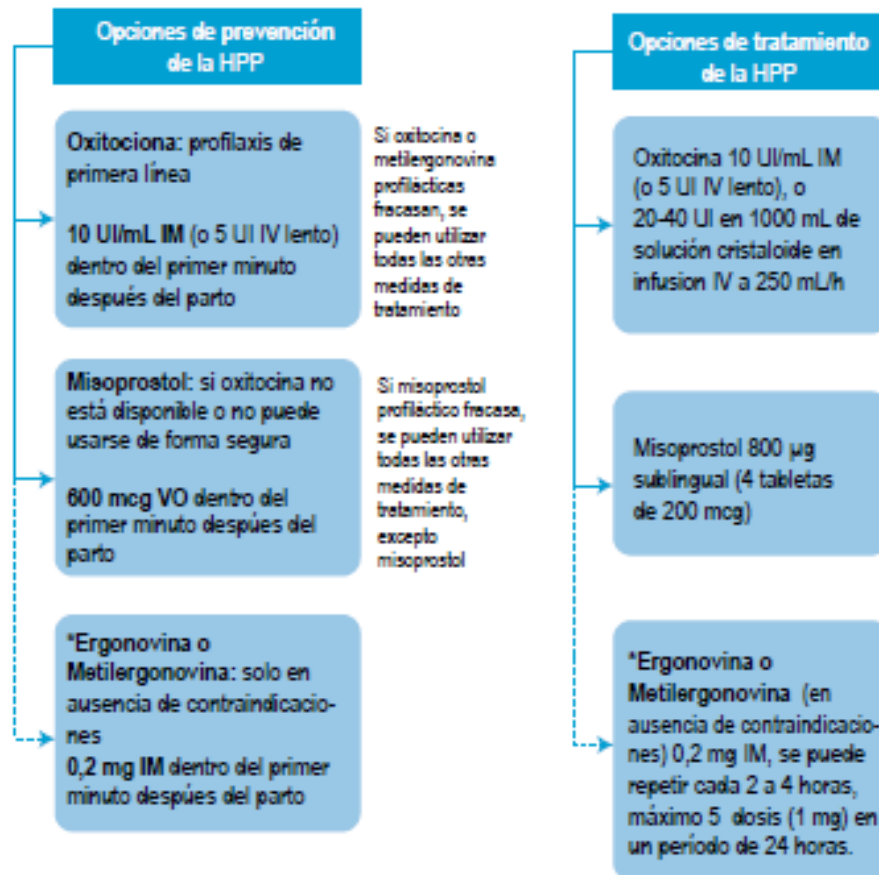
Fuente (Abalos, E. 2011)

Tabla 6. Guías para la transfusión y reemplazo de volumen

Necesidades basadas en la estimación del volumen sanguíneo perdido	
>40% (>2000 ml)	Reemplazo rápido de volumen, requiere transfusión de GRE
30-40% (1500 – 2000 ml)	Reemplazo rápido de volumen con cristaloides o coloides sintéticos, probablemente requiera también GRE
15- 30% (800 a 1500 ml)	Cristaloides o coloides, es poco probable que se requiera transfusión de GRE a menos que el paciente tenga anemia preexistente, pérdida continua de sangre o reserva cardiovascular disminuida
Menos de 15% (750 ml)	No hay necesidad de transfusión a menos que tenga anemia preexistente o cuando el paciente es incapaz de compensar debido a enfermedad respiratoria y cardiaca severa

Fuente (Gutierrez, G. 2010)

Esquema 1: Esquema farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO)

