



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“HEMORRAGIA POST PARTO POR ATONÍA UTERINA EN
PUÉRPERA ADOLESCENTE EN HOSPITAL NIVEL III DEL
MINSa AÑO 2018”**

PRESENTADO POR

PAJUELO RÍOS ROCÍO ELIANI

ASESOR

DRA. GIOVANINI MARÍA MARTÍNEZ ASMAD

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA**

**CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 MARCO TEÓRICO	4
• Antecedentes Internacionales	4
• Antecedentes Nacionales	7
CAPÍTULO II	10
CASO CLÍNICO	10
2.1 OBJETIVOS	10
2.2 HISTORIA CLÍNICA	10
2.3 DISCUSIÓN	25
2.4 CONCLUSIONES	27
2.5 RECOMENDACIONES.	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	33

RESUMEN

La hemorragia post parto es una de las causas principales de muerte materna en el Perú, siendo la atonía uterina la principal causa de hemorragia post parto en los últimos diez años. El grupo de edad de riesgo que condiciona esta problemática son las adolescentes.

Con el propósito de conocer las complicaciones que tiene la hemorragia post parto en puerpera adolescente, se realiza el presente trabajo académico, de tipo cuantitativo: estudio de caso clínico, donde se revisa la historia clínica de una gestante adolescente atendida en el Servicio de Obstetricia de un hospital Nivel III del Ministerio de Salud.

La paciente es una primigesta adolescente de 17 años, controlada, su atención prenatal fue en un Centro de Salud y consultorio privado, durante su gestación presentó: anemia y aumentó 19 kilos al final de la gestación. Su embarazo concluye a las 41 semanas, en parto vaginal, sexo femenino, recién nacido vivo, con un peso 3762 gramos. La adolescente presento durante el puerperio inmediato hemorragia uterina post parto, que complico su cuadro de anemia. En la historia clínica se obvia una serie de procedimientos protocolizados, como el uso del misoprostol que al parecer se empleó. El embarazo en adolescente, fue un factor predisponente para que se produzca la hemorragia; la anemia severa, pudo modificarse con manejo oportuno. En este caso no hubo grandes secuelas, como la muerte materna.

Palabras claves: Adolescencia, Hemorragia, Atonía.

ABSTRACT

Post-labor hemorrhage is one of the main causes of maternal death in Peru, being the uterine atony the most important cause for post-labor hemorrhage in the last ten years. The risk-age group which conditions this problem are youngsters.

This academic, quantitative-type work is done with the purpose to know the complications that post-labor hemorrhage in puerperal youngsters: clinical case study, where medical record of a pregnant youngster, cared in the Service of Obstetrics of a Hospital of Level III of the Ministry of Health, is analyzed.

The patient is a 17 year-old, first-born adolescent, checked, her prenatal care was given in a clinic and a private office, during her pregnancy she presented: anemia and gained 19 kilograms at the end of the gestation. Her pregnancy went through 41 weeks, in vaginal delivery, female sex, newborn alive weighing 3762 grams.

The youngster presented during the puerperium immediate post-labor uterine hemorrhage, which complicated her anemia case. In the medic record, a number of protocolized procedures were obviated, like the use of misoprostol that apparently was used.

The pregnancy in the adolescent, was a predisposing factor that produced the hemorrhage; the severe anemia could have been treated with timing care. In this case, there were no dramatic consequences like maternal death.

Key words: Youth, Hemorrhage, Atony.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La hemorragia post parto, es la causa principal de la muerte de medio millón de mujeres que se suscita cada año.

Durante los tres primeros meses de embarazo toda mujer tiene un aumento de hemoglobina hasta un 50%. Es de vital importancia para la futura madre, porque va servir de alimento al feto constituyéndose una reserva sanguínea para el nacimiento del futuro bebé¹.

La hemorragia post parta es una de las principales y más importantes emergencias obstétricas, siendo la principal causa de ingreso a unidades de cuidados intensivos de las pacientes embarazadas y puérperas recientes¹.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) fomentan la existencia de Protocolos y de Guías Médicas actualizados. La población debe tener buenas condiciones nutricionales,

debe tener acceso a centros de salud debidamente equipados y contar con personal de salud altamente preparado para evitar la morbimortalidad materna².

Según la Organización Mundial de la Salud sigue constituyendo una causa de Mortalidad Materna la hemorragia post parto. Por eso que para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia actualmente disponemos de herramientas convenientes.

Desde el año 1990 los países de América han reducido las muertes maternas por complicaciones del embarazo y el parto².

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia la tasa de mortalidad materna por hemorragias post parto, varía de 30 a 50% en diferentes países que cuentan con esta misma realidad³.

La hemorragia post parto es la causa principal de muerte materna que ocurre mayormente durante las primeras 24 horas después del parto; cuya pérdida de sangre es de 500 ml o más. Se podría evitar el sangrado a través del uso profiláctico, mejorando la atención de la adolescente durante el parto, para así prevenir a tiempo la hemorragia brindando un tratamiento apropiado y oportuno^{4,5}.

Las hemorragias se clasifican:

Primaria. - La hemorragia primaria ocurre inmediatamente después del parto, debido a la disminución de contracciones uterinas.

Secundaria. – La hemorragia secundaria ocurre durante las 24 horas y la sexta semana post parto. Las hemorragias que ocurren después de la sexta semana se debe a restos placentarios, infecciones o ambos⁴.

La hemorragia post parto es una complicación peligrosa que puede surgir en el puerperio.

Gracias a la mejor atención obstétrica y disponibilidad en el mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5%, estas cifras estadísticas corresponden a países desarrollados.

