



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

**ESCUELA DE POS GRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**

TRABAJO ACADÉMICO

**“Hemorragia post parto en Paciente Gran Multípara en
Establecimiento Nivel II-2 Huancavelica 2017”**

Presentado por:

PINEDA ENCISO, CARINA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2017

IV. RESUMEN

En nuestro país la hemorragia post parto es la primera causa de mortalidad materna y más en regiones de extrema pobreza como en Huancavelica, se han realizado estudios con respecto a los factores de riesgo, manejo médico y tratamiento a nivel nacional y mundial. Se presenta el caso de una gestante con factores de riesgo: edad, gran múltipara. En inicio de trabajo de parto, auto referida al Hospital de Huancavelica, culminando su parto en un parto vaginal vertical con producto recién nacido vivo, presentó inmediatamente hemorragia post parto por atonía uterina, complicándose con shock hipovolémico, se realizó tratamiento según guías de atención clínica, culminando en una histerectomía, de alta en los próximos días, estable. El caso amerita ser presentado por que es una muerte materna evitada (auto referida, con factores de riesgo, población rural, parto precipitado, negativa a la histerectomía), que a pesar de estas dificultades el hospital tiene capacidad resolutive para enfrentar casos similares.

OBJETIVO:

Manejo de la hemorragia post parto en Hospital Nivel II_2, según guías de atención.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión de caso, se revisó historia clínica de paciente con hemorragia puerperal inmediata complicándose el cuadro a pesar del manejo, con útero flácido, se culminó en histerectomía en el Hospital de Huancavelica en el periodo enero 2017.

CONCLUSIONES:

A pesar de seguir el protocolo de atención de hemorragia post parto no se logra controlar la patología, culminándose en histerectomía. Se logra evitar una muerte materna.

PALABRAS CLAVE:

Gran múltipara, añosa, parto precipitado, hemorragia posparto, atonía uterina.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Página de jurado.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	1
1.3 MARCO TEÓRICO.....	1

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO.....	14
------------------------------	-----------

CAPÍTULO III

3.1 CONCLUSIONES.....	59
3.2 RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	60
CARTA COMPROMISO ANTIPLAGIO.....	69

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud informa que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles que se relacionan al embarazo y parto, el 99% sucede en países en desarrollo, siendo más en las zonas rurales, la atención especializada puede salvar la vida de las gestantes y de los recién nacidos. La mortalidad materna se ha reducido en 44% entre 1990 y 2015, la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

La revisión de este caso se da debido a que la hemorragia post parto constituye aun la primera causa de mortalidad y morbilidad materna en el país, a pesar que en el transcurso del tiempo ha ido disminuyendo mediante estrategias como aplicación de medicamentos, institucionalización de la atención del parto, el reconocimiento de signos de alarma, la adecuación cultural en la atención del parto, la atención del personal de salud calificado para la atención obstétrica, entre otros. A la fecha aun existen muertes maternas de causa directa y más en el tercer periodo del parto debido a la hemorragia, es compromiso del Ministerio de Salud reducir estas estadísticas que son evaluados como indicador de desarrollo del país. Por lo expuesto es necesario hacer la revisión del caso.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

La hemorragia posparto es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en países en vías de desarrollo. Se han

descrito múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de esta complicación, una de las cuales es la multiparidad.

La mortalidad en el Perú hasta 2016 fue de 326 de causa directa e indirecta (1) siendo la hemorragia la primera causa.

A NIVEL INTERNACIONAL:

- En el estudio sobre “Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012)”, obtuvieron como resultado que el 61 % de las complicaciones ocurrieron en el puerperio con la atonía uterina (64 %) como principal causa de hemorragia. (2)
- En el estudio realizado de “Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara” estudio descriptivo observacional, se tuvo como objetivo mostrar que la hemorragia posparto es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en países en vías de desarrollo. Describiéndose múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de esta complicación, concluyendo que la multiparidad tiene un gran valor en la incidencia de hemorragia posparto. (3)
- En otro estudio de “Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia en los años 2004 y 2005” concluyen que la hemorragia obstétrica es el principal problema en mortalidad materna en el departamento de Antioquia y los aspectos a mejorar tienen que ver con la implementación del manejo activo del alumbramiento, un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo del shock y la reanimación. (4)
- Así mismo en el estudio “Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto” en Ecuador, llegan a la conclusión que ante la presencia de la hemorragia post parto, debe ser de inmediata evaluación las probables causas: 70% es por atonía uterina, 20% por desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales, 10% restos en la cavidad uterina, retención placentaria y menos del 1% de trastornos de la coagulación. La prevención de la hemorragia post parto es la mejor alternativa de manejo, como acciones a desarrollar durante la

hemorragia, se debe tomar en cuenta las atenciones pre natales y datos relacionados a hematología gestacional. (5)

- Otro estudio de cohorte prospectivo “Factores de riesgo de hemorragia post-parto en partos vaginales en una población de América Latina” tuvo como objetivo Identificar los factores de riesgo para la hemorragia post-parto en pacientes con parto vaginal en una población de América Latina que incluyó todos los nacimientos ocurridos por parto vaginal entre octubre y diciembre de 2003 y 2005 ocurridos en 24 maternidades de dos países sudamericanos: Argentina y Uruguay. Utilizaron un recipiente calibrado para medir la perdida sanguínea. Concluyendo que muchos de los factores de riesgo de hemorragia post-parto en esta población latinoamericana se relacionan con complicaciones del parto y el alumbramiento. (6)
- En otro estudio prospectivo, aleatorizado, controlado que tratan sobre la “Carbetocina versus la Oxitocina para la prevención de hemorragia posparto en pacientes grandes multíparas” cuyo objetivo fue comparar la eficacia de ambos uterotónicos, llegan a la conclusión que el uso de una dosis única de carbetocina endovenosa es igual de efectiva que 20 U de oxitocina endovenosa en la prevención de hemorragia posparto en las pacientes grandes multíparas después de un parto vaginal. Así también la incidencia de complicaciones y efectos adversos fue similar en ambos grupos, debiendo considerarse una alternativa útil a los útero tónicos convencionales en la prevención de hemorragia posparto en las pacientes grandes multíparas. (7)
- Se hizo otro estudio de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectivo sobre la “Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol” cuyo objetivo fue caracterizar a las pacientes con hemorragia puerperal inmediata y el uso en ellas de misoprostol. Los resultados arrojaron que, de las 32 mujeres, el 53 % eran multíparas; 30 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata con una edad gestacional entre 37 y 42 sem y en 22 de ellas el parto fue eutócico no siendo significativa la fase latente prolongada. Concluyen el uso del misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su efectividad (8)

2.2.2 A NIVEL NACIONAL:

- En un “Simposio sobre Emergencias y Complicaciones Obstétricas Severas” llegan a la conclusión que la razón de mortalidad materna representa un control de calidad médico y quirúrgico para cada población, donde la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto disminuir la mortalidad materna en el mundo, el acceso al cuidado médico sigue siendo una faceta importante para mejorar la salud poblacional e igualmente es importante el control de la calidad y la excelente comunicación entre los profesionales de la salud, otra conclusión fue que la estandarización de los protocolos de emergencia obstétrica que permitirá una mayor disminución de la mortalidad materna. (9)
- Se realizó un estudio sobre la “Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en un Hospital del Seguro Social del Perú” cuyos resultados arrojaron que las causas principales de Morbilidad Materna Extremadamente Grave fueron las hemorragias en el posparto (35%) y embarazo ectópico complicado (31%). El 31% de las pacientes fueron internadas en UCI para su manejo. La razón de Morbilidad Materna Extremadamente Grave fue de 3,57 por 1 000 nacidos vivos, con un índice de mortalidad de 6,1 y una relación Morbilidad Materna Extremadamente Grave /Mortalidad Materna de 0,1. Concluyendo que las causas más frecuentes de Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el grupo estudiado fueron las hemorragias en el posparto y el embarazo ectópico complicado. Solo un tercio de las pacientes ingresó a UCI. (10)
- En un estudio sobre la “Mortalidad Materna en la Dirección Regional de Salud Ancash”, se analizaron 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, los resultados arrojaron que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. el tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%,

llegan a la conclusión que la razón de mortalidad materna en la Diresa Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales, así también la primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo y la mayoría de gestantes falleció en su domicilio. (11)

- En el estudio sobre “La hemorragia posparto” esta constituye la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por hemorragia posparto es mucho menor en los países ricos que los países pobres. Describen las causas de atonía uterina que es la principal causa de hemorragia posparto y procedimientos clínicos y quirúrgicos para tratar esta temida complicación tales como: la mejor profilaxis es el manejo activo del III tercer periodo del parto, instalación de vía endovenosa, útero tónicos, maniobras de compresión uterina y aorta, hasta procedimientos quirúrgicos como taponamiento uterino, ligadura de arterias uterinas, hipogástricas, suturas compresivas, catéteres hidrostáticos, umbilicación arterial selectiva de la arteria uterina, traje anti shock. (12)
- En un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima, Perú sobre “¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno – perinatales?” cuyo objetivo fue determinar si la edad materna igual o mayor de 35 años es un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales. Concluyen que la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas. El reconocer estos factores es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes. (13)
- En un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal sobre la” Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009” con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extrema en un Hospital Nacional de Lima. Diseño, se concluye que la morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de

casos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación y no la hemorragia post parto. (14)

- Con respecto a la histerectomía en un estudio “Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015” tiene como objetivo determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica llegando a la conclusión que la histerectomía obstétrica, aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal. No hubo casos de muerte materna. (15)

1.2 BASES TEÓRICAS:

1.2.1 HEMORRAGIA POST- PARTO:

Definición:

Hemorragia Post Parto: Pérdida sanguínea mayor de 500cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000cc por cesárea. (16)

También se define por:

- a) Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre
- b) Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso. (16)
- c) Pérdida de sangre > al 1% del Peso Corporal. (17)

Incidencia:

- Explica $\frac{1}{4}$ de las muertes maternas a nivel mundial con más de 125,000 muertes por año. (1)
- Se presenta hasta en el 10% de los partos, es la primera causa de muerte Materna en el Perú. (16)
- La Hemorragia Post parto Primaria o Precoz (HPPP) se presenta en el 4-6% de los partos. La Hemorragia Post parto Secundaria o Tardía (HPPS) se presenta en 1-3% de los partos. (18)

Etiología:

Las causas comunes de HPP incluyen a la falla de contracción adecuada del útero Después del parto (HPP atónica), que explica hasta el 90% de la HPP en la mayoría de países. Trauma al tracto genital (HPP traumática), explica cerca del 7% de la HPP; y el sangrado debido a Retención de tejido placentario y Falla del sistema de coagulación, explica el restante 3%. La HPP Atónica es la más prevalente y principal causa de muerte materna en países de ingresos medios y bajos. (19).

