



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“PARTO VAGINAL COMPLICADO: HEMATOMA VAGINAL  
DISECANTE”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASOS**

Presentado para optar el grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR**  
**YERITZA STEFANY GRACIA YUGCHA**

Riobamba – Ecuador

2019



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“PARTO VAGINAL COMPLICADO: HEMATOMA VAGINAL  
DISECANTE”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASOS**

Presentado para optar el grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR: YERITZA STEFANY GRACIA YUGCHA**  
**DIRECTOR: DR. VÍCTOR HUGO FREIRE PALACIOS**

Riobamba – Ecuador

2019

**@2019, Yeritza Stefany Gracia Yugcha**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Yeritza Stefany Gracia Yugcha, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor (a) asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.  
Riobamba, octubre de 2019

Yeritza Stefany Gracia Yugcha

230022734-1

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo: Análisis de caso clínico, **PARTO VAGINAL COMPLICADO: HEMATOMA VAGINAL DISECANTE**, realizado por la señorita: **YERITZA STEFANY GRACIA YUGCHA**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dr. Benito Victoriano Bayas Vallejo <b>PRESIDENTE DEL TRIBUNAL</b>	_____	10/10/2019
Dr. Víctor Hugo Freire Palacios <b>DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>	_____	10/10/2019
Dr. Jorge Eduardo Lara Granizo <b>MIEMBRO DE TRIBUNAL</b>	_____	10/10/2019

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Definición y clasificación.....	2
1.1. Epidemiología.....	3
1.2. Etiología.....	4
1.3. Factores de riesgo.....	8
1.4. Diagnóstico.....	100
1.5. Diagnóstico diferencial.....	11
1.6. Complicaciones de hemorragia obstétrica.....	12
1.6.1. <i>Shock hipovolémico</i> .....	12
1.6.2. <i>Coagulopatía intravascular diseminada</i> .....	12
1.7. Tratamiento.....	12
1.7.1. <i>Medidas generales</i> .....	13
1.7.2. <i>Uterotónicos. (OMS, 2014)</i> .....	13
1.7.3. <i>Reanimación con líquidos</i> .....	13
1.7.4. <i>Terapia transfusional</i> .....	14
1.7.5. <i>Tratamiento etiológico de la hemorragia postparto secundario a trauma</i> .....	14
1.7.6. <i>Tratamiento antibiótico</i> .....	18
1.7.7. <i>Tratamiento quirúrgico</i> .....	18
1.8. Prevención de la hemorragia postparto.....	19
1.8.1. <i>Manejo activo de la tercera etapa del parto.</i> .....	19
1.9. Prevención del trauma perineal.....	20
1.9.1. <i>Maniobra de Ritgen</i> .....	20
1.9.2. <i>Masaje perineal durante el trabajo de parto</i> .....	20
CAPÍTULO II	
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	21

<b>2.1.</b>	<b>Anamnesis .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1.</b>	<b><i>Antecedentes patológicos personales</i> .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2.</b>	<b><i>Antecedentes quirúrgicos</i> .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.3.</b>	<b><i>Antecedentes patológicos familiares</i> .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.4.</b>	<b>Alergias .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.5.</b>	<b>Antecedentes Gineco-obstétricos .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.</b>	<b>Motivo de consulta .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.</b>	<b>Enfermedad actual.....</b>	<b>22</b>
<b>2.4.</b>	<b>Examen Físico .....;Error! Marcador no definido.</b>	<b>22</b>
<b>2.5.</b>	<b>Impresión Diagnóstica .....</b>	<b>23</b>
<b>2.6.</b>	<b>Exámenes complementarios .....</b>	<b>23</b>
<b>2.7.</b>	<b>Análisis.....</b>	<b>26</b>
<b>2.8.</b>	<b>Procedimientos .....</b>	<b>26</b>
<b>2.9.</b>	<b>Diagnóstico definitivo.....</b>	<b>27</b>
<b>2.10.</b>	<b>Tratamiento .....</b>	<b>28</b>
<b>2.11.</b>	<b>Evolución.....</b>	<b>28</b>
<b>2.12.</b>	<b>Seguimiento posterior .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO III</b>		
<b>3.</b>	<b>HALLAZGOS.....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-1:</b> Factores de riesgo para hemorragia .....	8
<b>Tabla 2-1:</b> Elementos clave del manejo del hematoma genital puerperal .....	15
<b>Tabla 1-2:</b> Biometría hemática y tipificación sanguínea anteparto .....	23
<b>Tabla 2-2:</b> Química sanguínea anteparto .....	24
<b>Tabla 3-2:</b> Biometría hemática serología y tipificación sanguínea .....	24
<b>Tabla 4-2:</b> Química sanguínea, electrolitos, bilirrubinas y transaminasas .....	25
<b>Tabla 5-2:</b> Gasometría arterial .....	25
<b>Tabla 6-2:</b> Seguimiento durante 3 meses posteriores al egreso .....	29



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-1:</b> Causas de hemorragia .....	4
<b>Figura 2-1:</b> Causas de HPP en orden de frecuencia.....	4
<b>Figura 3-1:</b> Factores de riesgo descritos para HPP .....	9
<b>Figura 4-1:</b> Causas y factores de riesgo de HPP.....	10
<b>Figura 5-1:</b> Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto .....	11
<b>Figura 6-1:</b> Clasificación de shock hipovolémico .....	12
<b>Figura 1-2:</b> Ecografía pélvica 26/03/2019.....	26

## **ABREVIATURAS**

**HO:** Hemorragia obstétrica

**HPP:** Hemorragia posparto

**MM:** Muerte materna

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**DM:** Diabetes Mellitus

**HTA:** Hipertensión arterial

**LES:** Lupus eritematoso sistémico

**GPC:** Guía de Práctica Clínica

**MSP:** Ministerio de salud pública del Ecuador

**PAS:** Presión arterial sistólica

**UI:** Unidades Internacionales

**IM:** Intramuscular

**IV:** Intravenoso

**DPPNI:** Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

**mcg:** microgramos

**IS:** Índice de shock

**ISM:** Índice shock modificado

## RESUMEN

En el presente trabajo de titulación se expone el caso clínico de una paciente de 18 años de edad, primigesta, primípara, que acude a Hospital de Guamote para atención del parto, ocho horas después de parto vaginal espontáneo presenta dolor perineal intenso, edema vulvar, sangrado vaginal, astenia, palidez generalizada y signos de hipovolemia, se inició reanimación con cristaloides, se administró uterotónicos, sin obtener mejoría, por lo que requirió ser referida al Hospital Provincial General Docente Riobamba con diagnóstico de hemorragia postparto. Se realiza revisión de canal vaginal y cavidad uterina evidenciándose hematoma de pared lateral derecha que se dirige a fondo de saco vaginal, previa transfusión de concentrados de glóbulos rojos se decide realizar laparotomía exploratoria de emergencia para controlar la hemorragia, en donde se observa hematoma en cara lateral derecha de útero, base de ligamento redondo e infundíbulo pélvico delimitado. Durante su hospitalización se administra hierro, antibioticoterapia y terapia de dolor, evoluciona favorablemente y es dada de alta al noveno día de hospitalización con niveles de hemoglobina y hematocrito corregidos, se realizó seguimiento por consulta externa durante 3 meses, no se evidencian complicaciones desde su egreso. El reconocimiento inmediato de la hemorragia postparto, la identificación de su localización, y el tratamiento oportuno y precoz, son la base para disminuir la mortalidad materna. En el caso de esta paciente una demora hubiera provocado un desenlace fatal para la paciente.

**Palabras clave:** <HEMORRAGIA POSPARTO>, <HEMATOMA>, <SHOCK HIPOVOLÉMICO>, <UTEROTÓNICOS>, <VOLEMIA>.

## **ABSTRACT**

This degree work sets out the clinical case of a 18 years old patient, primitive, primiparous, who goes to Guamote Hospital for delivery care, is presented eight hours after spontaneous vaginal delivery presents vulvar edema, asthenia, vaginal bleeding, generalized paleness and signs of hypovolemia, resuscitation was initiated with crystalloids, uterotonics was administered, without obtaining improvement, so it required to be referred to the Riobamba General Provincial Teaching Hospital with a diagnosis of postpartum hemorrhage. A review of the vaginal canal and uterine cavity is performed, evidencing hematoma of the right lateral wall that is directed at the bottom of the vaginal sac, so it is decided to perform an emergency exploratory laparotomy after transfusion of red blood cell concentrates, where hematoma is observed on the lateral side right of uterus, base of round ligament and delimited pelvic infundibulum. During hospitalization, iron, antibiotic therapy, and pain therapy are administered, it evolves favorably and is discharged on the ninth day of hospitalization with corrected hemoglobin and hematocrit levels, follow-up by external consultation for 3 months, no complications are evidenced since discharge. Immediate recognition of postpartum hemorrhage, identification of its location, and timely and early treatment are the basics for reducing maternal mortality. In the case of this patient, a delay would have caused a fatal outcome for the patient.

**KEYWORDS:** <POSTPART HEMORRAGY>, <HEMATOMA>, <HYPOVOLEMIC SHOCK>, <UTEROTONICS>, <VOLEMIA>.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo y parto son procesos fisiológicos que deberían desarrollarse sin dificultades para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones graves que ocasionan morbilidad, secuelas y finalmente muerte de la madre, feto o recién nacido. (Peña, 2010) Aproximadamente 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal. (Minsa, 2015) Diariamente fallecen unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de estas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles. (Asturizaga, 2014)

Dentro de las principales complicaciones obstétricas tenemos hemorragias, infecciones, y enfermedades de hipertensión durante el embarazo. La calidad de la atención médica durante e inmediatamente después del periodo del trabajo de parto, es la más simple y significativa intervención para prevenir la morbimortalidad materna y del recién nacido. (Peña, 2010) (Solari, 2014)

La hemorragia obstétrica (HO) definida como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml, es la principal causa de mortalidad materna. (Guasch, 2016) Sus complicaciones son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, y disfunción o falla de órganos como el riñón, hígado y pulmón. (Alianza, 2013)

El estado de shock hipovolémico es definido en la actualidad como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una pérdida sanguínea. Al inicio se activan mecanismos de compensación que evitan que llegue a un estado de hipoperfusión tisular, si no se logra corregir la pérdida sanguínea, terminará en estado de metabolismo anaerobio, disfunción multiorgánica y muerte. (Cecconi, 2014)

La hemorragia posparto (HPP) es la segunda causa de mortalidad materna en Ecuador. (MSP, 2013) puede conducir a la muerte en un corto lapso de tiempo, como señala Kane el 88% de las muertes por HPP ocurren en las primeras cuatro horas. (Asturizaga, 2014) (Rani, 2017)

La hemorragia posparto puede desencadenarse por atonía uterina, retención de productos de la concepción, lesiones del canal genital, y alteraciones de la coagulación. (Asturizaga, 2014) Su prevención se basa en el manejo activo del tercer periodo del parto. El pilar del tratamiento se ha

enfocado en el restablecimiento hemodinámico a través de la reanimación con líquidos y el uso de uterotónicos, pero si esto fracasa, se realizará histerectomía de emergencia.