Las causas de la hemorragia post parto las más frecuentes, son tres:

Atonía uterina, alumbramiento incompleto y desgarros cervicales y/o vaginales⁵.

Cuando la hemorragia post parto no es controlada a tiempo produce hipotensión severa, shock y muerte⁵.

Durante la hemorragia post parto, dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dicho procedimiento, tendemos a sub-estimar la cantidad de sangre que pierde el paciente⁶.

Las muertes maternas en un 60% ocurren durante el post parto y un 40% en las primeras 24 horas⁷.

El deceso materno muchas veces puede presentarse en los 7 días siguientes al nacimiento⁸.

En países que se encuentran en desarrollo existen gran cantidad de mujeres con anemia, que por la gravedad del caso lleva a la muerte materna, porque tienden a asfixiarse produciendo la hemorragia. Lo cual sugiere que si se dispone de recursos y servicios de calidad pueden ser evitadas⁹.

En los países que se encuentran en desarrollo existen un alto porcentaje de nacimientos sin la debida atención profesional, ni la existencia de insumos, ni la facilidad para el traslado de pacientes complicados¹⁰.

La hemorragia cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. Muchos factores influyen en que la hemorragia

post parto sea fatal o no. Así la cantidad de hemoglobina que cuenta cada paciente, se determina en el momento previo al parto¹¹.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La hemorragia post parto por atonía uterina en puérpera adolescente, cuyo caso clínico trata de estudiar, identificando factores de riesgo y complicaciones que ocasionan en el futuro reproductivo de la adolescente.

Por tal o cual motivo llamó mucho la atención, que adolescentes sin una adecuada preparación y su debida madurez se conviertan a temprana edad en madres.

Se observa diariamente en este Hospital de III Nivel a gestantes adolescentes presentando complicaciones graves y con mayor riesgo.

Este estudio contribuirá a todo el personal de salud a mejorar la vigilancia clínica, la revisión científica y las formas de prevención.

También tenemos las instituciones de salud porque brinda un acercamiento de mejorar los protocolos de atención, sobre todo de emergencia. Contribuyendo este análisis a establecer pautas para disminuir la muerte materna y neonatal.

1.3 MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

-Arcia R., Lorie L., Ferrer O.¹⁰ Guantánamo (Cuba) 2017. En su estudio: Caracterización de Hemorragia Post Parto en la Maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, encontró que prevalecieron con el accidente obstétrico pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años. La patología fundamental asociada fue la hipertensión arterial. Tienen mayor predisposición a la hemorragia post parto los tiempos del trabajo de parto prolongado y precipitado. Se demuestra

que mientras más precoz es el diagnóstico de la hemorragia menos cantidad de reposición volumétrica requiere el paciente.

-Iglesias J., Urbina D.¹¹ Nicaragua 2016. En su estudio “Factores de Riesgo asociados a Hemorragia Post Parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, del Hospital Escuela César Amador Molina (HECAM), Matagalpa 2010-2013”. Se encontró que la principal complicación obstétrica fue la hemorragia post parto y como tal produciendo la Muerte Materna. Las pacientes fueron atendidas por vía vaginal y cesárea.

Los riesgos más importantes antes del parto son: primigesta, anemia y gran multípara.

Durante el parto son: partos extra hospitalarios, parto precipitado, parto domiciliario y trabajo de parto prolongado.

Al final del parto se presentaron: la hipotonía uterina, los desgarros obstétricos, la retención placentaria y restos placentarios.

Las pacientes en estudio tuvieron una edad de 15 a 19 años.

Para disminuir esta complicación en las gestantes se empieza con el nivel primario: vigilancia, seguimiento y charlas educativas. Se complementa con el nivel secundario con la capacidad de poder manejar los casos con un equipo multidisciplinario y equipamiento adecuado.

-Calle A., Barrera M., Guerrero A.¹² Quito (Ecuador) 2015. Refiere en su trabajo: “Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto”. Menciona que en los países sub-desarrollados se producen la tercera parte de fallecimientos maternos debido a la hemorragia. Tanto las alteraciones en el alumbramiento y los desgarros

cervicales y/o vaginales como la atonía uterina son de mayor énfasis. Se evita este tipo de complicaciones gracias al personal capacitado y preparado.

-Hernández L.¹³ México 2015. Refiere en su estudio: “Causas e Incidencia de la Hemorragia Post parto en el Hospital Mayor de México”. Menciona que a nivel mundial la hemorragia post parto es una complicación obstétrica muy frecuente, acompañada de pre eclampsia y eclampsia, dando origen a un índice alto de mortalidad y morbilidad materna. Siendo la causa más importante la técnica para cuantificar el sangrado, utilizando la estimación visual, permitiendo así una subestimación del sangrado y por ende una deficiencia en su diagnóstico.

Se corrobora así que la causa principal de hemorragia post parto a nivel mundial es la atonía uterina. Sobre entendiéndose que una paciente atendida en una clínica privada con buenos especialistas y buenos medicamentos, se obtiene un buen resultado.

-Félix E.¹⁴ México 2014. En su estudio: “Prevalencia de Hemorragia Post parto, Causas y Factores de Riesgo que inciden en el Hospital Rural IMSS Zacapoaxtla”, encontró en su estudio adolescentes con hemorragia post parto y post cesárea.

Se estudió a un buen grupo de pacientes, analizando toda su información y se encontró que la causa principal de hemorragia fue la atonía uterina. Estas pacientes tenían una edad de 15 a 20 años, cuyo tipo de parto más utilizado fue el quirúrgico; se empleó como medicamento de mayor uso el misoprostol, presentando un deficiente control prenatal.