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA POST PARTO SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGIA**Primaria:**

- Atonía Uterina
- Placenta retenida – especialmente Placenta Acreta.

- Defectos en la Coagulación
- Lesión del canal del parto
- Inversión uterina

Secundaria

- Retención de restos placentarios.
- Sub involución del lecho placentario
- Endometritis

Trastornos de coagulación (17)

Diagnóstico Diferencial:

Trastornos de la coagulación. (16)

Factores de riesgo asociados:

FACTORES	ATONIA UTERINA	RETENCIÓN PLACENTARIA	RETENCIÓN RESTOS PLACENTARIOS	LESIÓN CANAL PARTO	INVERSIÓN UTERINA
ANTECEDENTES	Multiparidad	Cicatriz uterina previa	Cicatriz uterina previa	Primigesta	Inversión previa
	Gestante añosa	Legrados uterinos	Antecedente de Legrado	Macrosomia	Multiparidad
CARACTERÍSTICAS	Macrosomia	Miomatosis	Acretismo Placentario	Parto Precipitado	Acretismo Placentario
	Poliamnios	Acretismo Placentario	Lóbulo placentario aberrante	Expulsivo Prolongado	
	Embarazo Múltiple	Anomalías Uterinas	Óbito Fetal	Parto Instrumentado	Cordón umbilical corto
	DPP	Corioamnionitis	Corioamnionitis	Extracción Podálica	
	Parto Prolongado	Prematuridad	Alumbramiento manual incompleto	Periné corto y Fibroso	Placenta fúndica
	Parto	Placenta Previa		Varices	

	precipitado			Vulvoperineales	
	Corioamnionitis	Parto prolongado		Episiotomía	
	Miomatosis			Mala actitud Presentación	
	Maniobra Kristeller			Maniobra Kristeller	
	Obesidad				
INTERVENCIONES	Oxitócicos	Mala Conducción del Parto	Mala conducción del parto	Mala atención del expulsivo	Mal manejo del Alumbramiento
	Anestesia General	Mal manejo del Alumbramiento	Mal manejo del Alumbramiento		Mala técnica Extracción de placenta
	Sulfato de Magnesio				Tocolíticos
	Tocolíticos				

Fuente: Guías de Atención de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas del Hospital Huancavelica

CLASIFICACIÓN:

1. **Hemorragia Obstétrica Masiva o Severa:** Pérdida Sanguínea > 1500 cc luego de parto vaginal. Disminución periparto en la Hb > 4g/dl o Transfusión aguda > 4 unidades de sangre.
2. **Hemorragia Post parto Primaria o Precoz (HPP):** Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del parto.
3. **Hemorragia Post parto secundaria o Tardía (HPPT):** Pérdida sanguínea después de las 24 horas post parto, hasta la culminación del puerperio. (19)

CUADRO CLÍNICO:

Varía según el grado de Hemorragia: palpitations, palidez, vértigo, sudoración disnea y síncope:

GRADO	0 PÉRDIDA NORMAL	I COMPENSADO 10-15%	II LEVE 15-30%	III MODERA DO 30-40%	IV SEVERA > 40%
Pérdida Sanguínea	< 500 ml	500 – 1000 ml	1000– 1500	1500-2000	2000-3000
FC	Normal	< 100	>100	>120	>140
PA	Normal	Normal	Ortostatismo	Disminuido	Sostenido
Llenado capilar	Normal	< 2 seg	Puede ser lento	Lento	Muy lento o ausente
FR	Normal	14 -20	20-30	30-40	> 35
Gasto Urinario	Normal	> 30 ml/h	20-30	< 20-5	Anuria
Estado Mental	Normal	No agitado	Agitado	Confuso	Letárgico o Inconsciente

Fuente: Guías de Atención de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas del Hospital Huancavelica

CUADRO CLÍNICO:

- Sangrado vaginal abundante
- Taquicardia
- Hipotensión arterial
- Taquipnea (16)

DIAGNÓSTICO:

1. Criterios diagnósticos:

- Atonía uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.
- Retención de placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó Alumbramiento dirigido.
- Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).

- Lesión de canal del parto: Sangrado continuo con útero contraído.
- Inversión uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor Hipogástrico agudo.

2. Criterios de Severidad:

En relación al grado de Hemorragia. (19)

3. Complicaciones:

- Choque Hipovolémico
- CID
- Insuficiencia Renal
- Insuficiencia Hepática
- Isquemia de miocardio
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Panhipopituitarismo (Síndrome de Sheehan)
- Muerte (18)

EXAMENES AUXILIARES:

1. De Patología Clínica:

- Hgma, Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, en caso de no contar con laboratorio implementado, realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o Test de Wiener (prueba de retracción del coágulo).
- Pruebas cruzadas.
- RPR o VDRL.
- Test de Elisa VIH o prueba rápida.
- Urea, creatinina, otros marcadores de daño de órganos (18)

2. De imágenes

- Ecografía pélvica o transvaginal (18)

MANEJO:

1. Hemorragia Puerperal Inmediata

- Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Proceder inmediatamente, en forma simultánea:
 - Canalizar otra vía endovenosa con catéter N° 18, con CINA 0.9‰ 1000 cc, considerar uso de oxitocina (debe tener 2 vías seguras).
 - Si la puérpera continúa hemodinámicamente inestable actuar según protocolo de shock hipovolémico.
- Evacuar vejiga espontáneamente, de ser necesario colocar sonda Foley con bolsa colectora.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la Intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas. (17)

Tratamiento según la causa:

a. Atonía uterina

- Masaje uterino externo
- Instalar vía endovenosa segura con CINA 0.9‰ 1000 ml con Oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con CINA 0.9‰ 1000 ml, pasar 500 cc. a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Masaje uterino bimanual.

- Aplicar Ergometrina 0.2 mg intramuscular, que se puede repetir a los 15 minutos.

- Si no cede, pasar a sala de operaciones para:
 - Infiltración de los cuernos uterinos con oxitocina.
 - Puntos de B. Lynch, si la paciente desea conservar la fertilidad, siempre y cuando se consiga cohibir la hemorragia.
 - Histerectomía total.

FLUXOGRAMA MANEJO DE HEMORRAGIA (ANEXO)

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO

2.1.1 Introducción: En nuestro país la mortalidad materna de causa directa es en su mayoría por hemorragia asociados al embarazo, parto y puerperio; el Ministerio de Salud a desarrollado múltiples estrategias para evitar estos casos como la atención del parto por personal calificado, manejo de guías de práctica clínica, capacitación del personal de salud en manejo de emergencias obstétricas, fortalecimiento de las redes de referencia entre otros. Por lo expuesto la revisión de este caso clínico trata de un evento ocurrido en el Hospital de Huancavelica de Nivel II-2 que presento atonía uterina, se hará necesario la evaluación de las condiciones en que llegó la paciente, el manejo y tratamiento intrahospitalario que recibió y se contrasta con las Guías de Práctica Clínica del MINSA según el nivel de atención, en el cual una gestante con factores de riesgo asociados a hemorragia post parto, culmina en histerectomía por shock hipovolémico.

2.1.2 Objetivo: Identificar en un hospital de Nivel II los factores de riesgo, manejo y tratamiento de la hemorragia postparto por atonía uterina acuerdo a guías de práctica clínica. Logrando evitar una muerte materna.

2.1.3 MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico.

Fuente: Historia Clínica de una paciente con diagnóstico de Hemorragia Postparto por Atonía Uterina.

2.1.3 CASO CLÍNICO-DESARROLLO

HEMORRAGIA POST PARTO EN PACIENTE GRAN MULTÍPARA NIVEL II-2 - HUANCVELICA

a) ANAMNESIS:

Datos de la Gestante:

- Estado civil: Casada
- Edad: 43 años
- Ocupación: Ama de casa
- Grado de instrucción: Primaria incompleta
- Domicilio actual: Distrito: Pueblo libre, Provincia: Huancavelica, Departamento: Huancavelica.

Antecedentes Personales:

- Alergias: Niega
- Operaciones Quirúrgicas: Niega
- Otras Enfermedades: Niega

Antecedentes Obstétricos:

- FUR: 04/04/16
- FPP: 11/01/17
- FO: G10 P8017
- EG: 41 5/7ss x FUR / 41ss x ECO
- APN: 12 en PS

Antecedentes familiares:

- Niega

Enfermedad Actual:

24/01/17 19:50 Paciente acude por Emergencia, auto referida acompañada por su hija.

F. Vitales: PA: 110/70 FC: 80x FR: 20x T°:36.5
°C SPO2:90%

Talla: 1.49cm Peso: 65kg.

b) EXPLORACIÓN FÍSICA:

Examen Físico General: LOTEPE, AREG

Examen General, Piel y mucosas: rosadas, húmedas

Examen Neurológico Referencial: sin patología

Aparato cardiovascular: sin patología

Aparato respiratorio: sin patología

Aparato Urinario sin patología

Abdomen: Blando, depresible, globuloso con gestación

Extremidades: Edema (+)

Examen Ginecológico: Se evidencia perdida de líquido amniótico claro en poca cantidad.

Examen Obstétrico:

Abdomen: SPP: LCD AU: 33cm DU: 3/10 20" ++

FCF: 138x

Tacto vaginal: Cérnix centralizándose, dehiscente 1 dedo, perdida de líquido amniótico, claro. Pelvis: ginecoide

c) Exámenes complementarios de Emergencia:

Laboratorio:

- Examen serológico
- Examen Bioquímico
- Hemograma
- Examen de orina

Ecografía: Dx: Gestante 41 semanas por Biometría fetal, Hallazgos: Placenta grado III, sin calcificaciones, liquido amniótico adecuado, Ponderado fetal: 3400 +_ 200 gr.