Una de las complicaciones por trauma son los hematomas, pueden localizarse en la vulva, pueden penetrar en la vagina o expandirse hacia el espacio retroperitoneal o la cavidad abdominal. (Barret,2012)

Los hematomas vaginales, consisten en colección de sangre a nivel de la vagina que en un 90% de los casos es secundario a traumatismos obstétricos que van desde una episiorrafia con hemostasia deficiente al “estallamiento vaginal” ocasionado por un feto macrosómico. (Sánchez, 2018)

La mortalidad por hematoma vaginal ha mejorado significativamente, la incidencia actual se estima en 1/1000 nacimientos, sin embargo, el hematoma vaginal sigue siendo una complicación temible y potencialmente grave. (Bienstman, 2009)

El diagnóstico conlleva un examen vaginal completo para determinar la extensión de la lesión y presencia de posibles laceraciones asociadas. Los estudios de imagen pueden ayudar a definir las dimensiones del hematoma en situaciones donde el examen físico es insuficiente. (Barrett, 2012)

Los métodos de tratamiento dependen del hematoma y la estabilidad clínica de la paciente. Las opciones de tratamiento incluyen tratamiento conservador, desbridamiento quirúrgico o embolización de la arteria en casos seleccionados. (Eser, 2017).

### **1.1. Definición y clasificación**

La volemia en la embarazada normal a término se aproxima a 100ml/kg. La HO engloba la hemorragia antenatal desde las 24 semanas hasta antes del nacimiento, y la HPP, entre las 24 horas y 6 semanas tras el parto. (Morillas-Ramírez, 2014)

La HO definida como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml, es dividida en menor cuando la pérdida oscila entre 500 y 1000ml y mayor cuando es más de 1000ml, y a su vez esta se divide en moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000 ml y severa cuando es más de 2000 ml. (IMSS, 2017)

La hemorragia obstétrica puede presentarse en diferentes periodos de tiempo, la dividiríamos en:

1. Anteparto: Hemorragia antes del parto.
2. Postparto: Primaria y Secundaria

HPP es la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en un parto vaginal y en un parto por cesárea mayor a 1000 ml. (MSP, 2013) Es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y se tiende a subestimar, se define de mejor modo como aquella hemorragia de una cuantía tal, que provoca compromiso hemodinámico de la paciente. (Solari, 2014)

Se clasifica en:

HPP primaria o inmediata se produce en las primeras 24 horas posteriores al parto. Alrededor del 70% de los casos de HPP inmediata se originan por atonía uterina. Atonía uterina es la incapacidad del útero de contraerse apropiadamente posterior al nacimiento del producto. (GPC Ecuador, 2013) (Solari, 2014)

HPP secundaria o tardía, se produce desde las 24 horas hasta las 6 semanas posparto. Es ocasionada por la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (GPC Ecuador, 2013) (Solari, 2014)

### **1.1. Epidemiología**

Las principales causas de mortalidad materna (MM) en los países en vías de desarrollo son la hemorragia y la hipertensión que representan el 50%. (Asturizaga,2014)

Según la OMS, la incidencia mundial de la HPP es de 6.09%. La hemorragia posparto masiva es la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial y es una complicación que se presenta en 1.86% de los partos. En América Latina y el Caribe la incidencia se estima en 8.9%. (Alianza, 2013)

La HPP constituye el 35% del total de las MM. Esta elevada incidencia se explica por la falta de acceso de parto atendido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. Cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, el retraso en el reconocimiento de la hipovolemia y la incorrecta sustitución del volumen, son la principal causa de MM. (Asturizaga,2014)

Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida sanguínea severa después del parto, el 1% muere, y 12% sobrevive con anemia severa. (Asturizaga,2014)

Hoveyda y coautores refieren que 19% de los casos ocurren en los primeros siete días, 41% en la segunda semana, 23% entre los días 15 y 21 y solo 5% de los casos se produce luego del primer mes posparto. (Garcia-Lavandeira, 2017)

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), la HPP es la segunda causa de muerte materna en nuestro país, con una incidencia de aproximadamente el 2% y es considerada una causa de muerte evitable. (Córdor, 2018)

## 1.2. Etiología

Su causa es multifactorial, es importante distinguir entre causas ginecológicas y obstétricas. Dentro de las causas ginecológicas tenemos la cervicitis o vaginitis, erosiones traumáticas por relaciones sexuales, pólipos endocervicales, cáncer cervicouterino, varices vaginales y/o vulvares, laceraciones genitales, entre otros. Entre las causas obstétricas existen aquellas que se presentan antes del parto, durante el trabajo de parto, y posterior a este. (Figura 1) (Solari, 2014)

ANTEPARTO	INTRAPARTO	POSTPARTO
Idiopática	DPPNI	Inercia uterina
DPPNI	Placenta previa	Restos placentarios
Placenta previa	Rotura uterina	Placentación anormal
RPO	Rotura vasa previa	Rotura uterina
		Inversión uterina
		Lesiones de cuello y vagina
		Coagulopatías

**Figura 1-1:** Causas de hemorragia

**Fuente:** SOLARI, 2014. (Postpartum hemorrhage. Main etiologies, prevention, diagnosis and treatment. No. 25. octubre 2014)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

Una manera fácil de recordar las causas de HPP es utilizando la nemotecnia de las 4T (Figura 2)

Causa	Frecuencia (%)
<b>Tono:</b> atonía uterina	70
<b>Trauma:</b> lesión cervical o vaginal, ruptura uterina	20
<b>Tejido:</b> retención de placenta o coágulos	10
<b>Trombina:</b> coagulopatía preexistente o adquirida	<1

**Figura 2-1:** Causas de HPP en orden de frecuencia

**Fuente:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2013. (Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Abril 2013)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019



La atonía uterina es la principal causa de HPP. La contracción miometrial es el mecanismo elemental de hemostasia inmediata posterior al parto que produce oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales. (MSP, 2013)

Los traumas están ocasionados por desgarros del canal genital, ruptura uterina o inversión uterina. Los desgarros o laceraciones son la segunda causa más frecuente de HPP. Se presentan como un sangrado vaginal activo característico de partos instrumentados o episiotomía que debe ser suturada. El útero, vagina y vulva tienen abundantes suministros vasculares. Estas lesiones pueden producir hematomas, que cuando no se diagnostican en el posparto inmediato pueden iniciar como hemorragia posparto secundaria. (García, 2017) Los hematomas se clasifican con mayor frecuencia según la ubicación, que se define por visualización, exploración y palpación. La vulva, área vaginal/paravaginal y el retroperitoneo son los lugares más comunes para los hematomas puerperales. (Eser, 2017)

Hematoma vaginal se define como una acumulación de sangre en los tejidos blandos de la vagina o vulva. Ocurre cuando los vasos sanguíneos cercanos se rompen, generalmente debido a una lesión. La sangre de estos vasos rotos puede filtrarse en los tejidos circundantes. Por lo general, es secundario a un trauma obstétrico, lesiones por contusión o relaciones sexuales consensuales. (Sánchez, 2018)

Usualmente visto en población obstétrica después de la reparación de episiotomía, lesiones relacionadas con el nacimiento como por ejemplo la estrechez del canal del parto al pasar el feto y laceraciones quirúrgicas (Ernest, 2015) sin embargo, sin laceraciones o una incisión, pueden ocurrir hematomas alrededor de los vasos dañados. (Eser, 2017)

La reparación del periné posterior a una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más habituales en obstetricia. El dolor perineal crónico, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se realiza una episiorrafia apropiada. (López, 2018) La episiorrafia debe ser realizada una vez que se completa el alumbramiento y luego de verificar la estabilidad hemodinámica de la paciente. En primer lugar, se comienza a suturar la mucosa vaginal desde un 1 cm antes del vértice de la episiotomía, con puntos continuos hasta después de las carúnculas. Luego se sutura músculo si es que hay con la aponeurosis perineal comprometida con punto separado, posteriormente se termina los puntos subcutáneos. Y finalmente, se suturan los puntos de la piel con puntos simples y separados, sin apretar, es solo para aproximar los bordes de la episiotomía. La reconstrucción siempre va a ser en grado inverso del más profundo hacia afuera. Dentro de las complicaciones inmediatas

tenemos desgarros y prolongaciones, sangrado, dolor y hematomas. Los hematomas están casi siempre asociados a las episiotomías medio laterales, su aparición es temprana y la sintomatología es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido, es necesario revisar a través de un tacto para verificar que no se está formando por el interior, todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato. (Moreira, 2013) (López, 2018)

Las series de casos han informado que hasta el 87% de los hematomas se asocian con desgarros perineales o episiotomías suturadas, pero los tejidos superficiales no siempre están lacerados. Una buena técnica quirúrgica, con atención a la hemostasia en la reparación de laceraciones y episiotomía, previene la aparición de esta complicación. Sin embargo, los hematomas no son inevitables. (Mawhinney, 2007)

El hematoma puerperal se constituye por tejido conectivo paravaginal, paracervical o parametrial después de lesiones vasculares; el sangrado se extiende hacia el tejido adiposo con la posibilidad de extensión hacia la base del ligamento ancho y el retroperitoneo. (Bienstman-Pailleu, 2008)