-Zamora A., Panduro G., Pérez J., Quezada J., Gonzáles J. et al.¹⁵ México 2013. Menciona en cuyo estudio: “Embarazo en Adolescentes y sus Complicaciones Materno Perinatales”. Encontró que en las adolescentes la

morbilidad materna y perinatal se incrementaron, siendo la complicación más frecuente de la madre la ruptura prematura de membranas y en el bebé el síndrome de dificultad respiratoria.

-Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁶ Ginebra 2012. Refiere en su estudio: “Recomendaciones para la Prevención y Manejo de las Hemorragias Post Parto”. Refiere en sus Investigaciones sobre Hemorragia Post parto. El Manejo Activo y Expectante del Alumbramiento. Las cifras reales de las HPP y Hemorragias Post Parto Severa, son mayores que las que se reporta en la literatura y son menores en el alumbramiento con el manejo activo y obligatorio.

Se concluye que el Objetivo de la Investigación Clínica Aleatorizada (ICA) que el uso del misoprostol oral (600mg), produce mayor pérdida de sangre post parto.

Las mujeres que reciben oxitocina previenen la pérdida sanguínea en lugar del misoprostol.

El uso del misoprostol produce fiebre y temblores dentro de la primera hora que desaparece al cabo de 2 a 6 horas.

ANTECEDENTES NACIONALES O LOCALES:

-Candiotti E.¹⁷ Lima 2018. En su estudio “Incidencia de la Hemorragia Inmediata Post Parto Vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz año 2015”, encontró que el 5.3% tuvieron hemorragia post parto.

Las causas principales de hemorragia post parto fueron:

-Atonía uterina

-Desgarros perineales y

-Atonía con restos placentarios.

Tuvieron anemia antes del parto, incrementándose después de parto. Siendo el riesgo de la hemorragia durante el embarazo la falta de control prenatal, edad adolescente y anemia.

-Mejía E.¹⁸ Jauja-Junín 2015. En su estudio: “Características del Embarazo, Parto y Recién Nacido de la Gestante Adolescente en la altura”. Mencionó que el porcentaje de embarazos en adolescentes menores de 16 años fue menor, encontrándose el riesgo de sufrir aborto, pre eclampsia, parto pre término y peso bajo del recién nacido y en las adolescentes de 16 a 19 años el porcentaje de embarazos fue mayor, se encontró como riesgo el óbito fetal, cesárea, pre eclampsia, eclampsia, parto pre término, puerperio anormal y patología neonatal. No tuvieron atención prenatal de allí que las complicaciones maternas y del recién nacido fueron mayores. Las complicaciones fueron más frecuentes en la altura que a nivel del mar.

-Gil Cusirramos, A.¹⁹ Lima 2015. En su trabajo: “Factores Asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato por Atonía Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. Enero-Septiembre 2015. Mencionó que: pacientes mayores a 30 años, con muchos hijos, parto por cesárea y cesárea previa.

Son riesgos para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina.

-Gutarra-Vilchez, R., Campos Solórzano, T., Samalvides Cuba S.²⁰ Lima 2012. En su estudio: “Alumbramiento Asistido con Oxitocina Intraumbilical, Expectante y Rutinarios”. Con el uso de la oxitocina se observó: disminución de tiempo y menos sangrado. En cambio, en el alumbramiento rutinario no fue tan eficaz.

-Távora Orozco Luis²¹ Lima 2011. En su estudio: “Factores relacionados con el Embarazo y la Maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe”.

En la Maternidad de Lima se encontró que los embarazos en menores de 15 años son muy complejos, el embarazo en una niña, donde su organismo no está desarrollado ni preparado para ser mamá, es una situación bastante lamentable. Tanto las Organizaciones Nacionales como las Internacionales le han dado mayor énfasis por ser un problema de salud pública. Poniendo actualmente jaque a toda una sociedad. De allí que el embarazo en una niña menor de 15 años debe ser tratada por personal especializado en la atención en salud.

La descendencia de estas madres adolescentes es muy incierto y dependiente, porque afecta a todo el desarrollo normal del ser humano, tanto en el aspecto afectivo, social y psicológico, de allí que involucra al estado crear nuevas políticas en: Educación, Salud y Bienestar Social, preocupándose más por la mujer y la juventud.

La educación sexual se debe brindar con más prioridad y exigencia a niñas embarazadas menores de 15 años.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

GENERAL:

Investigar en puérpera adolescente el caso clínico de la hemorragia post parto por atonía uterina atendida en un Hospital del MINSA año 2018.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar en puérpera adolescente riesgo que llevó a la hemorragia post parto.
- 2.- Reconocer complicaciones de hemorragia post parto en puérpera adolescente.
- 3.- Verificar el cumplimiento del Protocolo de atención de la hemorragia post parto en una puérpera adolescente en el caso clínico presentado.

2.2 HISTORIA CLÍNICA

A.- ANAMNESIS

-INFORMACIÓN COMPLETA:

Adolescente: 17 años

Género: Mujer

Estado Civil: Conviviente

Estudios: Primaria

Lugar: El Porvenir.

-ANTECEDENTES PERSONALES:

Vacunas previas: Ninguna (Rubeola, Hepatitis B, Papiloma Virus, Fiebre Amarilla)

Vacuna Antitetánica: 2 dosis previas

Peso Habitual: 45 kilos

Talla: 1.52 cm.