Diagnóstico: 1.-Gestante de 41ss x FUR/ECO

2.- Pródromos de trabajo de parto

3.-RPM mayor a 4 horas,

4.- Gran multigesta.

Indicaciones médicas:

- 1) DB + LAV
- 2) CINA 0.9%o 1000cc XXXV gts x] I – II
- 3) Exámenes de Laboratorio
- 4) ECO – OBST
- 5) Reposo absoluto
- 6) Paño permanente
- 7) Ceftriaxona 1gr. EV c/12hr.
- 8) MIP
- 9) CFV
- 10)Revaluación con resultados
- 11)Control obstétrico

Notas de Obstetricia:

24/01/2017

19:50 Ingresa paciente al servicio de Emergencias Obstétricas, autorreferida acompañada por su hija, quien refiere tener dolor de parto y pérdida de líquido amniótico hace 4 horas, color claro, niega otras molestias.

CFV: PA: 110/70 FC: 80x FR: 20x T°:36.5 °C

Piel y mucosas: tibia e hidratada

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: Útero grávido AU: 33cm SPP: LCD DU 3/10 20" ++

LCF: 138x

Genitales Externos: se evidencia líquido amniótico claro, TV diferido

Miembros inferiores: sin edemas

19:55 Médico asistente de Guardia evalúa ecográficamente: Gestante 41ss x ECO y

Dx: Gestante 41ss x FUR/ ECO, PTP, Gran multigesta, RPM mayor a 4 horas.

20:05 Personal de laboratorio recolecta muestra de sangre

20:10 Se canaliza vía c/ CIna 0.9‰ con branula N° 18

20:15 Se administra Ceftriaxona 1gr, EV diluido y lento previa prueba de sensibilidad

20:20 Paciente pasa a hospitalización con vía CIna 0.9‰ 1000cc, 900ccpp.

24/01/17

20:30 Ingres a paciente al servicio de Hospitalizaci3n procedente de Emergencias Obst3tricas, en silla de ruedas acompa1ado por personal de salud con Dx: Gestante 41semanas x FUR y ECO, PTP, Gran multigesta, RPM > 4horas, con v3a perif3rica CINA 0.9% 1000

Actualmente paciente refiere presentar ligeras contracciones uterinas y p3rdida de l3quido amni3tico.

Funciones biol3gicas: orina (N), sue1o (N), apetito (N), sed (N), deposiciones (0).

Al examen: AREG, AREN, LOTE P

Piel y mucosas: tibia, el3stica e hidratada.

Mamas: B/D

Abdomen: 3tero gr3vido AU: 33cm SPP: LCD LCF: 150x'

DU: 2/10 30" ++

Genitales externos: SV (-) PLA(+) TV: c3rvix dehiscente 1 dedo

Miembros inferiores: sin edemas.

20:55 Se recoge resultado de laboratorio

Examen	Test R3pido S3filis	Test r3pido HIV I-II	Test r3pido HBsAg
Serol3gico	No reactivo	No reactivo	No reactivo

Examen	Glucosa	Urea	Creatinina
Bioqu3mico	88.53 mg/dL	30.45 mg/dL	0.76 mg/dL

Examen	Hb	Hcto	Leucocitos	Plaquetas	Grupo sangu3neo	Tc/Ts
--------	----	------	------------	-----------	-----------------	-------

					y factor	
Hemograma	16.4 g/dL	48.6%	5.83x10 ³ /uL	166x 10 ³ /uL	"A" Rh (+)	6min/2min

Examen	Leucocitos	Hematíes	Células epiteliales
Orina	0-1xc	0-1xc	1-3xc

21:00 LCF: 144x' DU: 2/10 30"++ SV (-) PLA (+)

22:00 LCF: 136x' DU: 2/10 30"++ SV (-) PLA (+)

MAG, revalúa con resultados.

22:36 Se realiza NST

22:56 Se culmina NST: Reactivo

23:00 LCF: 140x' DU: 2/10 25"++ MF (+) SV (-) PLA (+)

00:00 CFV: PA: 90/60 mmHg FC: 65x' FR: 18x' T°: 36.6 °C

LCF: 138x' DU: 2/10 25"++ MF (++) SV (-) PLA (+)

01:00 LCF: 142x' DU: 2/10 25"++ MF (+) SV (-) PLA (+)

02:00 LCF: 144x' DU: 1/10 20"+ MF (+) SV (-) PLA (+)

Paciente niega molestias.

03:00 LCF: 152x' DU: 1/10 20"+ MF (+) SV (-) PLA (+)

04:00 LCF: 138x' DU: 2/10 20"+ MF (+) SV (-) PLA (+)

05:00 LCF: 141x' DU: 2/10 20"+ MF (+) SV (-) PLA (+)

05:30 Personal técnico realiza higiene vulvoperineal.

06:00 CFV: PA: 110/60 mmHg FC: 60x' FR: 20x' T°: 36.4 °C
LCF: 134x' DU: 2/10 20"+ MF (++) SV (-) PLA (+)

Al TV: cérvix posterior dehiscente 2 dedos.

07:00 Queda paciente en su unidad tranquila con vía periférica CINA 0.9%1000, l fco, niega presentar molestias.

LCF: 144x' DU: 2/10 20"+ MF (++) SV (-) PLA (+)

Funciones Biológicas: deposiciones (0), resto conservado.

(DH)1

EVOLUCIÓN MÉDICA

25/01/17

07:50 Paciente niega molestias, hasta el momento de la evaluación

AREG; AREH, AREN, LOTEPE

Piel: humedecida, tibia

Mamas: blandas, no congestiva

Abdomen: Útero grávido: AU: 33cm LCF: 138x DU: 3/10 20" ++

Genito urinario: PPL (-) PRV (-)

Genitales Externos: Tacto vaginal: Cérvix centralizándose, dehiscente 1 dedo, pérdida de líquido amniótico, claro. Pelvis: ginecoide

Diagnóstico: 1.-Gestante 41ssx FUR

2.- pródromos de trabajo de parto

3.- RPM mayor a 12 horas

08:44 TV: cérvix blando, posterior, cerrado

Indicaciones médicas:

- 1) DB + LAV
- 2) CFV + CO(DU + LCF)
- 3) Ceftriaxona 1gr. EV c/12hr.
- 4) CIna 0.9% 1000CC + oxitocina 10UI a 8gts constante x 12 horas (Bishop inadecuado)
- 5) CFV

NOTAS DE OBSTETRICIA HOSPITALIZACIÓN:

25/01/17

07:00 Se encuentra a paciente en su unidad despierta, con vía CIna 0.9% 1000, paciente refiere leves contracciones uterinas y perdida de liquido amniótico, no síntomas premonitorios de eclampsia.

Dx: Gran multigesta 41ssx UR

RPM mayor a 14 horas

Pródromos de trabajo de parto

CFV: PA: 95/55 mmHg FC: 72x' FR: 20x' T°: 36.5 °C

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: tibias e hidratadas.

Mamas: B/D no secretantes

Abdomen: Útero grávido AU: 33cm SPP: LCD LCF: 132x'

DU: 1/10 15" ++

Genitales externos: SV (-) PLA(+) claro TV: diferido

Miembros inferiores: sin edemas, no varices.

07:10 Recibe dieta indicada y la tolera

08:00 LCF: 136x' DU: 1/10 15"++ SV (-) PLA (+) claro

Se administra Ceftriaxona 1gr EV diluido en volutrol.

08:40 MAG, pasa visita médica, evalúa a paciente y deja indicaciones médicas.

09:00 LCF: 145x' DU: 1/10 15"++ SV (-) PLA (+) claro

Se inicia con maduración cervical con CINA 0.9%1000 + 10 UI Oxitocina a VIII gotas x' constante.

09:30 LCF: 140x' DU: 1-2/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

10:00 LCF: 148x' DU: 1/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

10:30 LCF: 141x' DU: 1/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

11:00 LCF: 137x' DU: 1-2/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

11:30 LCF: 146x' DU: 2/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

12:00 LCF: 139x' DU: 2-3/10 25"+++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

CFV: PA: 110/55 mmHg FC: 63x' FR: 20x' T°: 36.8 °C

12:15 Recibe dieta indicada

12:30 LCF: 135x' DU: 3/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

13:00 LCF: 134x' DU: 3-4/10 20"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

TV: cérvix posterior reblandecido dehiscente 1 dedo, AP: -4

13:30 LCF: 145x' DU: 3/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

14:00 LCF: 141x' DU: 3-4/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

Personal técnico realiza higiene vulvoperineal.

14:30 LCF: 133x' DU: 3/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

15:00 LCF: 137x' DU: 3/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

15:30 LCF: 133x' DU: 3/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

16:00 LCF: 144x' DU: 3/10 25"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'
16:30 LCF: 135x' DU: 3/10 35"++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'
17:00 LCF: 130x' DU: 3/10 35"+++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'
17:30 LCF: 124x' DU: 3/10 35"+++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'
18:00 LCF: 129x' DU: 3/10 35"+++ SV (-) PLA (+) claro VIII gts x'

CFV: PA: 100/60 mmHg FC: 81x' FR: 20x' T°: 36.2 °C

18:30 MAG, acude a reevaluar a paciente:

Al TV: D: 4cm I: 90% AP: -2 M: rotas

Indica pasar a Centro Obstétrico

Paciente pasa a Centro obstétrico en silla de ruedas con vía CINA 0.9% 1000cc.

Funciones biológicas: conservadas

25/01/17

NOTAS DE OBSTETRICIA CENTRO OBSTÉTRICO:

18:45 Paciente gestante de 41ss x UR, acude al servicio, procedente de Hospitalización, con vía permeable CINA 0.9% 1000cc 750 cc por pasar no rotulado y se cambia de frasco a CINA 0.9% 1000 cc por pasar.