La rotura vascular es a menudo venosa en el grosor de la vagina con laminación de la pared y difusión a lo largo de la fascia. En la mayoría de los casos, el hematoma es de tamaño moderado, pero puede romperse y aumentar su volumen incluso de manera secundaria. (Bienstman-Pailleu, 2008)

La pelvis esta ricamente abastecida por la sangre, y hay muchas anastomosis presentes en las ramas de la iliaca interna. La vagina superior es suministrada por la rama vaginal de la arteria uterina. Después de esto se ramifica a la arteria coronaria del cuello uterino, la arteria vaginal abastece la vagina anterior y dos tercios inferiores de la uretra con múltiples ramas, junto con anastomosis de la arteria ácidos que es una continuación de la arteria coronaria. La pared vaginal posterior es suministrada por las ramas de las arterias hemorroidales media e inferior, que también viajan hacia la línea media para unirse a la arteria ácidos de la arteria coronaria del cuello uterino. Estas ramas se anastomosan en el perineo hacia las arterias perineales transversales superficiales y profundas. La iliaca interna surge de la arteria pudenda y las arterias hemorroidales medias e inferiores surgen de la iliaca interna. La arteria pudenda se anastomosa con las arterias perineales y continua hasta la arteria del clítoris. (Mirza, 2009)

La arteria pudenda es la rama terminal de la división anterior de la arteria iliaca interna. Viaja inferolateralmente, pasa a través del foramen ciático mayor y entra en la fosa isquioanal a través del foramen ciático menor. Luego pasa a través del canal pudendo y se divide en sus ramas terminales que suministran a los genitales externos y al periné. La extensión de un hematoma en esta área está limitada por la fascia de Colles y el diafragma urogenital, y, por lo tanto, está dirigida hacia la piel. La lesión de la arteria iliaca interna da como resultado una hemorragia

inmediata o la formación de pseudoaneurisma en una variedad de situaciones: fractura pélvica, o lesión penetrante, intraparto y posparto, o de manera intraoperatoria. (Egam, 2009)

Los hematomas vulvares, que son infraelevadores en su ubicación, pueden definirse aún más por el triángulo anterior o posterior. En el triángulo anterior, el sangrado está limitado por la membrana perineal que impide la extensión a la fosa isquiorrectal, en parte superior por el elevador del ano, y se limita a la propagación en el muslo por la fascia de Colles y la fascia lata. (Mirza, 2009) Suelen ser el resultado de lesiones en las ramas de la arteria pudenda, incluyendo la arteria posterior rectal, perineal transversa o posterior, mientras que los hematomas vaginales pueden resultar de lesiones en la rama descendente de la arteria uterina. (Guerriero, 2004) Los hematomas vulvares suelen estar limitados por los límites de los triángulos y, por lo tanto, la sangre extravasa superficialmente la piel, decolorándola y distendiendo los tejidos perineales. (Mirza, 2009)

El mecanismo de la formación del hematoma puerperal en los triángulos anterior y posterior implica la rotura de las ramas de las arterias pudenda interna y rectal inferior, respectivamente. La ruptura de las ramas descendentes de la arteria uterina puede causar la formación de hematoma paravaginal. La rotura de cualquier vaso del plexo perineal también puede causar un hematoma. La rotura del vaso puede ocurrir sin laceración del tejido superficial. Dado que el tejido subcutáneo en la vagina es bastante flexible, los hematomas pueden alcanzar dimensiones masivas. (Barret, 2012)

En sus primeras etapas, el hematoma forma una masa que llena la porción superior del canal vaginal. Si el sangrado continúa el hematoma puede extenderse hacia el retroperitoneo, con complicaciones graves. La ruptura del hematoma conduce a una infección y posterior sepsis, que es potencialmente mortal. (Guerriero, 2004)

Las manifestaciones clínicas varían según la localización del hematoma, la primera manifestación clínica del hematoma vulvar es el dolor insoportable. (Guerriero, 2004) Las pacientes con hematomas vaginales, o hematomas vulvovaginales que afectan la fosa isquiorectal, manifestarán dolor, y al examen físico se evidenciará una masa. (Mirza, 2009) Se debe sospechar de hematoma puerperal cuando la paciente presente dolor, tumefacción vulvar, edema, induración, tenesmo. (Cenetec, 2013)

Cuando el hematoma se extiende hacia los pliegues del ligamento ancho, puede ser indetectable, a menos que aparezca evidencia de anemia o infección o que la ecografía detecte la masa. (Guerriero, 2004)

### 1.3. Factores de riesgo

En la tabla 1 se resumen los principales factores de riesgo para presentar un evento hemorrágico durante el embarazo, parto y postparto. Es importante conocerlos para poder identificarlos, y así estar capacitado ante dicho evento, efectuar un diagnóstico etiológico, y brindar un tratamiento que impida o reduzca la posibilidad de que se produzca una hemorragia que comprometa la vida de la madre o del feto. (Solari, 2014)

La episiotomía, cesárea y trabajo de parto prolongado, son algunos de los factores de riesgo asociados al trabajo de parto y parto que provocan gran pérdida sanguínea. Además, las mujeres con anemia son más susceptibles a presentar una pérdida sanguínea en moderada cantidad. (MSP, 2013)

Es importante recalcar el papel que tienen las enfermedades maternas crónicas como hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Lupus eritematoso sistémico (LES), anemias crónicas y, además la edad materna al momento del embarazo. (Solari, 2014)

En mujeres sin factores de riesgo identificables o presentes en su historial también puede presentarse una HPP.

**Tabla 1-1:** Factores de riesgo para hemorragia

---

Cicatrices uterinas previas
Edad materna mayor a 35 años
Polihidramnios
Embarazo múltiple
Multiparidad
Malnutrición materna
Anemia materna
Legrados uterinos previos
Tabaquismo y consumo de drogas
Miomas uterinos
Síndromes hipertensivos del embarazo
Traumatismos abdominales
Hemorragia de embarazos previos
Trabajo de parto prolongado
Patología materna crónica

---

**Fuente:** SOLARI, 2014. (Postpartum hemorrhage. Main etiologies, prevention, diagnosis and treatment. No. 25. octubre 2014)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), se describen más detalladamente los factores de riesgo tomando en cuenta las 4T. (Figura 3 y 4)

<b>A. Presentes antes del parto y asociados a incremento sustancial de la incidencia de HPP</b>		
A las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de de mayor complejidad.		
Factor	OR* (IC 95%) para HPP	4 T
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario	13 (7,61 - 12,9)	Trombina
Placenta previa conocida	12 (7,17 - 23)	Tono
Embarazo múltiple	5 (3,0 - 6,6)	Tono
Preeclampsia hipertensión gestacional	4	Trombina
<b>B. Presentes antes del parto y asociados a incremento bajo de la incidencia de HPP</b>		
Se deben tomar en cuenta al discutir el lugar donde se atenderá el parto.		
HPP previa	3	Tono
Etnia asiática	2 (1,48 - 2,12)	Tono
Obesidad (IMC >35)	2 (1,24 - 2,17)	Tono
Anemia (Hb <9 g/dL)	2 (1,63 - 3,15)	-
<b>C. Presentes durante el trabajo de parto y parto.</b>		
Estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio.		
Cesárea de emergencia	4 (3,28 - 3,95)	Trauma
Cesárea electiva	2 (2,18 - 2,80)	Trauma
Inducción del trabajo de parto	2 (1,67 - 2,96)	-
Placenta retenida	5 (3,36 - 7,87)	Tejido
Episiotomía medio-lateral	5	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum)	2 (1,56 - 2,07)	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas)	2	Tono
Macrosomía fetal (>4 kg)	2 (1,38 - 2,60)	Tono / Trauma
Pirexia durante la labor	2	Trombina
Edad mayor de 40 años, primípara	1,4 (1,16 - 1,74)	Tono

**Figura 3-1:** Factores de riesgo descritos para HPP

**Fuente:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2013. (Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Abril 2013)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

	<b>Causas</b>	<b>Factores de riesgo</b>
<b>Atonía uterina (Tono)</b>	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis	RPM prolongada Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
<b>Retención de tejidos (Tejido)</b>	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
<b>Lesión del canal del parto (Trauma)</b>	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/Deshidencia uterina	Cirugía uterina previa (cesárea) Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé
<b>Alteraciones de la coagulación (Trombina)</b>	Adquiridas	Preeclampsia Síndrome de Hellp CID Embolia de líquido amniótico Sepsis <i>Abruptio placentae</i>
	Congénitas	Enf. de Von Willebrand Hemofilia tipo A

**Figura 4-1:** Causas y factores de riesgo de HPP

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019

Se consideran factores de riesgo para presentar hematoma puerperal: peso fetal mayor de 3500 gramos, segundo periodo de parto mayor a 120 minutos, primiparidad, parto instrumental, y técnica inapropiada de episiorrafia.

#### 1.4. Diagnóstico

El diagnóstico es indiscutiblemente clínico, primero se debe evaluar la consecuencia de la hemorragia en el estado hemodinámico de la paciente antes de medir la misma. Es importante considerar valores de presión arterial sistólica que demuestran afección hemodinámica leve, moderada y grave según la cifra tensional sea 100-80; 80-70; 70-50 correspondientemente. Además de síntomas que demuestran hemorragia leve como debilidad, sudor, taquicardia; moderada: palidez, oliguria; y grave: choque, insuficiencia renal, anuria, y dificultad respiratoria. (IMSS, 2017) (Karlsson, 2009)

El índice de shock (IS) definido como la frecuencia cardiaca dividido por la presión arterial sistólica, y el índice de shock modificado (ISM), definido como la frecuencia cardiaca dividida por la presión arterial media, son 2 índices simples y fácilmente aplicables. (Terceros, 2016)

Le Bas y su grupo encontraron que el índice de shock  $\geq 1.0$  demuestra pérdida sanguínea significativa en casos de hemorragia obstétrica, predice la necesidad de transfusión masiva de componentes sanguíneos y corresponde con mayor riesgo de mortalidad. (Guerrero, 2018)

### 1.5. Diagnóstico diferencial

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	

**Figura 5-1:** Diagnóstico diferencial del sangrado vaginal posparto

**Fuente:** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2013. (Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Abril 2013)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

## 1.6. Complicaciones de hemorragia obstétrica

### 1.6.1. Shock hipovolémico

Síndrome causado por una inadecuada perfusión tisular por una caída aguda del volumen circulante y del gasto cardiaco, con un flujo sanguíneo insuficiente para mantener la demandas celulares, metabólicas y nutricionales.