Fuma: No

Drogas: No

Niega: Alergia a medicamentos y a enfermedades

Niega: Cirugías Previas

Número de Atenciones Prenatales: 10 (Controlada en un Centro de Salud)

Violencia/Género: No (Fecha: 02/08/2017).

TABLA N°: 1

CONTROLES PRENATALES DE LA ADOLESCENTE DEL CASO CLINICO

CONTROLES PRENATALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FECHA	2/8/17	31/9/17	7/10/17	7/11/17	21/11/17	5/12/17	20/12/17	27/12/17	3/1/18	10/1/18
EDAD GESTACIONAL (Semanas)	17ss	21ss	26ss	31ss	33ss	35ss	37ss	38ss	39ss	40ss
PESO MADRE (Kg.)	46Kg.	51Kg.	55Kg.	60Kg.	63 ²⁰⁰ Kg.	63 ⁹⁰⁰ Kg.	62 ¹⁰⁰ Kg.	64Kg.	65Kg.	65 ⁵⁰⁰ Kg.
PRESION ARTERIAL (mm.Hg)	90/50	90/50	120/70	100/60	100/70	100/70	90/100	90/60	90/60	140/60
EDEMA	SIN EDEMA	SIN EDEMA	SIN EDEMA	SIN EDEMA	+	++				

FUENTE: Datos obtenidos de la Historia Clínica Perinatal de la adolescente.

-ANTECEDENTES FAMILIARES:

Hipertensión Arterial (Mamá).

Paciente se **Hospitalizó el 19/07/2017 por:** Amenaza de Aborto, ITU.

-DOLENCIA ACTUAL:

La adolescente acude al Hospital Nivel III del Ministerio de Salud por Emergencia al servicio de Obstetricia-Ginecología.

El día 15-01-2018, hora de ingreso: 14:23 p.m

A su ingreso:

● PA	: 120/80
● P	: 87
● FR	: 18
● T	: 36.8
● Peso	: 65.5 Kg.
● Funciones Biológicas	: Normal (Apetito, Sed, Orina,
● Deposiciones, Sueño, Variaciones de Peso).	

Refiere que hace 3 días presentaba contracciones uterinas leves, asociado a dolor en hipogastrio tipo punzada, por lo que acudió a un médico particular quien la realizó una ecografía. Concluyendo: Oligohidramnios (ILA 25mm), por la cual fue referida a Emergencia del Hospital, niega ginecorragia, pérdida de líquido y percibe movimientos fetales.

B.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Su estado general aparentemente es regular, también el nutricional y emocional, hemodinamicamente estable.

Piel y Mucosas: Pálidas, Normotérmica e hidratada.

Al Examen:

-Cabeza: Normal

-Cuello: Normal

-Tórax: Aparato respiratorio, aparato cardiovascular, riñones, todo normal.

-Mamas: No tumoraciones, no dolor, senos tamaño mediano

-Edema: General, miembros inferiores: No presenta

-Genito Urinario: Normal

-Neurológico: Normal.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- Primera Menstruación	: a los 11 años
- Duración de Menstruación	: 4/30
- Gesta Para	: 1(0000)
- Fecha Última Menstruación	: 04/04/2017
- Ecografía I Trimestre	: 10 semanas (fecha: 09-06-2017)
- FPP	: 11-Ene-18
- EG	: 41 ss. x eco i trimestre
- Número de Atenciones Prenatales	: 10
- Inició sus relaciones sexuales	: 16 años
- Tuvo Pareja Sexual	: 1
- Método Anticonceptivo	: No usó
- PAP	: 02/08/2017)

Exámenes de Laboratorio:

-Infección de Transmisión Sexual: Negativo

-Prueba Rápida de Sífilis: Negativo (Fecha: 18/07/2017, 02/08/2017, 20/12/2017)

-Prueba Rápida de VIH: Negativo (Fecha: 20/12/2017)

-Glicemia: Normal (Fecha: 18/07/2017, 22/12/2017)

-Tipo de Sangre: Grupo: O Rh: Positivo

EXÁMENES DE LABORATORIO	
● Hemoglobina: 9.8 g/dl	Fecha: 18/07/2017
● Hemoglobina: 10 g/dl	Fecha: 11/11/2017
● Hemoglobina: 10.3 g/dl	Fecha: 22/12/2017
● Examen Completo de Orina: Positivo	Fecha: 17/07/2017
● Examen Completo de Orina: Negativo	Fecha: 18/07/2017
	Fecha: 22/12/2017

EXAMEN GINECOLÓGICO:

-AU: 32

-Feto: LCI

-Frecuencia Cardíaca Fetal: 138 latidos por minuto, rítmicos regulares

-Contracción Uterina: Esporádicas.

Al Tacto:

● Cuello: Blando, Posterior
● No hubo dilatación
● 70% de borramiento
● AP: -2
● Membrana: Integra
● Tipo de Pelvis: Ginecoide.

C.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1° DÍA: 15-01-2018

Se solicitaron en el servicio de Emergencia Exámenes Auxiliares: Hemograma, Hemoglobina, Hematocrito, EKG, Glicemia, Urea, Creatinina, Examen de Orina Completa-Gram s/c.

Resultados:

● Hemoglobina:	10.2
● Hematocrito:	29.5%
● Plaquetas:	97000
● Hemograma: Leucocitos:	6.82 /mm ³ , Segmentados: 57%, Abastionados: 1%,
● Linfocitos:	36%
● Glucosa:	83 mg/dl
● Urea:	24 mg/dl
● Creatinina:	0.83 mg/dl
● El examen de orina completo fue	Negativo.