Al Examen:

FV: PA: 110/60 mmHg FC: 74x' FR: 20x' T°: 36.5 °C

Conjuntivas ligeramente pálidas

Piel y mucosas: húmedas

Mamas: blandas

Abdomen: aumentado de tamaño AU: 32cm SPP: LCD
MF: ++ LCF: 146x' DU: 3/10 30"++

Genitales externos: Normales TV: D: 4cm, I: 85%, AP: -2 M: rotas

Miembros Inferiores: sin edemas, sin varices

19:00 Queda paciente en ambiente de dilatación con vía permeable

NOTAS DE OBSTETRICIA:

25/01/17

19:00 Se encuentra paciente en Centro Obstétrico, en decúbito dorsal, despierta con Dx: Gran multigesta 41ssx FUR/ECO, TPFA+RPM mayor 12 horas+ ARO: Edad, Paridad, PIG corto, quien al momento de la evaluación refiere presentar contracciones uterinas frecuentes acompañado de pérdida de liquido amniótico mayor de 12 horas, no sangrado vaginal, movimientos fetales presentes, no síntomas premonitorios de eclampsia, con vía periférica permeable NaCl 0.9% 1000 cc por pasar a XX gts x'.

FV: PA: 110/70 mmHg FC: 76x' FR: 21x'

Al examen: AREG, AREN, ABEH, LOTEP

Piel y mucosas: tibia, elástica, hidratada

Mamas: blandas

Abdomen: aumentado de tamaño AU: 33cm SPP: LCD
MF: ++ LCF 130 xmin DU 3/10 35"+++

Genitales externos: PLA (+) SV (-) TV diferido por evaluación reciente

Miembros Inferiores: sin edemas, sin varices

19:30 LCF 128 x' MF + DU 3-4/10 35"+++

GE PLA (no se evidencia) SV (no se evidencia)

- 19:35 Paciente quejumbrosa con sensación de pujo, al examen:
TV: D 10 cm I: 100% AP: 0 M: Rotas, Pasa a sala de partos
- 19:40 LCF 142 x ‘
- 19:46 Se produce parto distócico vaginal (posición vertical) RN vivo único líquido amniótico claro, circular simple al cuello rechazable, APGAR 9 al minuto, se realiza clamlaje y corte tardío del cordón umbilical u contacto precoz.

Se administra oxitocina 10UI IM, para alumbramiento dirigido, previamente se verifica la ausencia de otro producto de la concepción.
- 19:52 Se observa sangrado vaginal activo, rojo rutilante, sin embargo no se evidencia desprendimiento de placenta, resistencia a la tracción.
- 19:56 Se produce alumbramiento con manejo activo de placenta con membranas completas, peso 800 gr., diámetros 24x 24 cm, cordón 60 cm, excéntrico, cotiledones completos, anexos completos; se evidencia sangrado vaginal activo en regular cantidad.

Se realiza masaje uterino bimanual externo constante y a pesar de ello continua sangrado vaginal rojo rutilante.

Se administra CLNa 0.9% 1000CC +30UI de oxitocina a 300 cc chorro, se evalúa periné no desgarros.

Se canaliza segunda vía periférica en antebrazo derecho, CLNa 0.9% 1000cc a chorro.

Se comunica a medico asistente de guardia del estado y evolución del paciente, quien acude para evaluación.

EVOLUCION MÉDICA

25/01/17

20:05 Se acude ha llamado de obstetra por sangrado vaginal post parto, en regular cantidad.

Al examen físico: Se evidencia sangrado vaginal activo

Imp Dx: 1.- Puérpera inmediata de parto vaginal
2.- Hipotonía uterina
3.-D/C Desgarro cervico vaginal

Plan: Revisión de canal vaginal

Imp Dx: confirmado: Hipotonía uterina

Hallazgos: colocación de valvas, pinzamiento de labio anterior, no evidencia de cuello lacerado, sin sangrado activo, sangrado proviene de cavidad uterina

Indicaciones Post parto:

- 1) NPO
- 2) ClNa 0.9% 1000cc XXX gts x I -II
- 3) Ceftriaxona 2 gr EV c/24horas
- 4) Clindamicina 600mg EV c/8horas
- 5) Ergotrate 0,2mg IM stat
- 6) CSV + masaje uterino permanente
- 7) Misoprostol 800ug transrectal stat
- 8) CFV
- 9) Control Hb y Hcto – 3am
- 10) Sonda Foley permanente
- 11) BHE
- 12) Haemacel

NOTAS DE OBSTETRICIA

25/01/17

20:05 Médico asistente de guardia, realiza revisión de canal vaginal y cavidad uterina, no retención de restos placentarios. Continúa sangrado vaginal activo.

Se administra Ergometrina 0.2 mg. IM stat, se administra haemacel 500 cc a chorro, sangrado vaginal 800 cc.

Se continúa con masaje uterino bimanual constante (2da vía), se administra Misoprostol 800 mcg. Vía rectal.

20:10 PA 90/60 mmHg FC 114x' FR 21x' T 36.7 SPO2 88%

Abdomen blando depresible, útero contraído

Médico asistente de guardia deja tapón vaginal.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV LD, se administra Clindamicina 600 mg, EV lento y diluido, se coloca sonda Foley N 14 con bolsa colectora se evidencia orina de características normales.

20:20 PA 100/70 mmHg FC 92x' FR 21x' T 36,8C SPO2> 85%

Abdomen blando depresible, útero contraído, GE no se evidencia SV, con tapón vaginal.

20:25 Paciente despierta, lúcida orientada en tiempo espacio y persona.

20:35 PA 100/70 mmHg FC 94xc" FR 22x' T 37.3C

Abdomen blando depresible, útero contraído, GE no se evidencia SV, con tapón vaginal.

Paciente despierta, lucida orientada en Tiempo espacio y persona.

20:50 PA 100/70 mmHg FC 95xc" FR 22x' T 37.3C SPO2> 85%

Abdomen blando depresible, útero contraído AU 14cm, se continua con masaje uterino intermitente, GE sangrado vaginal 10 cc rojo rutilante.

Paciente despierta, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Continua II frasco de CLNa 0.9% 1000CC +30UI de oxitocina a XXX got x'.

21:00 Se retira tapón vaginal, se evidencia sangrado vaginal de 50 cc, paciente queda para monitoreo puerperal.

21:05 PA100/60 mmHg FC 114xc" FR 22x ' T 37.4C SPO2> 82%

Se administra Oxigeno con cánula binasal a 2 Lt x'

Abdomen blando depresible, útero contraído AU 14cm, se continua con masaje uterino intermitente, GE sangrado vaginal escaso rojo rutilante, diuresis 100cc.

21:20 PA 90/60 mmHg FC 100xc" FR 22x ' T 37.5C SPO2> 88%

Abdomen blando depresible, útero contraído AU 14cm, se continua con masaje uterino continuo, GE sangrado vaginal escaso rojo rutilante.

Se continúa con masaje uterino externo, por momentos se evidencia hipotonía.

Paciente despierta, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

21:35 PA 90/50 mmHg FC 110xc" FR 23x ' T 37.5C SPO2> 90%

Se continúa con masaje uterino.

21:50 PA 90/50 mmHg FC 120xc" FR 22x ' T 37.4C SPO2> 91%

Se le brinda abrigo.

Abdomen blando depresible, útero contraído, por momentos se relaja. GE sangrado vaginal 10 cc rojo rutilante.

PA 80/40 mmHg FC 145xc” FR 23x ‘ T 37.4C SPO2> 88%

22:05 PA 80/40 mmHg FC 145xc” FR 23x ‘ T 37.4C SPO2> 88%

(Oxigeno cánula binasal 3 Lt x ‘)

Abdomen blando depresible, condicional a masaje uterino. , GE sangrado vaginal activo rojo rutilante acompañado de coagulo SV 300 cc (en 1 hora 30min).

22:15 PA 70/40 mmHg FC 140xc” FR 24x ‘ T 37.5C SPO2> 92%.

Llenado capilar lento.

Paciente despierta, lucida orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel y mucosas: tibias, elásticas, hidratadas, palidez moderada.

Médico asistente de guardia evalúa a paciente, se le informa a la paciente la necesidad de realizar procedimiento: histerectomía, paciente se niega.

Brazo derecho CINA 0.9 % 1000 a chorro (II frasco)

Brazo izquierdo CINA 0.9%1000 + 30 UI Oxitocina a chorro.

Sonda vesical permeable.

Paciente y familiares se niegan a firmar consentimiento para procedimiento quirúrgico, (médico de guardia pasa SOP con otra paciente de emergencia obstétrica).

22:25 PA 70/40 mmHg FC 136xc” FR 24x ‘ T 37.5C SPO2> 89%.

Llenado capilar lento.

Paciente despierta, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel y mucosas: tibias, elásticas, poco hidratadas, palidez moderada.

Abdomen blando depresible, útero se contrae condicional a masaje uterino continuo.

GE SV 50 cc rojo rutilante, se llama vía telefónica a médico retén (no contesta llamada, se insiste).

22:35 PA 70/40 mmHg FC 134xc” FR 24x ‘ T 37.5C SPO2> 87%.

Paciente despierta, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel y mucosas: tibias, elásticas, ligeramente seco, palidez moderada. Llenado capilar lento.

Abdomen blando depresible, masaje uterino continuo.

GE: sangrado vaginal 200 cc, paciente es preparada para SOP.

22:40 Paciente firma consentimiento para procedimiento (histerectomía) al igual que su familiar (hijo de 20 años), se comunica a médico asistente de guardia sobre estado y evolución de paciente, quien acude a Centro Obstétrico y programa para SOP.

Personal de laboratorio acude para toma de muestra.

22:43 Se entrega solicitud de SOP a personal de turno.

22:48 Paciente pasa a SOP con Dx: Shock Hipovolémico grado III, hemorragia post parto vaginal: atonía uterina. Con dos vías periféricas permeables, brazo derecho (CINa 0.9%1000 cc 1000 cc por pasar III frasco) brazo izquierdo CINa 0.9 %1000 + 30 UI oxitocina 700 cc por pasar (II frasco), sonda vesical permeable con diuresis en 48 minutos de 20 cc.

PA 70/40 mmHg FC 136xc” FR 23x ‘ T 37.5C SPO2> 89

Piel y mucosas: tibias, elásticas, poco hidratadas, palidez moderada.