HEMORRAGIA CLASE	PÉRDIDA AGUDA DE SANGRE	% de PÉRDIDA	SENSORIO	PERFUSIÓN	PULSO	P.A.S. (mmHg)	DIURESIS	GRADO DE CHOQUE	CRISTALOIDES A INFUNDIR	RESPUESTA FISIOLÓGICA
I	500-1000 ml	10-15%	Normal	Normal	60-90	>90	>30 ml/h	Compensado		Asintomático
II	1000-1500 ml	16-25%	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	20-30 ml/h	Leve	3000-4500 ml	Taquicardia, Taquipnea, Hipotensión ortostática
III	1500-2000 ml	26-35%	Agitada	Palidez, frialdad, sudoración	101-120	70-79	15-5 ml/h	Moderado	4500-6000 ml	>Taquicardia, >Taquipnea, Hipotensión, Gradiente térmico
IV	>2000 ml	>35%	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar >3 segundos	>120	<70	<5 ml/h, Anuria	Severo	>6000 ml	Shock, Oliguria, Anuria

**Figura 6-1:** Clasificación de shock hipovolémico

Realizado por: Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

### 1.6.2. Coagulación intravascular diseminada.

Trastorno hematológico adquirido en donde se encuentran activados anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizándose por el alto consumo de factores procoagulantes, así como una fase compensatoria de fibrinólisis. Puede ser aguda o crónica, localizada o diseminada, intravascular o extravascular.

## 1.7. Tratamiento

Es importante actuar de manera inmediata y secuencial. Es recomendable que en cada casa de salud se disponga de un plan de acción instaurado y que sea bien conocido por el personal.



El manejo inicial se basa en tres pilares primordiales: Medidas generales, reanimación y control del sangrado.

### ***1.7.1. Medidas generales***

- Historia clínica detallada, para identificar la causa del sangrado genital.
- Sonda vesical para evacuar vejiga y cuantificar diuresis horaria.
- Identificar posibles restos ovulares o laceración del tracto genital
- Cuantificar la pérdida sanguínea.
- Monitoreo del estado hemodinámico y la reanimación adecuada.

### ***1.7.2. Uterotónicos. (OMS, 2014)***

El uterotónico de primera línea recomendado para el tratamiento de la HPP es la oxitocina IV. De segunda línea o en caso de que el sangrado no ceda se recomienda el uso de ergometrina IV, dosis fija de oxitocina-ergometrina o misoprostol sublingual.

Ergometrina se recomienda 0.2 mg IM, dosis puede repetirse cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis que corresponde a 1 mg en 24 horas. No es recomendable su uso para el tratamiento de la placenta retenida, porque causa contracciones tetánicas que pueden demorar la expulsión de la placenta.

Se recomienda el uso de ácido tranexámico en todos los casos de HPP, independientemente de si el sangrado se debe a un traumatismo del aparato genital o a otras causas. Se utiliza en el transcurso de las 3 horas y lo antes posible después del inicio de la HPP. Dosis fija de 1 gramo en 10 ml por vía IV, a razón de 1 ml/minuto, segunda dosis si el sangrado continúa después de 30 minutos o si se repite antes de que hayan pasado 24 horas de haber completado la primera dosis. (OMS, 2017)

### ***1.7.3. Reanimación con líquidos***

El primer paso para la reanimación de una paciente con shock hipovolémico es la reanimación con líquidos para reponer el volumen circulante y conseguir una perfusión adecuada. (Solari, 2014) La corrección del shock hipovolémico secundario a hemorragia posparto mediante la administración intravenosa de cristaloides y coloides es prioritaria, la extensión y duración de la hipoxia celular determina la severidad del daño celular. (IMSS, 2017)

Se recomienda una reposición a una dosis de 30ml/kg de cristaloides en la fase de resucitación en el manejo de la paciente con hemorragia obstétrica y shock hipovolémico. (IMSS, 2017)

Uno de los objetivos del tratamiento del shock hipovolémico es mantener una PAS de 80-90 mmHg, índice de shock menor a 0.9, y volumen urinario de 1-2 ml/kg/hora (IMSS, 2017)

Se debe instaurar fluidoterapia agresiva con Solución salina o Lactato ringer a razón 3:1, es decir 300 ml de reposición por cada 100 ml perdidos.

#### ***1.7.4. Terapia transfusional***

En aquellas pacientes que persista hipoperfusión tisular luego de la administración de cristaloides, o que tengan sangrado activo, requieren de transfusión de concentrados eritrocitarios.

La transfusión sanguínea se debe iniciar en el momento que hay pérdida de sangre entre 1 y 2 litros, que corresponde al 30 y 40% de pérdidas, respectivamente. En este caso, se debe administrar 5 o más concentrados de glóbulos rojos, además de plasma fresco congelado para reducir el riesgo de la coagulopatía dilucional. La meta es mantener una hemoglobina entre 7-9 g/dl.

El hematocrito incrementa en un 3% con cada paquete de glóbulos rojos y seis concentrados de plaquetas presumen un incremento de 30.000/ microL en el recuento. Solo se debe administrar plaquetas, si el recuento es menor a 20.000 o si hay disfunción plaquetaria. (IMSS, 2017) (Karlsson, 2009)

#### ***1.7.5. Tratamiento etiológico de la hemorragia postparto secundario a trauma***

Primeramente, se debe reparar todas las laceraciones, examinar minuciosamente el cuello del útero y vagina, especialmente cuando hay factores de riesgo.

El tratamiento para los hematomas puerperales es controvertido, (Mirza, 2019), existen pocos casos y en base a los mismos se ha establecido una guía general para dirigir el manejo de estas pacientes. Se definirá en función de los hallazgos de la imagen, los tratamientos difieren según la extensión y localización del hematoma. (Guerriero, 2004)

Es necesario un equipo multidisciplinario conformado por ginecólogo, anestesiólogo, unidad de cuidados intensivos e imagenólogo si es necesario. El manejo debe ser rápido y adecuado como para cualquier tipo de hemorragia. (Bienstman,2008)

El objetivo inicial del tratamiento es garantizar que la paciente se encuentre estable, con un volumen de sangre adecuado, minimizar el daño en los tejidos, aliviar el dolor y reducir el riesgo de infección. (Guerriero, 2004) (Mawhinney, 2007). Solo luego de alcanzar dicho objetivo, será posible tratar el hematoma.

El pronóstico suele ser favorable, aunque hay evidencia de que hematomas de grandes volúmenes han provocado la muerte.

Existen elementos clave del manejo que se enumeran en la tabla 2.

**Tabla 2-1:** Elementos clave del manejo del hematoma genital puerperal

Elementos clave
El factor más importante para un correcto diagnóstico es el conocimiento clínico
El dolor perineal intenso es un síntoma característico y su presencia debe incitar a una revisión médica rápida.
Puede ser necesario una reanimación agresiva con líquidos/componentes sanguíneos
El estado de coagulación debe ser monitorizado
El tratamiento debe ser realizado en un quirófano
Se debe usar un catéter urinario para prevenir la retención urinaria y monitorizar el balance hídrico
No hay evidencia que respalde el mejor manejo, que puede ser una reparación primaria o taponamiento, con o sin inserción de un dren.
Se debe mantener la vigilancia después de la reparación, ya que la recurrencia es común

**Fuente:** Mawhinney, 2007. (Practice points Puerperal genital haematoma: a commonly missed diagnosis. N° 9. 2007)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

La resolución rápida e inmediata del hematoma reducirá el dolor postparto, ayudará con la cicatrización y evitará complicaciones como la dispareunia. (Mawhinney, 2007).

Es importante, como con cualquier hemorragia, cuantificar la pérdida de sangre para anticipar complicaciones. A menudo se propone tratamiento antibiótico profiláctico. Algunos autores recomiendan el uso de antibióticos de amplio espectro para bacterias gram negativas, anaerobios

y estafilococos, (Bienstman, 2009), debido a que la presencia de un hematoma puede provocar una infección o formación de abscesos. (Guerrero, 2004), además el uso de corticosteroides, aunque no se ha demostrado el efecto de los esteroides. (Bienstman, 2009)

El hematoma se puede tratar de diferentes formas, ya sea conservadora, quirúrgica o con embolización arterial selectiva. (Egan, 2009)

Para aquellos hematomas pequeños (<5cm) sin evidencia de compromiso hemodinámico, el tratamiento es conservador y consiste en colocar hielo local, y analgesia. (Mirza, 2009) Esto argumentado porque el hematoma formado ejerce una presión sobre los tejidos circundantes que pueden producir hemostasia, la evacuación de este hematoma estable aumenta el riesgo de recurrencia del sangrado. (Kehila, 2013)

Se prefiere un abordaje quirúrgico para los casos en los que hay expansión, mayor tamaño, disminución de hematocrito o compromiso hemodinámico. (Mirza, 2009)

En hematomas de grandes volúmenes (>8cm), la mayoría de los autores abogan por un manejo activo sistemático como cirugía y/o embolización. (Kehila, 2013). Estos hematomas se manejan mejor con evacuación quirúrgica, cierre primario y compresión durante 12-24 horas. (Mawhinney,2007). La cirugía involucra incisión y evacuación de hematoma con ligadura de puntos de sangrado. Como la fuente de sangrado es a menudo venosa, la ligadura no siempre es posible.

Sin embargo, la evacuación del coágulo es importante para evitar necrosis e infección. (Egan, 2009) La primera etapa del tratamiento se basa en la revisión uterina manual y el examen visual del tracto genital para detectar posibles complicaciones. Algunos autores como Benrubi, han demostrado que la expectativa se asocia con un aumento de intervenciones secundarias, infecciones y transfusiones que prolongan la estancia hospitalaria, cuando el hematoma es mayor a 15 cm. (Bienstman, 2009)

Es necesario establecer un acceso intravenoso adecuado y colocar una sonda vesical para evitar la retención urinaria por compresión uretral y ayudar a controlar el estado hemodinámico de la paciente. (Bienstman, 2009) (Mirza, 2009)

Las medidas de reanimación deben considerarse la primera línea de tratamiento. La pérdida de sangre suele subestimarse, por lo que requiere un alto índice de sospecha. La reposición con líquidos intravenosos, y la evaluación del estado de coagulación son esenciales si hay sangrado abundante o signos de hipovolemia. La sangre debe estar disponible para la transfusión.