D.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO**DE INGRESO:**

-Embarazo Uterino 41 ss. 3 días por ECO del I Trimestre

-Gestación a Término Tardío

-D/Oligohidramnios.

DIAGNÓSTICO FINAL:

-Parto Único Normal

-Atonía Uterina por Hemorragia Post Parto

-Anemia Severa

-Oligohidramnios.

Se hospitaliza en ARO (Alto Riesgo Obstétrico).

● PA:	120/80
● FC:	79
● FR:	18
● Hemograma: Leucocitos:	6.82 /mm ³ , Segmentados: 57%, Abastionados: 1%,
● T:	36.9
● Frecuencia Cardíaca Fetal:	127
● Los movimientos fetales Si se percibe	
● No hay dinámica uterina	

PLAN:

Se indica Test no Estresante (NST), Test Estresante (PTC) y Ecografía Obstétrica.

E.- TRATAMIENTO

15-01-2018 16.43 p.m.

Se inicia con las siguientes recomendaciones:

1. Descanso relativo
2. Alimentación completa + Líquido voluntario
3. Las funciones vitales serán controladas cada 3 horas
4. Dinámica Uterina + Frecuencia Cardíaca Fetal cada 3 horas
5. Cloruro de sodio 9%o como vía
6. Test estresante, recoger análisis pendientes
7. Reevaluar con resultados de laboratorio.

Resultados:

El test estresante no se realiza por presentar dinámica uterina, según Monitoreo Electrónico Fetal, Ecografía Obstétrica. Conclusión: Embarazo Uterino de 38 ss. 3 días, Doppler Adecuado Bienestar Fetal Normal, Oligohidramnios.

EVOLUCIÓN

15-01-2018 20:00 p.m.

(S) Paciente asintomática, no pérdida de líquido.

(O) PA: 120/70, FC: 75 latidos, Frecuencia Respiratoria: 18, Temperatura: 36.5.

Aparentemente el estado general es regular, Aparentemente Estado Nutricional, el estado emocional es regular, Ventilando espontáneamente, Afebril.

Piel: Ligeramente pálidas, normo térmica, llenado capilar < 2”.

Aparato respiratorio normal, No presenta soplos el aparato cardiovascular.

Abdomen: Presenta un útero con una Altura Uterina de 32, FLC izquierdo, FCF: 132 latidos, Se percibe movimientos fetales. Contracciones Uterinas esporádicas.

Genitales: No presenta ginecorragia, No hay presencia de líquido amniótico.

(A) Gestante de 41 ss. por ECO I° Trimestre, Oligohidramnios.

Hemodinámicamente estable.

(P) Seguir indicaciones médicas.

2° DÍA: 16-01-2018

TRATAMIENTO

1. Reposo
2. Alimentación Completa + Líquido a libre demanda
3. Las funciones vitales serán controladas cada 4 horas
4. Control de Dinámica Uterina + Frecuencia Cardíaca Fetal controladas cada 4 horas
5. Colocar como vía Cloruro de sodio al 9 %o
6. Se sugiere Inducción
7. Se Sugiere: Hemograma, Urea, Creatina, Recuento de Plaquetas, Perfil Hepático

Programada para Inducción, **pasa a Monitoreo**, paciente regresa, no es necesaria la Inducción, está en trabajo de parto.

EVOLUCIÓN

16-01-2018 07:40 a.m.

(S) La paciente manifiesta sentir dolor pélvico de intensidad moderada.

(O) Presión Arterial: 130/50 mmHg., FC: 72 por minuto, FR: 17, T: 36.6,

Saturación de oxígeno: 98%.

Aparentemente el estado general y el estado nutricional es regular, Afebril, Ventilando espontáneamente.

Piel: Normocrómica, normotérmica, llenado capilar < 2”.

Abdomen: Útero grávido, AU: 32, FLC izquierdo, Frecuencia cardiaca fetal 140 latidos, Presencia de movimientos fetales. Contracciones uterinas esporádicas.

Genitales: Pérdida de tapón mucoso hace 3 horas, no ginecorragia.

Dilatación: 1, Borramiento: 80%

(A) Gestación de 41 semanas x ECO I° Trimestre, Oligohidramnios.

Hemodinámicamente estable.

(P) Seguir indicaciones médicas.

16-01-2018 16:30 p.m.

El ginecólogo evaluó a la paciente.

Al Examen:

● Encontró al Tacto Vaginal 3 de dilatación
● 80% de borramiento
● AP: -2
● Presentó membranas integra
● La pelvis adecuada
● Contracciones Uterinas: 3/10', Intensidad: Moderada, Duración: 30"
● Frecuencia Cardiaca Fetal: 132 lpm.

DIAGNÓSTICO:

- Embarazo Uterino de 41 semanas 4 días x ECO I° Trimestre
- Oligohidramnios
- Labor de Parto Fase Latente.

PLAN:

Paciente pasa a Sala de Parto.

16-01-2018 16:50 p.m.

1. Reposo de cúbito lateral izquierdo
2. Alimentación Completa + Líquido a libre demanda
3. Las funciones vitales serán controladas cada 2 horas
4. Dinámica Uterina + FCF cada 30 minutos
5. Monitoreo Electrónico Fetal por 20 minutos
6. Reevaluación según evolución.

Se monitoriza a la gestante y se apertura Hoja de Monitoreo.

16-01-2018

-Colocar 10 U.I de oxitocina en Cloruro de sodio al 9%, empezar con 8 gotas e incrementar 4 gotas cada 30 minutos, hasta alcanzar 4/10 minutos, con intensidad moderada, duración 40 segundos. Suspender si presenta taquisistolia y/o DIP II.