Abdomen blando depresible, útero que se contrae solo con masaje uterino manual externo.

GE: sangrado vaginal: 1400 cc en 3 horas.

Pendiente resultado de Hb, Htto, se envía orden de pruebas cruzadas y orden de solicitud de transfusión a banco de sangre.

Diuresis en 3 horas 120cc.

25/01/17

23:30

Hemoglobina	10.2 g/dL
Hematocrito	30.0%

EVOLUCION MÉDICA

26/01/17

01:10

Post histerectomía subtotal

- 1) NPO
- 2) Dextrosa 5% 1000cc + CLNa 20% (1 amp) + CLK 20% (1 amp)} XLV gts x I – II- III
- 3) Metamizol 2gr EV c/ 8 horas
- 4) Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- 5) Clindamicina 600mg EV, c/8 horas
- 6) Transfundir 2 unidades de sangre compatible
- 7) Clorfenamina 10 mg, EV pre y post transfusion
- 8) Dexametazona 4 mg, EV pre y post transfusion
- 9) Sonda Foley Permanente
- 10) BHE– control de diuresis horaria
- 11) Control sangrado vaginal
- 12) CFV
- 13) Hb control 6:00am

NOTAS DE OBSTETRICIA

26/01/17

04:00 Se recoge paciente de URPA paciente el LOTEPE, que al momento refiere ligero dolor a nivel de herida operatoria, con dos vías periféricas miembro superior izquierdo infundiendo Dextrosa al 5% 1000cc + 1 CLNa 20%+Clk 20% por pasar 700 cc. Miembro superior derecho con extensión dis, con sonda foley permeable. Con Diagnóstico: post histerectomía abdominal sub total mas salpingo oforectomia izquierda por hemorragia post parto vaginal mas atonía uterina mas shock hipovolémico grado III. Puérpera de parto vaginal de 11 horas.

PA 119/57 mmHg PAM (81) FC 83x” FR 19x ‘ T 36.8C SPO2> 93 FIO2 21%.

FB: Orina (N), sed (aumentado), sueño (N),Deposición (0) apetito (N)

Al examen: AREG, AREN, LOTEPE

Piel y faneras: hidratadas, pálidas, conjuntivas palidez.

Mamas: blandas poco secretantes

Abdomen blando depresible doloroso a la palpación, herida operatoria cubierta con apósito limpio y seco.

GE: sangrado vaginal escaso 3cc, sonda Foley permeable con contenido orina turbia.

MI: sin alteraciones

04:15 PA 109/68 mmHg PAM (85) FC 92xc” FR 18x ‘ SPO2> 92%
FIO2 21%.

04:30 PA 112/54 mmHg PAM (70) FC 84xc” FR 18x ‘ SPO2> 93%
FIO2 21%.

04:45 PA 104/67 mmHg PAM (91) FC 92xc" FR 17x ' SPO2> 93%
FIO2 21%.

05:00 PA 107/66 mmHg PAM (88) FC 89xc" FR 18x ' SPO2> 93%
FIO2 21%. Dieresis 300cc, SV (-)

05:30 PA 120/60 mmHg PAM (80) FC 84xc" FR 17x ' SPO2> 93%
FIO2 21%.

06:00 PA 118/51 mmHg PAM (83) FC 84xc" FR 18x ' SPO2> 96%
FIO2 21%.

Paciente refiere dolor de herida operatoria al toser, se observa tos,
Diuresis 100 cc/hr. SV 6cc, T 38C, se realiza medios físicos.

07:00 PA 95/60 mmHg FC 83xc" FR 17x ' SPO2> 96% FIO2 21%.

Queda paciente en unidad tranquila con vía permeable, balance
hídrico electrolítico de 3 hr. (Negativo) 108.44 y diuresis en 3 hr 420
cc.

Hemoglobina	10.2 g/dL
Hematocrito	29.8%

NOTAS DE OBSTETRICIA

26/01/17

07:00 Se encuentra a paciente en unidad con Dx: Post histerectomía
abdominal sub total mas salpingo oforectomia izquierda por
hemorragia post parto vaginal, mas atonía uterina mas shock
hipovolémico grado III. Puérpera inmediata de 12 horas de parto
vaginal. Actualmente paciente con monitor multiparametro, ventilando
espontáneamente a medio ambiente, con doble vía periférica

Miembro superior izquierdo: Dextrosa 5%1000cc +Clk 20%+ CINA 20% (I frasco) 300cc por pasar. Miembro superior derecho: extensión dis, con sonda vesical.

Al interrogatorio paciente refiere presentar dolor a nivel de herida operatoria y tos con flema, niega otras molestias,

FB: Orina(N), sed(N), sueño (aumentado), Deposición (0) apetito (aumentado)

PA 95/60 mmHg PAM (74) FC 83xc" FR 18x 'SPO2 > 96% FIO2 21%.

Al examen: AREG, AREN, LOTEPE

Piel y mucosas: hidratadas, palidez ligera.

Mamas: blandas poco secretantes

Abdomen blando depresible doloroso a la palpación, RHA (+), herida operatoria cubierta con apósito húmedo con secreción serohemática.

GE: sangrado vaginal escaso, sonda Foley permeable con contenido orina con características normales.

MI: sin edemas, no varices.

07:20 Interno de medicina cambia apósito, donde se observa dren laminar al lado izquierdo.

07:30 PA 86/51 mmHg PAM (67) FC 78xc" FR 18x' SPO2>9% FIO2 21%.

EVOLUCION MÉDICA

26/01/17

08:00 Paciente refiere dolor moderado en herida operatoria

FC: 72x Paciente LOTEPE, REG, BEH, pálida

FR: 18x Piel tibia, elástica, pálida, llenado capilar 2", palidez marcada

PA: 80/60mmHg Mamas: blandas, depresibles, no congestivas

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación

Genitales externos: No sangrado

SNC: Despierta con tendencia al sueño

Diagnóstico: Histerectomía Abdominal subtotal + salpingo oforectomia izquierda x Hemorragia post parto + Atonía uterina + Shock hipovolémico grado III

09:00

Indicaciones médicas:

- 1) DLA + DB x tarde
- 2) ClNa 9%o 1000cc XXXV gts x' I
- 3) Dextrosa 5% 1000cc + CLNa 20% (1 amp) + CLK 20%(1 amp), XXX gts x II
- 4) Metamizol 2gr EV c/ 8 horas
- 5) Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- 6) Clindamicina 600mg EV, c/8 hora
- 7) Dexametasona 10mg EV, c/12 horas
- 8) Sonda Foley Permanente
- 9) BHE– control de diuresis horaria
- 10)Control sangrado vaginal
- 11)CFV
- 12)Plaquetas control 20:00pm

NOTAS DE OBSTETRICIA

26/01/17

08:00 PA 96/52 mmHg PAM (68) FC 80xc” FR 20x’ SPO2 > 96% FIO2 21%. Diuresis 320 cc.

08:30 PA 105/49 mmHg PAM (68) FC 82xc" FR 18x' SPO2 > 97% FIO2 21%.

09:00 PA 101/46 mmHg PAM (68) FC 88xc" FR 18x' SPO2 > 97% FIO2 21%. Diuresis 200 cc.

Se administra Metamizol 2gr. EV LD.

09:20 M.A.G. pasa visita médica y deja indicaciones, coloca bolsa colostomica a dren.

09:30 PA 101/46 mmHg PAM (68) FC 87xc" FR 17x' SPO2 > 96% FIO2 21%. Se entrega una bolsa de ACD a banco de sangre.

10:00 PA 90/68 mmHg PAM (62) FC 84xc" FR 20x' SPO2 > 97% FIO2 21%. Diuresis 50 cc.

11:00 PA 94/63 mmHg PAM (71) FC 90xc" FR 18x' SPO2> 96% FIO2 21%. Diuresis 250 cc. Se realice nebulización con salbutamol 5cc +10 cc CIna 0.9% 1000.

12:00 PA 91/57 mmHg PAM (69) FC 85xc" FR 20x' SPO2> 96% FIO2 21%. Se administra Clindamicina 600mr EV LD, se administra dexametasona 10 mg EV LD.

13:00 PA 94/48 mmHg PAM (65) FC 87xc" FR 18x' SPO2> 96% FIO2 21%. Diuresis 250 cc.BHE (Negativo) 44.88

13:30 Personal técnico realice higiene vulvo perineal

14:00 PA 94/53 mmHg PAM (71) FC 82xc" FR 18x' SPO2> 97% FIO2 21%. Diuresis 400 cc

15:00 PA 105/41 mmHg PAM (60) FC 81xc" FR 20x' SPO2> 97% FIO2 21%. Diuresis 350 cc

16:00 PA 101/40 mmHg FC 87xc" FR 18x' SPO2> 96% FIO2 21%. Diuresis 500 cc

17:00 PA 92/50 mmHg FC 73xc" FR 20x' SPO2> 96% FIO2 21%.
Diuresis 200 cc. Se administra Metamizol 2gr EV LD.

17:30 Paciente tolera dieta indicada.

18:00 PA 86/51 mmHg PAM (67) FC 80xc" FR 18x 'T 36.8 Diuresis 200 cc

19:00 PA 90/50mmHg PAM (86) FC 78xc" FR 18x'SPO2 > 96% FIO2
21%. cc. Queda paciente en su unidad tranquila con vía periférica
CINa 0.9% 1000cc (1 frasco) 300 cc por pasar a XXXV gta. x'.

Pendiente Hemograma, recuento de plaquetas TGO, TGP, DHL para
las 20:00hr.

Diuresis en 12 horas 2920 cc, BHE (Negativo) 789.76.

26/01/17

19:00 Se encuentra a paciente en su unidad con Dx: Post Histerectomía
abdominal subtotal + Salpingo Oforectomia Izquierda x Shok
Hipovolémico Grado III (Atonía uterina) de 20 horas / Puérpera
mediata 1 día de parto vaginal/ Rn vivo, Anemia compensada; con 2
vías periféricas: MSD: CINa 9%o 300ccpp, MSI: Extensión Diss.
Paciente tranquila refiere leve dolor en herida operatoria, niega otras
molestias.