Generalmente, se recomienda un catéter urinario para controlar el balance hídrico y evitar una posible retención urinaria como resultado del dolor, y edema. (Mawhinney, 2007)

Luego del drenaje del hematoma, el espacio debe cerrarse con suturas hemostáticas y la piel que lo recubre se debe aproximar sin tensión. La vagina debe aproximarse bien. Durante el procedimiento de reparación se debe tener cuidado para evitar dañar las estructuras contiguas como uréteres, intestino y vejiga. (Mawhinney, 2007)

Antes de realizar suturas cerca del clítoris y la uretra, se debe evaluar la posibilidad de cierre por segunda intención, según el daño de los tejidos, ya que la sutura puede causar dolor posterior; sin embargo, si es necesaria la reparación para lograr la hemostasia o para recuperar la anatomía, se puede usar una sutura reabsorbible. (Hernández, 2015)

En caso de estar asociada a un proceso infeccioso, no se debe realizar cierre de la lesión. Puede ser necesaria la laparotomía exploratoria para la evaluación de un desgarro vaginal profundo que comprometa el fondo de saco posterior y la cavidad peritoneal para descartar lesión de órganos internos. En ocasiones, según el defecto, pueden requerir colgajos y restauración de la función urogenital y anorrectal, en caso de realizarse el procedimiento se tiene que tener en cuenta el riesgo elevado de infección y de necrosis e isquemia, porque el periné es una zona que es sometida a constante presión. (Hernández, 2015)

Es recomendable realizar un correcto examen físico diariamente para asegurar que el sangrado se haya detenido y que el hematoma este resuelto. (Mawhinney, 2007)

Los hematomas son recidivantes después del tratamiento quirúrgico, por tal motivo, es importante la monitorización continua para detectar signos de pérdida sanguínea. Si el sangrado continúa, la cavidad del hematoma debe ser explorada nuevamente, y puede ser necesaria la ligadura de la arteria iliaca interna o incluso histerectomía. (Mawhinney, 2007)

Otra alternativa, es la embolización arterial, que se ha utilizado con éxito para controlar la hemorragia continua en situaciones en las que el sangrado no se controla con técnicas quirúrgicas convencionales. (Miranda, 2013)

#### *1.7.5.1. Arteriografía pélvica y embolización arterial*

Recientemente, la arteriografía pélvica y embolización arterial bajo control radiológico se han empleado para controlar la hemorragia postparto debida a muchas causas. La tasa de éxito en el control del sangrado por hematomas es superior al 90%. (Mawhinney, 2007)

Se accede a la circulación pélvica a través de la arteria femoral. La angiografía se utiliza para identificar los vasos sangrantes antes de la embolización. Los agentes embólicos pueden ser temporales como: absorbibles, esponjas impregnadas de gelatina, o permanentes como: metal. (Mawhinney, 2007)

Las complicaciones de la embolización de la arteria pélvica son poco frecuentes (<9 de los casos) e incluyen: fiebre, infección pélvica, caída temporal del pie, hematoma inguinal y perforación de vasos.

El uso de agentes embólicos temporales reduce el riesgo de problemas isquémicos. (Mawhinney, 2007)

Es probable que los procedimientos radiográficos exitosos conserven la fertilidad, a pesar de la exposición de los ovarios a la radiación ionizante, además la mayoría de las mujeres continúan menstruando. (Mawhinney, 2007)

Se sugiere que la embolización se use como tratamiento de primera línea para el sangrado persistente, pero la principal limitación es la disponibilidad de expertos y equipos en unidades hospitalarias. (Mawhinney, 2007) (Gentric, 2013)

El manejo endovascular tiene una tasa de eficiencia del 88%. Esta técnica se puede repetir con una tasa de eficiencia del 96%. (Gentric, 2013)

#### ***1.7.6. Tratamiento antibiótico***

Se recomienda administrar dosis única parenteral de antibióticos, ampicilina o cefalosporina de primera generación, si se realiza extracción manual de la placenta. En caso de alergia se recomienda administrar clindamicina mas gentamicina en dosis única. (Alianza, 2013)

#### ***1.7.7. Tratamiento quirúrgico***

### *1.7.7.1. Cirugía conservadora*

Ligadura de la arteria uterina éxito del 90%, ligadura de la arteria iliaca efectiva en un 84%, balón del catéter Fogarty, las suturas de compresión uterina (B-Lynch) efectivas en el 91% de casos. (Asturizaga, 2014)

### *1.7.7.2. Cirugía radical*

La histerectomía continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida de la paciente, se realiza para salvar la vida y antes de desencadenar coagulopatía. (Asturizaga, 2014) Cuando han fallado las ligaduras vasculares y puntos hemostáticos es la opción más segura. (MSP, 2013) La realización de histerectomía total o subtotal depende del estado hemodinámico. Sin embargo, independientemente de la edad de la paciente, número de gesta, o deseo de tener más hijos, el criterio quirúrgico debe basarse en salvar la vida de la madre. (IMSS, 2017) Histerectomía total se recomienda en casos de placenta previa central o total, acretismo placentario, ruptura uterina y sangrado de la región ístmico cervical.

## **1.8. Prevención de la hemorragia postparto**

### *1.8.1. Manejo activo de la tercera etapa del parto.*

Consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia posparto por atonía uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden son inversamente proporcionales al tiempo en que se produce la expulsión de la placenta. (Sogiba, 2018)

Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento porque reduce en un 60% el riesgo de HPP, anemia posparto y transfusiones sanguíneas.

Incluye (MSP, 2013):

- a) Aplicar oxitocina u otro uterotónico en el primer minuto posterior al nacimiento del recién nacido (Alianza, 2013) (MSP, 2013) (Solari, 2014)
  - a. La dosis de Oxitocina es IV 10 UI o IM 5 UI.
  - b. Ergonovina la dosis es IM 0.2 mg, está contraindicada en pacientes con preeclampsia, eclampsia o HTA.
  - c. Sintometrina (5UI de oxitocina y 0.5 mg de ergometrina en ampollas IM)

- d. Misoprostol 600 mcg vía oral
- b) Tracción controlada del cordón umbilical.
- c) Masaje uterino a través del abdomen posterior a la expulsión de la placenta, ayuda a la contracción uterina, disminuyendo el sangrado.

No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la HPP.

### **1.9. Prevención de trauma perineal (Ferreira, 2017)**

#### ***1.9.1. Maniobra de Ritgen***

Procedimiento obstétrico que ayuda a la extracción fetal favoreciendo la flexión de la cabeza y facilitando su salida, impide la expulsión violenta que puede causar lesiones perineales.

Esta maniobra también previene laceraciones del esfínter anal.

#### ***1.9.2. Masaje perineal durante el trabajo de parto***

Se ha demostrado que disminuye el estrés, aumenta la circulación sanguínea y alivia el dolor.

Mujeres sometidas a masaje perineal con vaselina presentan menor riesgo de lesión perineal, aumentando la elasticidad y suavidad de los tejidos.

El masaje se ha asociado a disminución de episiotomía, y aumento de desgarro de primer y segundo grado.

## **CAPÍTULO II**



## **2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

### **2.1. Anamnesis**

Paciente femenina de 18 años, indígena, casada, nacida en Alausí, residente en Cuenca, residencia ocasional en Guamote, quehaceres domésticos, evangélica, no posee seguro de salud.

#### **2.1.1. Antecedentes patológicos personales**

No refiere

#### **2.1.2. Antecedentes quirúrgicos**

No refiere

#### **2.1.3. Antecedentes patológicos familiares**

Madre con Diabetes Mellitus tipo II

#### **2.1.4. Alergias**

No refiere

#### **2.1.5. Antecedentes Gineco-obstétricos**

Gestas: 1      Partos: 1      Cesáreas: 0      Abortos:0      Hijos vivos: 1

Menarquia: 13 años

Ciclos menstruales: Irregulares

Inicio de vida sexual: 17 años

Parejas sexuales: 1

Métodos anticonceptivos: Ninguno

Vida sexual activa: Si

Fecha de última menstruación: 27 junio del 2018

PAPTEST: No refiere

Controles: 8

Ecografías: 3

Vitaminas y ácido fólico: Si

Vacuna antitetánica: Si Primera dosis: 4to mes de gestación Segunda dosis: sexto mes de gestación

## **2.2. Motivo de consulta**

Hemorragia postparto

## **2.3. Enfermedad actual.**

Paciente que ingresa al servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba el día 26/03/2019 a las 03:50 am; referida desde hospital de Guamote con diagnóstico de hemorragia postparto, según refieren en el formulario 006 paciente ingresa al hospital de Guamote el día 25/03/2019 a las 9:30 am con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de leve a moderada intensidad de aproximadamente 12 horas de evolución, en dicha casa de salud se atiende parto cefalovaginal a las 17:35 obteniéndose recién nacido único vivo, con peso 3600 gramos, se realiza manejo activo del tercer periodo del parto obteniéndose la placenta y sus membranas a los 17 minutos, se cuantifica sangrado de 380 ml, y se evidencia edema vaginal. Aproximadamente 8 horas posterior al parto paciente presenta somnolencia, taquicardia, hipotensión, se evidencia edema vaginal y sangrado transvaginal en escasa cantidad además refiere dolor intenso en región perineal, acompañado de astenia, por lo que activan clave roja, inician reposición con cristaloides y administran uterotónicos. A pesar de tratamiento instaurado cuadro no mejora y es referida a casa de salud de mayor complejidad, donde se decide su ingreso.

## **2.4. Examen físico**

### **General:**

Signos vitales:

Tensión arterial (TA): 107/63 mmHg

Frecuencia cardíaca (FC): 95 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria (FR): 18 respiraciones por minuto

Temperatura (T°): 37.5°C

Saturación: 97% aire ambiente.

Índice de shock: 0.88

Score Mama: 0

Glasgow 15 (o4, v5, m6)

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, álgica, semihidratada, presencia de palidez generalizada.