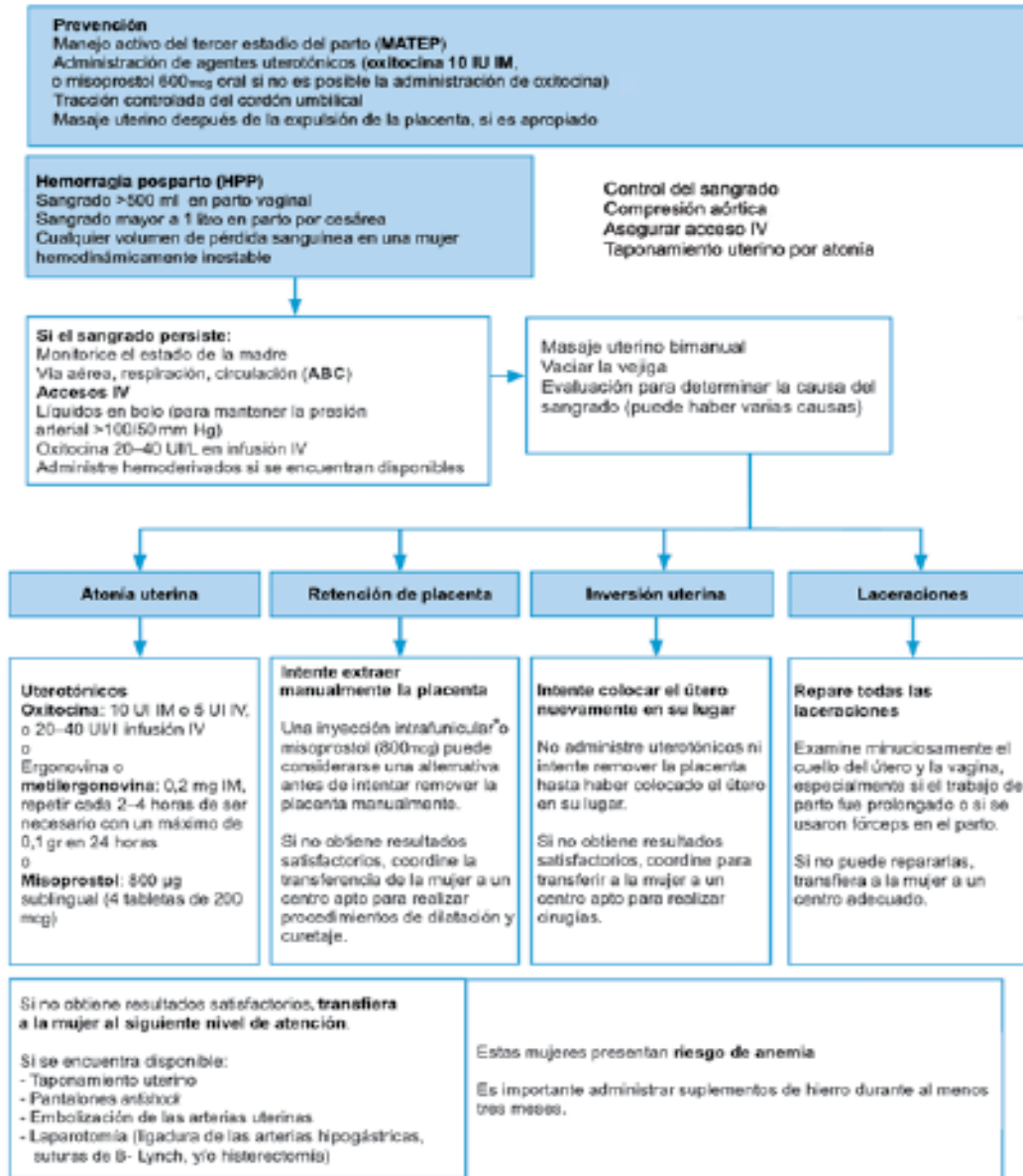


* ADVERTENCIA: los alcaloides del ergot (ergonovina, metilergonovina) están contraindicados en mujeres con hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, preeclampsia o eclampsia porque elevan la presión sanguínea.

Nota: si alguna de las opciones de tratamiento listadas no es efectiva, se pueden utilizar otras alternativas dependiendo de la gravedad de la hemorragia, y considerarse intervenciones no farmacológicas.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública GPC; 2013)

Esquema 2: Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (adaptado de FIGO).



* Inyección intrafunicular = administrar 20 UI de oxitocina disueltos en 20 mL de solución salina por el lado placentario del cordón umbilical.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública GPC; 2013)

REPORTES ECOGRAFICOS

Restos corioplacentarios en cavidad uterina.

19/05/15

Útero central, en anteversoflexión de contorno regular, aspecto homogéneo, aumentada de tamaño, mide: longitud 164 mm. AP 62 mm, Transverso 81 mm. La cavidad uterina se encuentra ocupado por conglomerados irregulares de ECO brillantes que miden 15 mm de grosor IDg.- restos corioplacentarios en cavidad uterina.

Coágulos sanguíneos en canal cervical

03/06/15

Informe: útero en anteverso flexión mide de largo 8.8 cm por 5.3 cm de ancho y por 4.3 cm de antero posterior, el eco endometrial ecogénico con espesor de 6 mm. Ovarios: el derecho mide 1.6 cm normal y el izquierdo mide 2 cm normal. Fondo de saco de Douglas libre. No se observan adenomegalias de las cadenas ganglionares iliacas. En canal cervical con coágulos. IDg.- coágulos sanguíneos en canal cervical