CFV: PA 90/50 mmHg FC 85x" FR 18x' T° 37 °C

Al examen: AREG, REN, LOTEP

Facies: Hidratadas

Mamas: Blandas, depresibles, con secreción calostro

Abdomen: blando, depresible, ligero dolor a la palpación, HO cubierto
con apósito limpio y seco, bolsa de colostomía con secreción
serohemática.

Genitales Externos: sv+- 10cc, con sonda Foley permeable

M. Inf: sin patología

20:00 Se administra clindamicina 600mg, EV, lento y diluido en volutrol

Personal técnico realiza higiene vulvo perineal sv+-5cc.

PA 89/40 mmHg FC 78x" FR 18x' SPO2 98% FIO2: 21%

Diuresis: 200cc, orina clara.

20:30 Se llama a laboratorio para que tomen muestra de sangre indicada por médico, refieren que ya se apersonaran que están ocupados.

21:00 PA 92/50 mmHg FC 78x" FR 18x' SPO2 97% FIO2: 21%

Diuresis: 200cc.

22:00 PA 86/40 mmHg FC 79x" FR 20x' SPO2 97% FIO2: 21%

Se nebuliza a pcte con salbutamol 5 gotas con 10cc CINA 9‰, diuresis: 100cc, paciente tranquila, niega molestias.

22:30 Personal de laboratorio toma muestra de sangre.

23:00 PA 86/42 mmHg FC 86x" FR 18x' SPO2 96% FIO2: 21%

Diuresis: 100cc

23:30 Se recepciona resultado de laboratorio, se comunica a MAG

Examen	Plaquetas	TGO	TGP	LDH	Hgb	Proteinuria cualitativa
Laboratorio	160.000mm ³	23.07 U/L	13.98 U/L	399.42 U/L	7.4 g/dL	negativo

00:00 PA 86/43 mmHg FC 84x" FR 17x' SPO2 93% FIO2: 21%

T°: 37.2 °C Diuresis: 100cc

Se administra dexametazona 10mg, EV, lento y diluido.

01:00 PA 85/48 mmHg FC 77x" FR 18x' SPO2 95% FIO2: 21%

Diuresis: 200cc

Se administra metamizol 2gr. EV, lento y diluido en volutrol

02:00 PA 85/42 mmHg FC 78x" FR 18x' SPO2 95% FIO2: 21%

Diuresis: 500cc, Se administra ceftriaxona 2gr. EV, lento y diluido en volutrol.

03:00 PA 89/42 mmHg FC 79x" FR 18x' SPO2 95% FIO2: 21%

Diuresis: 300cc

04:00 PA 93/42 mmHg FC 74x" FR 18x' SPO2 97% FIO2: 21%

Diuresis: 500cc

Se administra clindamicina 600mg EV lento y diluido en volutrol.

05:00 PA 86/43 mmHg FC 72x" FR 18x' SPO2 97% FIO2: 21%

Diuresis: 100cc

06:00 PA 85/48 mmHg FC 75x" FR 18x' T°: 37.3 °C SPO2 97%
FIO2: 21% Diuresis: 500cc

06:30 Médico asistente de guardia evalúa con resultados de laboratorio y solicita Hb-Hto control.

06:40 Personal de laboratorio toma muestra de sangre

07:00 Queda paciente en unidad tranquila, refiere leve dolor de herida operatoria con vía permeable Dx 5% + Hipersodio (1 amp) +Kalium (1 amp) +- 100ccpp, SV+-15cc, con sonda Foley permeable Diuresis: 300cc.

Pendiente resultados de laboratorio Hb – Hto control.

Diuresis: 2800cc

BHE: (-) 2604.76

EVOLUCIÓN MÉDICA

27/01/17

FC: 70x Paciente refiere a ver dormido bien sin ninguna molestia

FR: 18x BEG, BEN; BEH, LOTEP

PA: 80/60mmHg Piel: tibia, llenado capilar menor de 3"

T°: 37.2 °C Mamas: blandas, depresibles, no congestivas.

Abdomen: blando, no doloroso a la palpación

Genito urinario: Punto renoureterales (-) puño percusión lumbar (-)

Genitales externos: loquios escasos

SNC: despierta, activa

Diagnóstico: Post histerectomía Abdominal subtotal x Hemorragia post parto + Atonía uterina

Indicaciones médicas:

- 1) DB + LAV
- 2) ClNa 9‰ 1000cc, XXV gts x´
- 3) Metamizol 2gr EV c/ 8 horas
- 4) Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- 5) Clindamicina 600mg EV, c/8 hora
- 6) Pasar 1 paquete globular + tamizaje, compatible
- 7) Clorfenamina 10 mg, EV pre y post transfusion
- 8) Dexametazona 4 mg, EV pre y post transfusion

- 9) Retiro de Sonda Foley
- 10) Control de diuresis x turno
- 11) Control sangrado vaginal
- 12) CFV

NOTAS DE OBSTETRICIA

27/01/2017

07:00 Se encuentra a paciente con Dx: Post Histerectomía abdominal subtotal + Salpingo Oforectomia Izquierda x Shok Hipovolémico Grado III (Atonía uterina)/ 1 día 8 horas Puérpera mediata +-1 día de parto vaginal/ Rn vivo, Anemia compensada; refiere leve dolor en herida operatoria, con vía permeable de Dx 5% + Hipersodio (1 amp) +Kalium (1 amp) +- 100ccpp, SV+-4cc, con sonda Foley permeable Diuresis: 300cc, orina con características normales.

CFV: PA 90/50 mmHg FC 83x" FR 18x' T° 36.5 °C SpO2: 90%

Al examen: LOTEPE, AREG, AREN

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratadas

Mamas: Blandas, con secreción calostro

Abdomen: blando, depresible, ligero dolor a la palpación, HO cubierto con apósito limpio y seco, bolsa de colostomía con secreción serohemática.

Genitales Externos: sv+- 5cc, con sonda Foley permeable

M. Inf: sin alteraciones

07:30 Paciente recibe dieta indicada

08:00 PA 90/32 mmHg PAM (54) FC 70x" FR 18x' T° 37.2 °C

SpO2: 90% FiO2: 21%

08:20 Se recepciona resultado de laboratorio:

Examen	Hb	Hto	Plaquetas	recuento manual plaquetas
Laboratorio	7.4 g/dL	21.1 %	109 x 10 ⁰⁰⁰ /uL	165 000 mm ³

09:00 Se administra Metamizol 2gr, endovenoso en volutrol

PA 90/39 mmHg PAM (53) FC 83x” FR 18x’ T°: 37 °C
SPO2 95% FIO2: 21%

10:00 PA 90/40 mmHg PAM (49) FC 78x” FR 20x’ T°: 37 °C
SPO2 95% FIO2: 21%

11:00 PA 86/35 mmHg PAM (49) FC 76x” FR 20x’ T°: 37 °C
SPO2 95% FIO2: 21%

12:00 PA 100/68 mmHg PAM (53) FC 72x” FR 18x’ T°: 37 °C

Se administra Clindamicina 600mg, EV en volutrol

13:00 PA 90/47 mmHg PAM (75) FC 82x” FR 20x’ T°: 36.8°C
SPO2 94% FIO2: 21%

14:00 Personal técnico realiza higiene vulvo perineal, se retira sonda foley

PA 99/44 mmHg PAM (54) FC 84x” FR 20x’ T°: 36.8°C
SPO2 92% FIO2: 21%

14:00 Se comunica a MAG que Laboratorio no entregara la unidad de paquete globular porque familiar no acude a donar y debe 2 unidades.

15:00 PA 90/76 mmHg PAM (82) FC 87x" FR 20x' T°: 37°C
SPO2 87% FIO2: 21%

17:00 Se canaliza vía infiltrada y se administra Metamizol 2gr EV, lento y diluido.

17:00 PA 103/46 mmHg PAM (58) FC 85x" FR 20x' T°: 37°C
SPO2 85% FIO2: 21%

18:00 PA 95/44 mmHg PAM (86) FC 74x" FR 20x' T°: 37.1°C
SPO2 90% FIO2: 21%

19:00 PA 95/44 mmHg PAM (86) FC 74x" FR 20x' T°: 37.1°C
SPO2 91% FIO2: 21%

Queda paciente en su unidad tranquila, con via CIna 9‰o I fco, XXV gotas x´

Pendiente transfusión de paquete globular.

Diuresis (12 horas): 1500cc BHE (+) 26.2

27/01/2017

19:00 Se encuentra a paciente en su unidad con Dx: Post histerectomía abdominal sub total + Salpingo oforectomia izquierda x Shock Hipovolémico grado III (atonía uterina) 1dia 20 horas/ Puérpera mediata de 2 día de parto vaginal, anemia compensada, con vía periférica CIna 9‰o 200ccpp XXV gotas x´, I fco.

Actualmente paciente refiere presentar ligero dolor en herida operatoria así también tos productiva, niega otras molestias

Funciones biológicas: sueño (N), sed(N), orina(N), apetito(N)

CFV: PA 94/44 mmHg PAM (56) FC 76x" FR 20x'

Al examen: LOTEPE, AREG, AREN

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratadas

Mamas: Blandas, secretantes

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación, HO cubierto con apósito seco, bolsa de colostomía con secreción serohemática.