**Regional:**

Conjuntivas: Pálidas

Mucosas orales: Semihúmedas

Abdomen: ligeramente distendido, suave, depresible. A la palpación superficial y profunda: doloroso en hemiabdomen inferior, Útero en involución, Fondo uterino lateralizado hacia la derecha.

Región inguinogenital: A la inspección: edema vulvar y equimosis con predominio en labio mayor izquierdo, presencia de sonda vesical permeable, orina colúrica escasa, episiorrafia, presencia de sangrado en poca cantidad, no se evidencia sangrado activo. TACTO VAGINAL: Se encuentran coágulos en cavidad vaginal en escasa cantidad, cérvix posterior doloroso a la palpación.

**2.5. Impresión Diagnóstica**

- Parto único espontáneo
- Hemorragia postparto
- Anemia severa a descartar
- Edema vulvar vs hematoma
- Descartar alumbramiento incompleto

**2.6. Exámenes complementarios**

**Laboratorio: 25/03/2019**

PRUEBA	UNIDAD	RESULTADO
Glóbulos Blancos	$10^3/u/L$	-
Neutrófilos	%	86
Hemoglobina (HGB)	g/dl	12
Hematocrito (HCTO)	%	36
Plaquetas	$10^3/u/L$	185

Grupo  
sanguíneo

ORH Positivo

**Tabla 1-2: Biometría hemática y tipificación sanguínea anteparto**

**Fuente:** (Laboratorio Clínico- Hospital Básico de Guamote)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

**Tabla 2-2: Química sanguínea anteparto**

Fecha	26/03/19	26/03/19	26/03/19	26/03/19	27/03/19	30/03/2019	01/04/19	03/04/19	
	04:30	08:41	15:11	22:45				Egreso	
	Ingreso								
PRUEBA	UNIDAD								
Glóbulos Blancos	10 <sup>3</sup> u/L	15.40	16.10	12.9	12.8	9.70	18.80	12	10.00
Neutrófilos	%	72.4	75.6	74.6	75.9	84	88	89	76
Hemoglobina (HGB)	g/dl	6.70	6.7	8.9	9.6	10.56	9.90	9.24	8.58
Hematocrito (HCTO)	%	22.1	20.7	27.2	30.2	32	30	28	26
Plaquetas	10 <sup>3</sup> u/L	200	151	165	95	120	-	-	-
Contaje manual de plaquetas	x mm <sup>3</sup>				150.000				
VIH			Negativo						
VDRL			Negativo						
Grupo sanguíneo			ORH (+)						
TP			13.00	13.20					
INR			1.18	1.20					
Fecha	Hospital Guamote		RESULTADO						
PRUEBA	UNIDAD	RESULTADO							
Glucosa	mg/dl	94							
Urea		29							
Creatinina		0.8							

**Fuente:** (Laboratorio Clínico- Hospital Básico de Guamote)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

**Tabla 3-2: Biometría hemática, serología y tipificación sanguínea**

**Fuente:** (Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia que la paciente ingresa con leucocitosis con desviación hacia la izquierda, valores de hemoglobina y hematocrito disminuidos que indican la necesidad de transfusión de concentrados globulares. En el control pos transfusión se evidencia aumento de valores de hemoglobina y hematocrito. Paciente egresa con valores de hemoglobina y hematocrito que aún se encuentran disminuidos, pero han mejorado con la transfusión de 6 concentrados de glóbulos rojos ya realizada y 3 plasmas frescos congelados. Valores de leucocitos disminuidos en consideración al ingreso.

**Tabla 4-2:** Química sanguínea, electrolitos, bilirrubinas y transaminasas

Fecha		26/03/19 Ingreso 04:30	26/03/19 08:41	26/03/19 15:11	26/03/19 22:45	27/03/19
PRUEBA	UNIDAD					
Glucosa	mg/dl	98.7	78.1	65.3	69.2	58.4
Urea						
Creatinina						
Sodio	mmol/l	-	132.2	-	135	136.5
Potasio	mmol/l	-	3.73	-	3.69	3.61
Cloro	mmol/l	-	107.6	-	109.7	109.5
Bilirrubina total		0.91	-	-	-	-
Bilirrubina directa		0.18	-	-	-	-
Bilirrubina indirecta		0.73	-	-	-	-
Ácido úrico		-	6.53	5.47	-	-
TGO		-	-	31.1	-	-
TGP		-	-	14	-	-

**Fuente:** (Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba)

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019

**INTERPRETACIÓN:** Valores de glucosa disminuidos al ingreso y egreso, resto de exámenes dentro de parámetros normales

**Tabla5-2:** Gasometría arterial

Fecha		26/03/2019 14:08
PRUEBA	UNIDAD	RESULTADO
PH	mg/dl	7.34
PCO2	mmol/l	28.4
PO2	mmol/l	55.6
HCO3	mmol/l	15.1
EB		9.4

Anion Gap	9.5
Lactato	2.09

**Fuente:** Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019.

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia acidosis metabólica.



**Figura 1-2:** Ecografía pélvica 26/03/2019

**Fuente:** (Imagenología de HPGDR, 2019)

**INFORME:** Útero en anteversoflexión, de 15x7x5, presencia de abundantes restos corioplacentarios en su interior. Concluyendo alumbramiento incompleto.

## 2.7. Análisis

Considerando la clínica del ingreso en conjunto con el examen físico, en donde se evidencia palidez generalizada, mucosas orales semihúmedas, oliguria, edema vulvar y presencia de coágulos en cavidad vaginal en escasa cantidad, más el análisis de los resultados obtenidos en los exámenes de laboratorio los mismos que reportan: Leucocitosis, neutrofilia, hemoglobina y hematocrito disminuidos, y una ecografía pélvica en donde se aprecian abundantes restos corioplacentarios, es evidente que nos encontramos ante la presencia de UN SHOCK HIPOVOLÉMICO GRADO III SECUNDARIO A HEMORRAGIA POSTPARTO POR TRAUMA, y ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO.

## 2.8. Procedimientos

El día 26/03/2019 se decide realizar legrado digital + revisión de canal del parto por diagnóstico de alumbramiento incompleto. Ingres a centro obstétrico con los siguientes signos vitales: TA: 122/66, FC: 60, FR: 18, T: 37.8°C, SatO2: 94%. SCORE MAMA: 1 Índice de shock: 0.49

Medico ginecólogo inicia procedimiento quirúrgico a las 10:15 am, evidencia edema vulvar, hematoma disecante de pared lateral derecha de vagina que se dirige a fondo de saco y desplaza el útero, trata de localizar a útero, pero se desplaza, se realiza incisión para drenaje de hematoma, pero se evidencia aparentemente epiplón y sangrado activo. Se evidencia coágulo de 200ml. Múltiples desgarros en labios inferiores. Por lo que se decide laparotomía exploratoria de emergencia.

Se realiza laparotomía exploratoria de emergencia el día 26/03/2019, previa transfusión de 3 concentrados de glóbulos rojos y 1 paquete de plasma fresco congelado, observándose:

- Líquido serohemático 100 cc en cavidad abdominal
- Útero hipotónico
- Hematoma disecante de infundíbulo pélvico y base de ligamento redondo de lado derecho, y pared lateral derecha.
- Se realiza legrado a cielo abierto obteniendo moderada cantidad de tejido placentario y coágulos (300cc)
- Posteriormente, se revisa cavidad vaginal se evidencia desgarros múltiples de labios menores, se realiza cierre de apertura de herida para drenaje de hematoma, el mismo que drena 200ml.

## **2.9. Diagnóstico definitivo**

- Puerperio inmediato
- Hemorragia obstétrica por tono, trauma y tejido
- Hematoma vaginal disecante
- Shock hipovolémico grado III
- Anemia severa aguda
- NEAR MISS

## **2.10. Tratamiento**

- Nada por vía oral por 6 horas luego dieta blanda + líquidos
- Cuidados de enfermería
  - Control de signos vitales cada 15 minutos por 2 horas luego cada 6 horas

- Control de ingesta y excreta
- Diuresis horaria
- Score Mama según puntuación
- Lactato Ringer 1000 ml intravenoso a 42 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas
- Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 6 horas
- Tramadol 100 mg diluido intravenoso cada 8 horas
- Ácido tranexámico 1 gramo + 40 ml de Solución salina pasar intravenoso a 300 ml/h en 10 minutos
- Metilergometrina 0.02 mg intramuscular STAT
- Misoprostol 800 mcg vía rectal STAT
- Solución salina 0.9% 500 ml + 40 UI Oxitocina intravenoso a 125 ml/h
- Biometría hemática, tiempos de coagulación, tipificación, plaquetas, glucosa, creatinina, ácido úrico
- Gasometría arterial
- Transfundir 4 concentrados globulares, 2 plasma fresco congelado.
- Gluconato de calcio 1 gramo intravenoso diluido luego de transfusión sanguínea
- Enoxaparina 40 mg SC colocar en 12 horas y luego cada día
- Interconsulta a UCI
- Tromboprofilaxis mecánica

## **2.11. Evolución**

En el transquirúrgico se administran 1.400 cc de cristaloides + 856 cc de concentrados de glóbulos rojos permaneciendo hemodinámicamente estable con TA: 120/70, FC: 85, FR: 12, SatO<sub>2</sub>: 100%. Gasometría posterior al procedimiento reporta acidosis metabólica, se indica transfundir 3 concentrados de glóbulos rojos y 2 paquetes de plasma fresco congelado.

Luego de los diagnósticos identificados y considerando que la paciente previamente ha recibido 6 concentrados de glóbulos rojos, en exámenes complementarios realizados el día 27/03/2019 se evidencia hemoglobina y hematocrito disminuido, por lo que se vio la necesidad de administrar hierro sacarosa.



Paciente permanece 9 días hospitalizada en el servicio de Ginecología, evolucionando favorablemente, presenta alza térmica el día 26/03/2019 con T: 37.6°C hasta 38°C. El día 29/03/2019 se inicia tratamiento para la anemia con sulfato ferroso.

El día 01/04/2019 paciente febril, foco de infección desconocido, por lo que se pide valoración por médico internista.

A partir del 01/04/2019 se suspende antibióticos, se mantiene hidratación, enoxaparina, sulfato ferroso, y por fiebre de origen desconocido se solicita urocultivo, hemocultivo, ecografía pélvica, que reporta útero de aspecto involutivo fisiológico y biometría de control que reporta disminución de valores de leucocitos en comparación al ingreso, pero se mantiene leucocitosis.