16-01-2018 19:25 p.m.

Se estimula con oxitocina hasta 12 gotas x minuto, presentando taquisistolia, se suspende la oxitocina, por presentar Dinámica Uterina: 5/10 minutos, Frecuencia Cardíaca Fetal adecuada: 140 lpm.

16-01-2018

A las **21:48** ocurre el Parto Vaginal, con neonato vivo, femenino, pesando 3762 gramos, APGAR: 8 y 9, Talla: 51 cm. El parto fue atendido por el Residente de turno.

16-01-2018 21:50 p.m.

INDICACIONES POST-PARTO:

1. Reposo
2. Alimentación Completa + Líquido a libre demanda
3. Las funciones vitales + El control de sangrado vaginal serán controladas cada 15 minutos por 2 horas, luego se hará cada 4 horas
4. Cl. Na. al 9% x 1000 cc. + 30 U.I de oxitocina, pasar a 30 gotas pm
5. Paracetamol de 500 mgr. 1 tableta cada 8 horas V.O
6. Sulfato Ferroso de 300 mgr. 1 tableta cada 6 horas V.O
7. Carbonato de Calcio de 500 mgr. 1 tableta cada 12 horas V.O
8. Se sugiere: Hematocrito y RPR
9. Aseo Perineal: Mañana y noche
10. Pasa a Puerperio Normal en 2 horas, si no presenta complicaciones.

EVOLUCIÓN

16-01-2018 23:45 p.m.

(S) Paciente refiere dolor en zona perineal.

(O) Presión Arterial: 100/60, Frecuencia Respiratoria: 18, Pulso: 95,

Temperatura: 37

Piel: Pálidas +/+++ , normotérmica, llenado capilar < 2”.

Abdomen: Útero a la altura de cicatriz umbilical, no dolor a la palpación.

Genitales: Loquios Sanguinolentos.

(A) Puerpera Inmediata de Parto Vaginal, evolución estable.

(P) Pasa a Puerperio Normal.

Presenta sangrado vaginal post parto por Atonía Uterina, realizándose masaje uterino y compresión bimanual externa. Avisando a médico de turno quien cataloga como Shock hemorrágico grado I, empleando las Guías de Práctica Clínica

y Procedimientos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital (2011) y el Protocolo del MINSA.

Signos Vitales: PA: 100/70, P: 101, Respiración: 22, T: 36.5

3° DÍA: 17-01-2018 00:30 a.m.

1. Cloruro de sodio al 9 %o, frasco I pasar a chorro
2. Masaje Uterino constante
3. Las funciones vitales y la diuresis serán monitorizadas permanentemente
4. Pendiente en su evolución.

EVOLUCIÓN

17-01-2018 00.30 p.m.

Se evalúa a paciente puérpera inmediata de parto vaginal, lo cual presentó hemorragia post parto, pérdida sanguínea de 1 litro aproximadamente, puérpera no refiere molestias, alojamiento conjunto, con lactante con buena secreción calostrál.

PA: 100/60, FR: 22, FC: 126, T: 36.5

AL EXAMEN:

Piel: Pálidas ++/+++

Útero: Contraído, cuando se realiza la palpación no presenta dolor.

Genitales: Flujo sanguíneo sin mal olor, expulsión de coágulos; Episiorrafia afrontada, no sangrado activo.

DIAGNÓSTICO:

-Puérpera Inmediata de Parto Vaginal

-Hemorragia Post Parto

-D/Anemia Severa

-Shock hemorrágico I.

TRATAMIENTO

17-01-2018 05:00 a.m.

1. Pasar a chorro el II frasco, luego el III frasco del Cloruro de sodio al 9%o 40 gotas por minuto
2. Sonda Foley + Bolsa Recolectora
3. Se sugiere: Hematocrito.

Análisis de Laboratorio:

Hemoglobina: 6.3 g/dl., Plaquetas: 80 /ul., Leucocitos: 16.97 Ul.

17-01-2018 08:00 a.m.

1. Descanso Relativo
2. Alimentación Completa + Líquido a libre demanda
3. Las funciones vitales serán controladas cada hora, en hoja aparte
4. El control de sangrado vaginal se hará cada hora
5. Cloruro de sodio al 9 %o, 40 gotas pm
6. Paracetamol de 500 mgr. Tomar 2 tabletas condicional al dolor V.O.
7. Carbonato de Calcio de 500 mgr. 1 tableta cada 12 horas V.O
8. Clorfenamina de 10 mgr. Vía Endovenosa, 30 minutos antes de transfusión
9. Transfusión de 1 unidad de paquete globular
10. Balance Hídrico.

EVOLUCIÓN

17-01-2018 08:00 a.m.

(S) Paciente refiere dolor en hipogastrio, con astenia, taquicardia

(O) PA: 130/80, FC: 108 , FR: 16, Saturación: 98%.

Al Examen:

Aparentemente, tanto el estado general, como el nutricional y emocional es regular.

Piel: Pálidas +/-+++, normotérmica.

Abdomen: El Útero se encuentra contraído.

Genitales: Episiorrafia afrontada.

(A) Diagnóstico:

-Puérpera Inmediata

-Hemorragia Post Parto

-Anemia Severa

-D/Pre-eclampsia (Plaquetas: 80,000)

(P) Transfusión de 1 unidad de paquete globular, se sugiere Perfil Hepático.

EVOLUCIÓN

17-01-2018 08:39 a.m.

(S) Paciente refiere presentar dolor en región lumbar bajo y además manifiesta dolor tipo hincada al sentarse a nivel de la pelvis, refiere haber presentado cefalea leve.