Genitales Externos: sv+- 1cc

M. Inf: sin alteraciones

20:00 Personal técnico realiza higiene vulvo perineal

Se administra Clindamicina 600mg EV, lento y diluido

21:00 Paciente niega molestias

21:00 PA 86/42 mmHg PAM (51) FC 86x" FR 18x'
SPO2 96% FIO2: 21%

22:00 PA 90/50 mmHg PAM (63) FC 86x" FR 20x'
SPO2 94% FIO2: 21%

23:00 PA 90/47 mmHg PAM (75) FC 78x" FR 18x'
SPO2 95% FIO2: 21%

Diuresis: 600cc

28/01/17

00:00 PA 80/52 mmHg PAM (65) FC 80x" FR 18x' T°: 36.7°C
SPO2 95% FIO2: 21%

01:00 Se administra Metamizol 2gr EV, lento y diluido

PA 96/56 mmHg PAM (69) FC 76x" FR 20x'
SPO2 96% FIO2: 21%

02:00 Se administra Ceftriaxona 2gr. EV, lento y diluido
 PA 92/40 mmHg PAM (60) FC 82x” FR 18x’
 SPO2 96% FIO2: 21%

03:00 PA 98/46 mmHg PAM (64) FC 75x” FR 18x’ SPO2 96%
 FIO2: 21%

04:00 PA 80/52 mmHg PAM (61) FC 82x” FR 18x’
 SPO2 96% FIO2: 21%

Se administra Clindamicina 600mg EV, lento y diluido

05:00 PA 85/48 mmHg PAM (54) FC 78x” FR 18x’
 SPO2 95% FIO2: 21%

Diuresis: 300cc

05:30 Personal técnico realiza higiene vulvo perineal

06:00 PA 88/45 mmHg PAM (59) FC 73x” FR 20x’ T°: 36.4 °C
 SPO2 96% FIO2: 21%

Diuresis: 300cc

07:00 PA 89/50 mmHg PAM (63) FC 76x” FR 18x’
 SPO2 96% FIO2: 21%

Queda paciente en su unidad tranquila, con via CIna 9‰ II fco,
 700ccpp, XXV gotas x’

Dren: 60cc Diuresis (12 horas): 1200cc BHE (-) 220.76

Pendiente transfusión de paquete globular, debe 1 unidad de sangre

EVOLUCIÓN MÉDICA

28/01/17

07:50 Paciente refiere a ver dormido bien sin ninguna molestia

FR: 20x ABEG, ABEN; ABEH, LOTEP

PA: 90/50mmHg Piel: tibia, llenado capilar menor de 3"
T°: 36.8 °C Mamas: blandas, depresibles, no congestivas.
FC: 70x Abdomen: blando, no doloroso a la palpación

Genito urinario: Punto renoureterales (-) puño percusión lumbar (-)

Genitales externos: loquios escasos

SNC: activa, lucida, alerta

Diagnóstico: 1.-Post histerectomía Abdominal subtotal x Hemorragia post parto + Atonía uterina.

2.- Anemia leve

3.- RN vivo

Indicaciones médicas:

- 1) DC + LAV
- 2) Extensión DISS
- 3) Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- 4) Clindamicina 600mg EV, c/8 hora
- 5) Diclofenaco 75mg, IM
- 6) Ambulación asistida
- 7) CFV
- 8) Pasa a Hospitalización

NOTAS DE OBSTETRICIA

28/01/17

07:00 Se encuentra a paciente en su unidad con Dx: post histerectomía abdominal subtotal + Salpingo oforectomia izquierda x Shock Hipovolémico grado III (atonía uterina) 2dia 8 horas/ Puérpera

mediata de parto vaginal + RN vivo, anemia severa, con vía periférica ClNa 9‰ 700ccpp, paciente niega molestias.

CFV: PA 90/50 mmHg FC 80x" FR 20x' T°: 36.8 °C

Al examen: Paciente en AREG, LOTE P

Piel y mucosas: Tibia, pálida e hidratadas

Mamas: Blandas, secretantes

Abdomen: blando, depresible, HO cubierto con apósito seco, dren con bolsa colectora con secreción serosanguinolenta.

Genitales Externos: sv+- 10cc

M. Inf: sin alteraciones

- 07:00 Paciente ingiere dieta indicada en el desayuno
- 09:00 Se administra Metamizol 2gr EV, lento y diluido
- 09:10 MAG, realiza visita médica, evalúa a paciente, retira dren con 17cc de secreción serohemática, retira apósito de herida operatoria, queda puerto de dren con apósito.
- 12:00 Se administra Clindamicina 600mg EV; lento y diluido.
- Se administra Diclofenaco 75 mg, IM, se deja a paciente en extensión Diss.
- CFV: PA 100/60 mmHg FC 78x" FR 20x' T°: 37 °C
- 12:30 Paciente recibe dieta indicada
- 13:00 Paciente pasa a hospitalización con funciones vitales estables, extensión Diss permeable, se cumple tratamiento indicado.
- 13:10 Se recepciona paciente procedente de UCEO con Dx: Puérpera mediata +- 2 dia 18 horas de parto vaginal + Rn vivo + Post Histerectomía abdominal subtotal + Salpingo oforectomia Izquierda

+/- 1 día 14 horas x Shok Hipovolémico Grado III (Atonía Uterina) remitido, con extensión Diss permeable, al momento paciente niega molestias.

Al examen: AREG, LOTEP, AREN

CFV: PA 100/60 mmHg FC 76x" FR 19x' T°: 37 °C

Piel y mucosas: Tibia, hidratadas, ligera palidez

Mamas: Blandas, secretantes

Abdomen: blando, depresible, se evidencia apósito limpio y seco cubriendo puerto de dren laminar, herida operatoria sin signos de flogosis.

Genitales Externos: sangrado vaginal escaso, sin mal olor.

M. Inf: sin alteraciones

14:00 Personal técnico realiza higiene vulvoperineal

16:00 paciente descansa en su unidad sin molestias

18:00 CFV: PA 90/50 mmHg FC 80x" FR 20x' T°: 37.1°C

19:00 Queda paciente en su unidad estable, con extensión Diss permeable, recibe tratamiento indicado, con Funciones Biológicas conservadas.

28/01/17

19:00 Se encuentra a paciente en unidad de puerperio con Dx: Puerpera mediata de 3 día, + Post Histerectomía abdominal subtotal + Salpingo oforectomia Izquierda +/- 1 día 14 horas x Shok Hipovolémico Grado III (Atonía Uterina), con extensión Diss permeable.

Funciones Biológicas: conservadas

CFV: PA 100/60 mmHg FC 96x" FR 22x' T°: 36.5°C

Piel y mucosas: Tibia, hidratadas, ligera palidez

Mamas: Blandas, secretantes

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación se evidencia herida operatoria sin signos de flogosis.

Genitales Externos: sangrado vaginal +- 3cc

M. Inf: sin alteraciones

20:00 Se administra clindamicina 600mg EV, lento y diluido.

22:00 Paciente decansa tranquila en su unidad

00:00 CFV: PA 100/60 mmHg FC 90x" FR 20x' T°: 36.9°C

02:00 Se administra ceftriaxona 2gr, EV, lento y diluido

04:00 Se administra clindamicina 600mg EV, lento y diluido.

06:00 CFV: PA 90/40 mmHg FC 70x" FR 20x' T°: 36.7°C

Queda paciente en su unidad con extensión Diss

Funciones biológicas: conservadas

EVOLUCIÓN MÉDICA

29/01/17

7:20 am Paciente niega molestias hasta el momento de la evolución

AREG, AREH, AREN, LOTEPE

PA: 90/40mmHg Piel: tibia, húmeda, elástica

T°: 36.4 °C Mamas: blandas, no congestivas.

FC: 70x Abdomen: herida operatoria sin flogosis, apósito seco

FR: 20x Genito urinario: Punto renoureterales (-) puño percusión lumbar (-)

Genitales externos: loquios escasos

SNC: activa, lucida, alerta

Diagnóstico: 1.-Puerpera mediata 3día.

2.- Parto vaginal

3.- Post histerectomía abdominal subtotal 3 día

4.- Anemia severa

5.- Rn vivo

Indicaciones médicas:

- 1) DC + LAV
- 2) Extensión DISS
- 3) Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- 4) Clindamicina 600mg EV, c/8 hora
- 5) Hierro Sacarato 100gr, EV en 100cc ClNa9‰
- 6) Ibuprofeno 400mg, VO c/8horas
- 7) Diclofenaco 75mg, IM condicional a dolor intenso
- 8) Deambulaci3n asistida
- 9) CFV

NOTAS DE OBSTETRICIA

29/01/17

07:00 Se encuentra paciente en su unidad aparentemente estable con Dx: Puerpera mediata de 3 día 12 horas de parto vaginal + Rn vivo + Post Histerectomía abdominal subtotal + Salpingo oforectomia Izquierda x Shok Hipovolémico Grado III (Atonía Uterina), con extensión Diss permeable, al momento de la evaluaci3n paciente niega molestias y/o signos de alarma

CFV: PA 100/70 mmHg FC 80x" FR 20x' T°: 37.3°C

Al exámen: AREG, LOPEP

Piel y mucosas: Tibia, húmedas, elásticas

Mamas: Blandas, depresibles no dolorosas

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación se evidencia herida operatoria sin signos de flogosis.

Genitales Externos: sangrado vaginal escaso, sin mal olor

M. Inf: sin edemas

- 07:30 Paciente recibe dieta indicada
- 09:00 MAG evalúa a paciente y deja indicaciones médicas
- 10:00 paciente niega molestias y/o signos de peligro
- 12:00 Se administra clindamicina 600mg, EV lento y diluido
- Se administra Hierro Sacarato 100 mg, EV diluido en 100cc CINA9‰ en 30 min.
- Se administra Ibuprofeno 400mg VO
- CFV: PA 100/70 mmHg FC 80x” FR 20x’ T°: 37.3°C
- 12:30 Paciente recibe dieta indicada
- 14:00 Paciente niega molestias y/o signos de peligro
- 17:30 Paciente recibe dieta indicada
- 18:00 CFV: PA 90/50 mmHg FC 80x” FR 20x’ T°: 37.6°C
- 19:00 Paciente queda en unidad aparentemente estable, niega molestias y/o signos de peligro, con extensión Diss permeable
- Funciones biológicas: conservadas

29/01/17

19:00 Se encuentra paciente en su unidad con Dx: Puérpera mediante de 4 día de parto vaginal + Rn vivo + Post Histerectomía abdominal subtotal + Salpingo oforectomia Izquierda x Shok Hipovolémico Grado III (Atonía Uterina), con extensión Diss permeable, al momento de la evaluación paciente niega molestias

CFV: PA 100/50 mmHg FC 98x" FR 19x'

Al exámen: AREG, LOTEP, AREN

Piel y mucosas: Tibia, húmedas

Mamas: Blandas con secreción láctea

Abdomen: blando, no doloroso a la palpación se evidencia herida operatoria sin signos de flogosis.