El día 02/04/2019, médico internista valora a paciente con resultados de exámenes de laboratorio, y solicita cultivos ya mencionados.

Médico ginecólogo sospecha de flebitis por lo que decide retirar vía periférica el mismo día. El día 03/04/2019 se realizan exámenes de control que reportan leucocitos dentro de parámetros normales, valores de hemoglobina y hematocrito disminuidos por lo que se continuo tratamiento con sulfato ferroso. Paciente asintomática, afebril, en mejores condiciones generales, con resultados de cultivos que no reportan crecimiento bacteriano es dada de alta el 04/04/2019.

## 2.12. Seguimiento posterior

Paciente acude a controles mensuales, no se han evidenciado complicaciones desde su egreso, buen estado general, signos vitales dentro de parámetros normales, y al examen físico herida quirúrgica cicatrizada, región perineal se apreciaron las estructuras genitales anatómicamente normales. Ha permanecido con buen control de hemoglobina y hematocrito durante los 3 meses posteriores. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Se concedió alta definitiva.

**Tabla 6-2:** Seguimiento durante 3 meses posteriores al egreso

PARÁMETRO	27/04/2019	23/05/2019	14/06/2019
Glóbulos Blancos	6,50 <sup>^</sup> 103u/L	8,32 <sup>^</sup> 103u/L	6,80 <sup>^</sup> 103u/L
Neutrófilos	75,2%	70%	65,5%
Hemoglobina	9,25 g/dl	12.3 g/dl	12 g/dl
Hematocrito	30.83%	41%	40%
Plaquetas	345 <sup>^</sup> 103u/L	278 <sup>^</sup> 103u/L	
Glucosa	110 mg/dl	93 mg/dl	104 mg/dl

Creatinina	0,7 mg/dl	0,88 mg/dl	0,72 mg/dl
------------	-----------	------------	------------

**Fuente:** Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba

**Realizado por:** Gracia Yugcha, Yeritza Stefany, 2019

## CAPÍTULO III

### 3. HALLAZGOS

El caso que se nos presenta se trata de una paciente de 18 años de edad, que tras un parto cefalovaginal presenta hemorragia postparto por trauma vaginal.

En un estudio realizado en el hospital maternal de Austria con una muestra de 1076 mujeres se demostró que utilizando el método de protección perineal activa disminuye el riesgo de presentar desgarros perineales, en comparación al manejo expectante que aumenta el dolor perineal posterior al parto.

En cuanto al caso clínico, no existen datos sobre la atención del parto y salida controlada del recién nacido, pero se presume que no se realizó una protección perineal activa adecuada, por lo que la paciente presentó desgarro perineal.

En la realización de episiotomía hay controversia, es un procedimiento quirúrgico realizado en casi todas las casas de salud, y no existe evidencia científica de sus beneficios. Se ha demostrado que existen factores de riesgo para la realización de episiotomía como el peso mayor a 3001 gramos, nuliparidad, periné corto y/o rígido y edad mayor a 31 años. Un estudio demuestra que hay disminución de episiotomía en fetos con peso menor a 2500 gramos en comparación a fetos con peso normal y mayor a 4000 gramos. La episiotomía no debe ser realizada como procedimiento quirúrgico de rutina, su realización debe basarse en la existencia de múltiples factores de riesgo, como los mencionados anteriormente. Su restricción ha disminuido la aparición de desgarro de pared vaginal posterior en un 44%, además de una disminución de sutura de periné en un 28%. Su uso solo previene desgarros vaginales anteriores.

El caso clínico presenta a una paciente joven, con factores de riesgo para realización de episiotomía como peso fetal mayor de 3001 gramos y nuliparidad, por lo que se realizó episiotomía medio-lateral derecha, que a su vez es un factor de riesgo para presentar hemorragia posparto por trauma.

La posición de litotomía se asocia a realización de episiotomía, las posiciones alternativas como por ejemplo las posiciones verticales se relacionan con menor uso de episiotomía, por lo que como conclusión se debería incentivar a las mujeres a la libre posición para dar a luz.

El parto fue asistido en posición de litotomía, lo que incrementó el riesgo de presentar desgarro perineal por estiramiento del periné.

Tomando en cuenta los factores de riesgo maternos y fetales: nuliparidad, primigesta, peso fetal mayor a 3001 gramos, episiotomía medio-lateral, las características clínicas de la paciente al ingreso y valorando los signos clínicos, se pudo determinar la presencia de hemorragia posparto secundaria a trauma vaginal en la paciente, que acabó en un shock hipovolémico por el evidente deterioro hemodinámico al momento de su hospitalización, diagnóstico que fue corroborado por exámenes complementarios como los valores disminuidos de hemoglobina y hematocrito, que fueron indicativos para realizar transfusión sanguínea previo a su intervención quirúrgica.

Aparte de la presencia de shock hipovolémico, al realizar laparotomía se diagnosticó hematoma vaginal disecante y alumbramiento incompleto, explicado por la presencia de hematoma en cara lateral derecha de útero, base de ligamento redondo e infundíbulo pélvico, además de cantidad moderada de tejido placentario y coágulos.

Es fundamental analizar de manera retrospectiva el tratamiento establecido en esta paciente, el mismo que fue insuficiente al principio del cuadro, donde no se evaluó todo el contexto de su clínica, presentó hematoma vaginal como complicación inmediata de la episiorrafia, ya que posterior al parto se evidenció edema vaginal, dolor perineal intenso y sangrado vaginal, que no respondió a uterotónicos ni cristaloides.

En cualquier parte del tracto genital pueden desarrollarse hematomas, los mismos que pueden contener una gran cantidad de sangre. En obstetricia es poco común, pueden medir entre 10 a 15 cm, en un 10% se presenta debido a traumatismos. Los datos sugieren desde un tratamiento conservador hasta tratamiento quirúrgico dependiendo del tamaño del hematoma y estado hemodinámico de la paciente.

En este caso, se decidió la laparotomía exploratoria de emergencia para drenaje de hematoma y control de hemorragia. Además, la paciente requirió medidas de apoyo para el manejo como sonda vesical, hidratación y antibioticoterapia (Ceftriaxona y metronidazol), explicado por el procedimiento quirúrgico realizado, y la presencia de restos placentarios.

Los reportes de hematoma vaginal disecante son poco frecuentes en la literatura, por lo que este caso es importante, ya que ocurrió secundario a un traumatismo durante la atención del parto.

Gracias al tratamiento eficaz instaurado, se resolvió la hemorragia posparto y se drenó hematoma obteniendo una evolución favorable, a pesar de que posteriormente se presentó fiebre de origen desconocido, el mismo que fue resuelto con el retiro de la vía intravenosa.

En la actualidad contamos con protocolos adaptados a la situación de cada centro o unidad hospitalaria, permite un mejor diagnóstico y una mayor eficiencia terapéutica.

## CONCLUSIONES

- Es necesario que el personal de salud esté capacitado para la atención del parto, para poder brindar seguridad, tranquilidad y privacidad a cada una de las mujeres, el tipo de atención que se brinde tiene importante efecto en ellas, y en sus hijos e hijas.
- Es fundamental aumentar actividades de mejoramiento en el control prenatal con el objetivo de educar a la paciente y a su entorno familiar sobre los posibles signos de alarma, con las indicaciones necesarias para acudir de manera rápida a una casa de salud con la capacidad apropiada de resolución de su patología y no presentar retrasos en el inicio pertinente de un correcto manejo.
- Se debe promover la libre posición, la posición vertical causa menos incomodidades y dificultades al pujar, se acorta el periodo expulsivo, se producen menos partos instrumentales y disminuyen las episiotomías.
- La episiotomía no debe ser realizada como procedimiento de rutina, al realizarla se incrementa el riesgo de hematomas y edemas vulvoperineales. Además, la episiorrafia que se realice debe ser una técnica adecuada, previa revisión de canal vaginal, porque existe evidencia de que una mala técnica de reparación de episiotomía aumenta la posibilidad de presentar hematoma vaginal.
- Se debe tener en cuenta que una de las complicaciones inmediatas de la episiorrafia, es el hematoma vaginal cuyo signo clínico más frecuente es el dolor perineal intenso y presencia de masa vulvar de crecimiento rápido, es fundamental en las 2 horas posteriores al parto vigilar el sangrado, y si se observa presencia de hematoma revisar a través de un tacto para verificar que no se está formando por el interior, e inmediatamente proceder a drenar el mismo.
- Sospechar de traumatismo del canal de parto cuando hay ausencia de restos placentarios y el útero está firmemente contraído.
- En obstetricia es importante recordar que parte de la hemorragia o toda puede estar oculta. El principal objetivo en el tratamiento del shock hipovolémico es detener la hemorragia corrigiendo su causa.