(O) PA: 120/80, FC: 91, FR: 20, T: 37.4, Saturación: 98%.

Aparentemente tanto el estado general, como el nutricional y emocional es regular, ventilando espontáneamente, no presenta fiebre.

Piel: Normotérmica, palidez + +/-+++, llenado capilar < 2”.

Aparato Respiratorio normal, Aparato Cardiovascular, no soplos

Abdomen: Ligeramente globuloso, Útero contraído.

Genitales: Ginecorragia escasa.

(A) Puérpera Mediata de Parto Vaginal, hemodinamicante estable, se le realizó Transfusión de paquete globular por resultado de Hematocrito.

(P) Seguir indicaciones médicas.

17-01-2018 12:00 a.m.

Se colocó 1 Unidad de paquete globular, se encuentra hemodinamicamente estable.

17-01.2018 18:00 p.m.

Pasa a Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

4° DÍA: 18-01-2018

1. Reposo
2. Alimentación Completa + Líquido a libre demanda
3. Las funciones vitales serán controladas cada 4 horas
4. Retirar Vía
5. Retirar Sonda Foley
6. Sulfato Ferroso de 300 mgr. 1 tableta V.O 11:00 a.m. y 17:00 p.m.
7. Carbonato de Calcio de 500 mgr. 1 tableta V.O 30 minutos después del desayuno y el almuerzo
8. Paracetamol de 500 mgr. 1 tableta V.O condicional al dolor
9. Pasa a Puerperio Normal.

Análisis de Laboratorio:

Hemoglobina 9 g/dl.

5° DÍA: 19-01-2018

Alta con Indicación Médica, se brindó Consejería y Orientación en Planificación Familiar.

ACTIVIDADES QUE REALIZA LA OBSTETRA:

- Apoyo emocional
- Realiza el Control de Funciones Vitales
- Control de la Frecuencia Cardíaca Fetal
- Realiza monitoreo fetal
- Colocación de vía

- Administración de medicamentos Vía oral, Vía intramuscular y Vía subcutánea.
- Colocación de Transfusión de sangre.

F.- EPICRISIS

Paciente post parto vaginal, puérpera mediata, presentó hemorragia post parto, hemodinámicamente estable, con condiciones de alta. Alojamiento conjunto. Seguir indicaciones médicas.

Diagnósticos de Ingreso:

- Embarazo de 41 semanas 3 días x ECO I
- Oligohidramnios
- Gestante Adolescente.

Diagnóstico Principal:

- Atonía Uterina por Hemorragia Post Parto.

Diagnósticos Secundarios:

- Anemia Severa
- Puérpera por Parto Vaginal.

2.3 DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia tiene más riesgos, cambios y complicaciones.

Es difícil calcular con exactitud la pérdida de sangre en la vida práctica¹³.

En el Puerperio Inmediato se observa que la sangre eliminada, mezclada con el líquido amniótico y la orina se encuentra en gasas, toallas, compresas, baldes y en piso¹.

Cuando la hemorragia post parto no es manejada adecuadamente, corre el riesgo de presentar anemia grave⁸.

Cuando se realizan las transfusiones de sangre a las pacientes, con el fin de salvarlas, se corre el riesgo de sufrir infecciones, complicaciones y reacciones a los medicamentos. En una intervención quirúrgicas (histerectomía), puede presentarse la infertilidad como complicación.

La hemorragia post parto en una adolescente es difícil de identificarse, porque muchas veces la hemorragia puede aumentar como en una Pre eclampsia, gestación múltiple, feto grande y obesidad.

Se puede presentar mayor pérdida de sangre tanto en una episiotomía, como en una cesárea y en un trabajo de parto prolongado. Muchas veces hay un porcentaje de mujeres que no presentan riesgos a identificarse¹⁷.

Hay que tener presente siempre una buena evaluación de las pacientes de Alto Riesgo Obstétrico para ser manejadas adecuadamente.

En la Historia Clínica se obviaron una serie de procedimientos protocolizados en la institución, como es el uso del Misoprostol que si se empleó.

El personal de salud sobre todo los Obstetras deben estar calificados para la detección temprana de signos de alarma, para así poder manejar oportunamente el caso con el especialista.

Todo el personal Obstetra debe estar preparado para atender un parto normal como patológico, mejorando así la supervivencia materno-infantil. Estando obligados a cumplir lo que recomienda la OMS⁵.

Durante el parto se realizan intervenciones efectivas como la ligadura oportuna del cordón umbilical, el manejo activo del tercer período del parto y el uso de agentes uterotónicos²².

En la atención prenatal se observa que la adolescente presenta anemia durante la gestación. Aumentó 19 kilos hasta el final del embarazo, habiendo aumentado 5 kilos en 5 semanas (Entre la semana 26 a 31 semanas).

Se concluye que la atención prenatal oportuna es muy importante.

En mi Caso Clínico la complicación presentada fue la anemia severa.

Todo trabajo en equipo es importante, pero no se evidencia el trabajo de la obstetra por no contar en este hospital ni con hojas de evolución, ni con hojas de ingreso y/o kardex de pacientes manejada por la obstetra.

2.4 CONCLUSIONES

- La edad en etapa adolescente fue el riesgo que llevó a la hemorragia post parto por Atonía Uterina.
- La complicación presentada en la puérpera en el caso clínico fue la anemia severa que pudo modificarse con el manejo oportuno.
- Si se cumplió el Protocolo de atenciones de la hemorragia post parto en forma efectiva, lo único que no figura es en la Historia Clínica el uso del misoprostol que si se empleó.