Genitales Externos: sangrado vaginal escaso

M. Inf: sin edemas

19:15 Personal técnico realiza higiene vulvoperineal

20:00 Se administra clindamicina 600mg, EV, lento y diluido x volutrol

20:10 Se administra ibuprofeno 400mg, VO.

00:00 CFV: PA: 90/50mmHg FC: 90x' FR: 20x' T°: 37.2 °C

02:00 Se administra ceftriaxona 2gr, EVF, lento y diluido.

04:00 Se administra clindamicina 600mg, EV, lento y diluido x volutrol

04:05 Se administra ibuprofeno 400mg, VO.

06:00 CFV: PA: 110/50mmHg FC: 80x' FR: 20x' T°: 36.9 °C

07:00 Queda paciente en su unidad lúcida y estable con Extensión DISS permeable, recibe tratamiento indicado con Funciones biológicas conservadas.

30/01/17 (DH)5

EVOLUCIÓN MÉDICA

7:02 am Paciente niega molestias hasta el momento de la evolución

REG, REH, REN, LOTEP

PA: 100/50mmHg Piel: tibia, húmeda, elástica

T°: 36.9 °C Mamas: blandas, no congestivas.

FC: 80x Abdomen: herida operatoria sin flogosis, apósito seco

FR: 20x Genito urinario: Punto renoureterales (-) puño percusión lumbar (-)

Genitales externos: loquios escasos

SNC: activa, lucida, alerta

Diagnóstico: 1.-Puérpera mediata 4día.

2.- Parto vaginal distócico

3.- Post histerectomía abdominal subtotal
4 día por Atonía uterina

4.- Anemia severa

5.- Rn vivo

Indicaciones médicas:

1) Alta

2) Sulfato ferroso 300mg, VO c/12 horas x 30días

NOTAS DE OBSTETRICIA

30/01/17

07:00 Se encuentra paciente con Dx: Puérpera 4 días 12horas, Hemorragia post parto x Atonía uterina, Shok Hipovolémico grado III, Histerectomía subtotal, con extensión DISS, niega signos de alarma

CFV: PA: 100/60mmHg FC: 89x' FR: 19x' T°: 36.7 °C

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Tibia, hidratadas, elásticas

Mamas: Blandas, secretantes

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación se evidencia herida operatoria sin signos de flogosis.

Genitales Externos: sangrado vaginal escaso

M. Inf: sin alteraciones

07:30 Paciente ingiere dieta

08:20 MAG, pasa visita médica y deja indicaciones de alta

10:00 Se retira vía endovenosa

11:00 Se tramita alta médica.

CAPÍTULO III

3.1 DISCUSIÓN:

En este caso clínico la paciente llegó al hospital por sus propios medios, con diagnóstico de ingreso de Gestante de 41ss x fecha última de menstruación y ecografía, en pródromos de trabajo de parto, con ruptura prematura de membranas mayor a 4 horas, gran multigesta. La atención del parto fue vertical, con manejo activo del tercer periodo del parto, desarrollando atonía uterina, manejada según guías de práctica clínica de la institución y del MINSA.

La Pobreza es un factor de riesgo para las complicaciones post parto, la paciente en estudio procede de zona rural (Pueblo Libre es una comunidad rural de Huancavelica catalogada como zona de pobreza extrema) el hallazgo en el caso clínico concuerda con el estudio sobre “La hemorragia posparto “estudio realizado en el Perú, el riesgo absoluto de muerte por hemorragia posparto es mucho menor en los países ricos que los países pobres (19).

La hemorragia post parto se debió a factores de riesgo maternos como la edad materna, concordando con el estudio realizado sobre “la edad materna como factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas realizado en el Hospital Arzobispo Loayza”. El reconocer este factor de riesgo es importante para la reducción de la morbilidad materno-perinatal en este grupo de pacientes. (13)

Otro factor de riesgo presentado por la paciente es la gran multiparidad (gestación número 10) la que tuvo hemorragia post parto, coincidiendo con el estudio realizado de “Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran

multípara” que concluyen que la multiparidad tiene un gran valor en la incidencia de hemorragia posparto. (3)

A pesar del manejo activo del tercer periodo del parto la paciente desarrolla hemorragia post parto por atonía uterina debido al agotamiento de la fibra

muscular uterina. En el estudio sobre “La hemorragia posparto”. Describen las causas de atonía uterina como principal causa de hemorragia posparto y procedimientos clínicos y quirúrgicos para tratar esta complicación uno de ellos es el manejo activo del III tercer periodo del parto, la instalación de vía endovenosa, uso de útero tónicos, las maniobras de compresión uterina y aorta, hasta procedimientos quirúrgicos como taponamiento uterino, ligadura de arterias uterinas, hipogástricas, suturas compresivas, catéteres hidrostáticos, umbilicación arterial selectiva de la arteria uterina, traje anti shock. (12)

Así mismo la prevención de la hemorragia post parto es la mejor alternativa de manejo, como acciones a desarrollar durante la hemorragia, coincidiendo con el estudio “Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto” en Ecuador, donde llegan a la conclusión que ante la presencia de la hemorragia post parto, debe ser de inmediata evaluación las probables causas: la mayoría de casos por atonía uterina, por desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales, por restos en la cavidad uterina, retención placentaria y muy pocos por trastornos de la coagulación (5)

Con respecto al uso de misoprostol como parte del manejo de hemorragia post parto, éste fue utilizado en la puérpera, la que no respondió a este tratamiento, no concordando con el estudio “Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol” donde concluyen el uso del

misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su efectividad (8)

Al no lograr detener la hemorragia post parto se opta por la histerectomía, en este caso clínico no concuerda con el estudio realizado de “Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015”, donde la cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (18).

Si bien es cierto hubo demora (33 minutos) en la decisión de la puérpera y familiares para decidirse por la histerectomía como último recurso para detener la hemorragia post parto, debido a que no se encontraba pareja (aún en esta zona y más si es rural la pareja es quien decide sobre la salud de la madre, esta decisión recae sobre el hijo mayor varón), aún falta fortalecer a la mujer sobre sus derechos reproductivos.

El manejo de la paciente (atención del parto vertical con adecuación cultural, manejo del III periodo del parto, manejo de emergencias obstétricas clave roja) se realizó de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica del MINSA, y del Hospital de Huancavelica. (2), (3), (5), (18)

Debe reconocerse la actividad realizada por las obstetras en este caso como personal con competencias para el manejo de este tipo de emergencias.

3.2 CONCLUSIONES:

- Como principales factores de riesgo potenciales para la complicación obstétrica de hemorragia post parto fue la gran multiparidad y la edad de la paciente.
- El manejo obstétrico y médico de la compliación fue adecuada, según norma técnica y según el nivel de atención, realizando procedimientos y cumpliendo el tratamiento y monitoreo continuo de la paciente.
- Atención obstétrica con adecuación cultural
- Muerte materna evitada de causa directa.

3.2 RECOMENDACIONES:

- Identificar los factores de riesgo de las pacientes mediante una adecuada atención pre natal.
- Fortalecer el manejo de Norma Técnica del MINSA en adecuación cultural de la atención del parto, manejo de emergencias obstétricas: Clave Roja, clave azul, clave amarilla.
- Fortalecer las capacitaciones y pasantías periódicas al personal de salud en emergencias obstétricas. Realizar simulacros de la atención obstétrica aplicando la Clave Roja.
- Reconocer y fortalecer (equipamiento y personal capacitado) la unidad de Cuidados Especiales Obstétricos- UCEO, para la atención de pacientes Obstétricas complicadas.
- Mejorar las atenciones en la prevención de embarazos no deseados.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades 2017, MINSA.
2. Fescina R. De Mucio B., Ortiz El., Jarquin D. Capitulo: Hemorragia Post Parto. Guía Técnica Guías para la Atención de las Principales Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad, CLAP/SMR; 2012. 49-58.
3. Hospital de Huancavelica. Guía Clínica de Procedimientos, Emergencias Obstétricas 2014
4. Lugo A. Caracterización de las Pacientes con Hemorragia Uterina Puerperal en las que se utilizó Misoprostol” Rev. Cubana Obste. Ginecol. 2014; 40 (2)
5. MINSA/CLAP. Capitulo: Hemorragia Ante parto y Post Parto, Shock Hipovolémico Obstétrico. Guía para la Atención de las Principales Emergencias Obstétricas, 2012. 37-47.
6. Pacheco J. Capitulo El Parto. Ginecología Obstetricia y Reproducción. 2007.1347-1349.
7. Quispe G. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en un Hospital del Seguro Social del Perú, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Artículo Original 2014; 291-297.
8. Reyes O. A. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multípara: estudio retrospectivo observacional. Clin Invest Gin Obst. 2011; 38 (5):169--172
9. Reyes O. A. Carbetocina vs. Oxitocina para la prevención de hemorragia posparto en pacientes grandes multíparas; Revista: Clín e Invest Gin Obst 2011: 38(1):2-7
10. Reyes-Armas I., Villar A. Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2012; 58: 273-284.

11. Sosa C. G; Althabe F.; Balizan. Factores de riesgo de hemorragia postparto en partos vaginales en una población de América Latina. *Rev. Obstetrics & Gynecology*: 113: 1313-9.
12. Tipiani O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno – perinatales?” *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*: 2006; 52(3): 179-85.
13. Vélez G., Gómez J., Zuleta J. Análisis de las Muertes Maternas por Hemorragia en el Departamento de Antioquia, Colombia en los años 2004 y 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 57 No. 3 • 2006 • (147-155).
14. Wineland R., Simposio sobre Emergencias y Complicaciones Obstétricas Severas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2016 pág. 405, 409.
15. Wong L., Wong E., Usares J. Mortalidad Materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2011; 57: 237-241
16. Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2008;54:233-243.
17. Muñiz M., Toledo D, Rafael O., Asunción V. Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Gineco Obstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012) *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016;42(3).
18. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. *Rev. Perú Ginecol Obstet*. 2017;63(1):27-33.
19. Cabrera S. Hemorragia Post Parto, *Revista Peruana de Ginecología Obstetricia*. 2010; 56:23-31.