- Es importante cuantificar adecuadamente las pérdidas sanguíneas e identificar los primeros síntomas y signos, lo que se logra con el cuidado individualizado de las pacientes y además permite realizar un diagnóstico precoz y la intervención temprana con el tratamiento médico o quirúrgico, a fin de disminuir la morbilidad materna extremadamente grave por hemorragia y, consiguientemente, reducir la mortalidad.
- El manejo terapéutico de esta paciente con un hematoma vaginal disecante mediante laparotomía, drenaje, asociado a la antibioticoterapia, permitieron la recuperación anatómica y evitaron las complicaciones a corto plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

**TERCEROS-ALMANZA, L.J.; GARCÍA FUENTES, C.; BERMEJO AZNÁREZ, S.; PRIETO DEL PORTILLO, I.; MUDARRA RECHE, C.; Sáez de la Fuente, I.; Chico Fernández, M.** “Predicción de hemorragia masiva. Índice de shock e índice de shock modificado”. *Medicina intensiva* [en línea], 2017, (Madrid), 41(9), pp. 532-538. [Consulta: 14 julio 2019]. ISSN 0210-5691. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-prediccion-hemorragia-masiva-indice-shock-articulo-S0210569117300074>

**GUERRIERO, S.; AJOSSA, S.; BARGELLINI, R.; AMUCANO, G.; MARONGIU, D.; BENEDETTO, G.** “Puerperal Vulvovaginal Hematoma: Sonographic Findings with MRI Correlation.” *Journal of clinical ultrasound* [en línea], 2004, (Italy), 32(8), pp. 415-418. [Consulta: 27 junio 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15372450>

**SOLARI, A.; SOLARI, C.; WASH, A.; GUERRERO, M.; ENRÍQUEZ, O.** “Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento”. *Revista Medico Clínica Condes* [en línea], 2014, (Las Condes), 25(6), pp. 993-1003. [Consulta: 11 julio 2019]. Disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf)

**GARCÍA, S.; ÁLVAREZ, E.; RUBIO, P.; BORRAJO, E.** “Hemorragia posparto secundaria o tardía”. *Ginecología y obstetricia México* [en línea], 2017, (México), 85(4), pp. 254-266. [Consulta: 14 julio 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom174g.pdf>

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2013, (Ecuador), pp. 1-29. [Consulta: 11 julio 2019] Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20PREVENI%C3%93N,%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20HEMORRAGIA%20POSPARTO.pdf>

**KARLSSON, H.; PEREZ, C.** “Hemorragia postparto”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [en línea], 2009, (España), 32(1), pp. 159-167. [consulta: 12 julio 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>

**REPRESENTANTES DEL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA, ALIANZA CINETS.** “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* [en línea], 2013, (Colombia), 6(4), pp. 425-452. [Consulta: 12 julio 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n4/v64n4a04.pdf>

**INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL.** “Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2017, (México), pp. 1-74. [Consulta: 12 julio 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>

**SECRETARIA DE SALUD.** “Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato”, *Guía de práctica clínica* [en línea], 2009, (México), pp. 1-46. [Consulta: 12 julio 2019]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162\\_GPC\\_HEMORRAGIA\\_OBSTETRICA/Imss\\_162ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf)

**MAVRIDES, E.; ALLARD, S.; CHANDRAHARAN, E.; COLLINS, P.; GREEN L, HUNT, B.; RIRIS, S.; THOMSON, A.** “Prevention and management of postpartum haemorrhage”. *Royal College of obstetricians & gynaecologists* [en línea], 2016, (London), 124(5), pp. 106-149. [Consulta: 10 julio 2019]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14178>

**MORILLAS RAMÍREZ, F.; ORTIZ GÓMEZ, J.; PALACIO ABIZANDA, F.; FORNET RUIZ, I.; PÉREZ LUCAS, R.; BERMEJO ALBARES, L.** “Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica”. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* [en línea], 2014, (España), 61(4), pp. 196-204. [Consulta: 12 julio 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935613003332>

**ESER, A.; TANAY TAYYAR, A.; SAGIROGLU, G.; KILICCI, C.; ABIDE, C.; YENIDEDE, I.** “Managemet of puerperal vulvovaginal hematoma with different suture technique; case report”. *Medicine Science* [en línea], 2017, (Turkey), 6(3), pp. 579-581. [Consulta: 28 junio 2019]. Disponible en: <http://www.medicinescience.org/wp-content/uploads/2012/03/53-1488903293.pdf>

**BIENSTMAN PAILLEUX, J.; HUISSOUD, C.; DUBERNARD, G.; RUDIGOZ, R.** “Management of puerperal hematomas”. *J gynecol obstet Biol Reprod* [en línea], 2009, (Paris), 38(3), pp. 203-208. [Consulta: 28 junio 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19019567>



**MIRANDA LUCAS, M.; SERRA, M.; MIRALLES, R.; LOPEZ, M.** “Embolización de las arterias uterinas en hematoma disecante de la episiotomía”. *Progress de obstetricia y ginecología* [en línea], (España), 57(5), pp. 212-215. [Consulta: 2 julio 2019]. ISSN 0304-5013. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embolizacion-las-arterias-uterinas-hematoma-S0304501313002689>

**EGAN, E.; DUNDEE, P.; & LAWRENTSCHUK, N.** “Vulvar hematoma secondary to spontaneous rupture of the internal iliac artery: clinical review”. *American journal of obstetrics and gynecology* [en línea], 2009, (Australia), 200(1), pp. 17-18. [Consulta: 2 julio 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19121653>

**MIRZA, F.; & GADDIPATI, S.** “Obstetric emergencies”. *Seminars in perinatology* [en línea], 2009, (New York), 33(2), pp. 97-103. [Consulta: 4 julio 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19324238>

**MAWHINNEY, S.; HOLMAN, R.** “Practice points puerperal genital haematoma: a commonly missed diagnosis”. *The Obstetrician / Gynaecologist* [en línea], 2007, (Ucrania), 9, pp. 195-200. [Consulta: 3 julio 2019]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1576/toag.9.3.195.27341>

**HERNÁNDEZ, M.; NAVARRO, A.; OSORIO, A.** “Lesión vulvar y perineal secundaria a trauma pelvipereineal complejo: Presentación de un caso y revisión de la literatura”. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología* [en línea], 2015, (Colombia), 66(4), pp. 297-305. [Consulta: 6 julio 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a07.pdf?>

**ASTURIZAGA, P.; TOLEDO, L.** “Hemorragia obstétrica”. *Revista Médica La Paz* [en línea], 2014, (La Paz), 20(2), pp. 57-68. [Consulta: 6 julio 2019]. ISSN 1726-8958. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)

**CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD.** “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2014, (México), pp. 1-91. [Consulta: 6 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

**GUZMÁN, R.** “Trabajo de parto: fisiología y alteraciones disfuncionales”. *Actualización en perinatología* [en línea], 2014, (La Habana), pp. 1-4. [Consulta: 8 septiembre 2019]. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/trabajo-de-parto-fisiologia-y-alteraciones-disfuncionales>

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** “Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2015, (Ecuador), pp. 1-64. [Consulta: 9 septiembre 2019]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediato.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf)

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** “Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto”. *OMS* [en línea], 2014, (Ginebra), pp. 1-48. [Consulta: 9 septiembre 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1)

**MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.** “Guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal”. *Guía de práctica clínica en el SNS* [en línea], 2010, (Vasco), pp. 1-316. [Consulta: 9 septiembre 2019]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Partо\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Partо_Normal_Osteba_compl.pdf)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2019, (México), pp. 1-59. [Consulta: 10 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

**FERREIRA, C.** “Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura”. *Enfermería global* [en línea], 2017, (Portugal), 47, pp. 539-551. [Consulta: 10 septiembre 2019]. ISSN 1695-6141. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00539.pdf>

**MINISTERIO DE SALUD.** “Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto”. *Dirección nacional de maternidad e infancia* [en línea], 2007, (Argentina), pp. 1-47. [Consulta: 10 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000244cnt-g14.guia-hemorragia-post-parto.pdf>

**MALVINO, E.** “Hemorragias obstétricas graves”. *Biblioteca de obstetricia crítica* [en línea], 2017, (Argentina), pp. 1-325. [Consulta: 11 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.obstetriciacritica.com/doc/Hemorragias\\_Obstetricas.pdf](http://www.obstetriciacritica.com/doc/Hemorragias_Obstetricas.pdf)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** “Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en Obstetricia”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2017, (México), pp. 1-75. [Consulta: 11 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-162-09/ER.pdf>

**VÉLEZ, G.; AGUDELO, B.; GÓMEZ, J.; ZULETA, J.** “Código rojo: Guía para el manejo de la hemorragia obstétrica”. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología* [en línea], 2009, (Colombia), 60(1), pp. 34-48. [Consulta: 11 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214329006.pdf>

**CÓNDOR PALACIOS, GRACE ALEJANDRA, & NARANJO MURGUEYTIO, MARÍA AUGUSTA.** *Prevalencia de hemorragia postparto y su asociación con obesidad y/o anemia durante el embarazo en pacientes atendidas en los Hospitales Luz Elena Arismendi en Quito y Dr. Gustavo Domínguez en Santo Domingo durante el período de enero a diciembre 2016* [En línea] (Tesis) (Doctoral) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito- Ecuador. 2018. pp. 1-93. [Consulta: 25 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14977/tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**MOREIRA, C.; TORRES, A.** “Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”. *Departamento de Ciencias de Salud* [en línea], 2013, (Ecuador), pp. 1-12. [Consulta: 25 septiembre 2019]. Disponible en: [https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia\\_taller\\_episiotomia\\_episiorrafia\\_0.pdf](https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_episiotomia_episiorrafia_0.pdf)

**LÓPEZ, M; PALACIO, M; ROS, C; BATALLER, E; ESPUÑA, M.** “Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico”. *Hospital sant joan de deu Salud* [en línea], 2018, (España), pp. 1-10. [Consulta: 25 septiembre 2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9tricnew.pdf>

**CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD.** “Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2013, (México), pp. 1-40. [Consulta: 25 septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_608\\_13\\_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf)

**GUERRERO, M; ESCÁRCEGA, L; GONZÁLEZ, O; PALOMARES, A; GUTIÉRREZ, C.** “Utilidad del índice de choque como valor predictivo para el requerimiento de transfusión en hemorragia obstétrica”: *Ginecología y obstetricia de México* [en línea], 2018, (México), 86(10), pp. 665-674. [Consulta: 26 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom1810g.pdf>


**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** “Recomendación actualizada de la OMS sobre el ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto”. *Maternal and Child*

*Survival Program*. [en línea], 2017, (Ginebra), pp. 1-5. [Consulta: 07 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/03/WHO-TXA-Briefer-A4-SP.pdf>

**CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD.** “Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primero, segundo y tercer nivel de atención”. *Guía de práctica clínica* [en línea], 2018, (México), pp. 1-106. [Consulta: 7 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-103-08/ER.pdf>

## ANEXOS

### Anexo A: Consentimiento informado



**ESPOCH**  
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Formulario de consentimiento Informado

Yo Mónica Baltazara García Guacho [Nombre] doy mi consentimiento para información sobre mi hijo que se publicará en

.....

.....

...

[ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

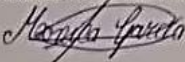
Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

**Nombre:** Mónica Baltazara García Guacho

**Fecha:** Riobamba, 04 de abril del 2019

**Firmado:** 

**Nombre del autor:** Yeritza Stefany Gracia Yugcha

**Fecha:** Riobamba, 04 de abril del 2019

**Firma:** 