2.5 RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar a las adolescentes para que tomen una adecuada decisión y así evitar un embarazo precoz, con una buena orientación y consejería.
2. Proponer cursos de capacitación en forma permanente, periódica y obligatoria a los padres de familia e hijos en los centros educativos.
3. Monitorizar el Protocolo de hemorragias post parto por atonía uterina en los establecimientos de salud.
4. Verificar su cumplimiento del llenado de la Historia Clínica en toda su estructura.
5. Proponer que el obstetra tenga un registro de actividades en la Historia Clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz, K. “Incidencia de las Complicaciones Hemorragias Post Parto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de PROCEL desde setiembre 2012 a febrero 2013”. Guayaquil - Ecuador.
Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia
Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1784>
2. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Correo electrónico reproductivehealth@who.int
<http://www.who.int/reproductivehealth>.
3. Comité de Maternidad Segura y Salud del recién nacido. Prevención y Tratamiento de hemorragia post parto en escenarios de bajos recursos.
Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-PERINATAL_2015.10.08_web.pdf-R.pdf
4. Solari, A. “Hemorragia del Post Parto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento” Rev. Medica Clínica Condes 2014, 25(6) 993- 1003.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
5. OMS Recomendaciones para la prevención de la hemorragia post parto.2014
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/141472>
6. Garcia-Lavandeira S. y col “Hemorragia Post Parto secundaria o tardía” Rev. Ginecología y Obstetricia. México 2017. Abril;85(4):254-266.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-0000.pdf>

7. Calle A, Hercberg S, Estévez E, Galán P, Dávila M, Estrella R, Vergara L, Muñoz P, Capelo H, Orbe F, Yépez, R.: Indicadores Bioquímicos y Hematológicos del estado de hierro de la madre y el recién nacido. Revista Facultad de Ciencias Médicas. 1986; 11:69-76. Publicado 16/06/2017
http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/584
8. Vélez AG, Gómez DJ, Zuleta TJ. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia: años 2004 y 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006;57:147-55. Publicado en línea en <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/481/528>
9. Alvarez Tosté M., Salvador Alvares S., Gonzales Rodriguez G., Perez RD Caracterización del proceso hospitalario de atención a la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2):98-106. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2013/cog132e.pdf>
10. Arcia R., Lorie L., Ferrer O., Caracterización de Hemorragia Pos Parto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo Rev Inf Cient. 2017; 96(4):605-614.
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1181/2187>
11. Iglesias J., Urbina D. “Factores de Riesgo asociados a Hemorragia Post Parto, en las mujeres que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, del HECAM, Matagalpa en el período 2010-2013”. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua 2016. Publicado en línea :
<http://repositorio.unan.edu.ni/5192/1/6074.pdf>

12. Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Pos Parto. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, n°4, p. 233-24. Ecuador, 2015.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
13. Hernández, L. “Causas e Incidencia de la Hemorragia Post Parto en el Hospital Mayor de México”. México.2015.
14. Félix E. “Prevalencia de Hemorragia Post Parto, Causas y Factores de Riesgo que inciden en el Hospital Rural IMSS Zacapoaxtla”. México, 2014.
<http://benem-mt.iii.com/iii/cpro/DigitalItemViewPage.external?lang=spi&sp=1002504&sp=T&sp=P33%2Call%2CRu1000001%40%2CQlicenciatura&suite=def>
15. Zamora-Lares, A., Panduro-Barón. Pérez-Molina, J., Quezada-Figueroa, J. González-Moreno J y Fajardo-Dueñas. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. México, 2013 4(4):233-238pp Publicado en línea 01 de agosto, 2013; disponible en:
[https://revistamedicamd.com/aj./webmaster/getfile/3d4aece681f7f01d9c173782bc05e2de/Revista%20Médica%20MD%202013%204\(4\).pdf](https://revistamedicamd.com/aj./webmaster/getfile/3d4aece681f7f01d9c173782bc05e2de/Revista%20Médica%20MD%202013%204(4).pdf)
16. OMS Recomendaciones para la Prevención y Manejo de las Hemorragias Post Parto Ginebra 2012.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120085/WHO_RHR_14.20_spa.pdf?sequence=1
17. Candiotti, E. “Incidencia de la Hemorragia Inmediata Post Parto Vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015”. Lima, 2018.
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3562>

18. Mejía, E. Características del Embarazo, Parto y Recién Nacido de la Gestante Adolescente en la altura Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Volumen 46 N°2, pág. 135-140. Junín, 2015.
- https://www.google.com/search?rlz=1C1GIGM_enPE553&bih=613&ei=zhHvXYa_Fcmx5OUPyK2d-As&q=Características+del+Embarazo%2C+Parto+y+Recién+Nacido+de+la+Gestante+Adolescente+en+la+altura+Revista+Peruana+de+Ginecologia+y+Obstetricia+Volumen+46+N°2%2C+pág.+135-140.+Junín%2C+2015
19. Gil Cusirramos, A. Factores asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato por Atonía Uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2015.
20. Gutarra-Vilchez, R., Campos Solórzano, T., Samalvides Cuba S., en su estudio Alumbramiento Asistido con oxitocina intraumbilical, expectante y rutinarios. Rev Perú ginecol obstet. 58: 285-290. Lima, 2012.
- <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/520>
21. Távara Orozco Luis. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe © Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima 2011
- <https://www.sguruguay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidad-menores-15-años-lac.pdf>
22. Capacitación En Código Rojo Hemorragia Post Parto; disponible en:
- <http://cort.as/-R7yQ>