



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“COMPLICACIÓN DE PARTO GEMELAR EN DOMICILIO
NIVEL I -4 DE PROVINCIA DE OYON– LIMA - 2017”**

PRESENTADO POR

MORALES ASTETE DORIS

ASESOR

Mgr.PIERINA CACERES CAVALLO

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

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

Objetivo: Analizar las complicaciones del parto gemelar en domicilio en nivel I-4 de la provincia de Oyón y el manejo oportuno para salvar la vida de la gestante.

Metodología: El tipo y el diseño de investigación empleado es el descriptivo narrativo, datos de la historia clínica con diagnóstico inicial multigesta de 37 semanas con Embarazo Gemelar, después con diagnóstico puerpéral inmediato de parto domiciliario, reanimación cardiopulmonar, shock hipovolémico, transfusión sanguínea y anemia severa con un hematocrito de 15% y con resto placentarios

Resultados: Puerpéral inmediata, compensada con cristaloides y coloides, con reanimación cardiopulmonar tres veces, con transfusión sanguínea directa con donante voluntario, post legrado uterino y estabilizada.

Conclusión: Las complicaciones severas de hemorragias durante el parto gemelar en domicilio: shock hipovolémico, anemia severa y muerte del recién nacido

Palabras Claves: Complicaciones severas, parto gemelar en domicilio, puerpéral inmediata.

INDICE

CARATULA

PÁGINA DEL JURADO	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.3 MARCOTEÓRICO.....	11
1.3.1. ANTECEDENTES: INTERNACIONALES Y NACIONALES	
1.3.2. BASES TEÓRICAS	
A).- EMBARAZO GEMELAR.....	21
B).- HEMORRAGIA POST PARTO.....	29
C).- SHOCKHIPOVOLÉMICO.....	39
D).- ANEMIA POS PARTO.....	51
E).- PARTO DOMICILIARIO.....	61

CAPITULO II

2.1.- CASO CLÍNICO: COMPLICACIÓN DE PARTOGEMELAR EN DOMICILIO EN NIVEL I-4 DE LA PROVINCIA DE OYON.....	71
--	----

2.2.- OBJETIVO

2.3.- HISTORIA CLÍNICA

2.4.- DISCUSIÓN

2.5.- EPICRISIS

CAPITULO III

3.1.- CONCLUSIONES..... 106

3.2.-PROPUESTA DE MEJORA..... 107

BIBLIOGRAFÍAS..... 110

CAPITULO I

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Gracias a este trabajo de investigación hemos podido realizar un análisis de las complicaciones embarazo múltiple a razón de la idiosincrasia de la gestante y su familia hechos que generaron una hemorragia masiva por no convocar al equipo de salud y realizando un parto en casa, culminando en la muerte de unos de los recién nacidos y poniendo en riesgo de muerte también a la madre y del segundo gemelar, Observaremos que el machismo del conviviente de la gestante, obstaculizo el buen control prenatal y la atención del parto institucional, aunque la gestante estuvo concientizada con la atención integral que le brindamos, la pareja se mostró como un obstáculo para poder brindar la mejor atención en este caso y evitar el riesgo de muerte perinatal y muerte materna. Particularmente para mi es importante la presentación de este trabajo pues fui una de las protagonista en resolver, como muchas veces, la hemorragia masiva sin contar con los recursos indispensables como un banco de sangre. Además deseo resaltar en estas líneas

que gracias a la intuición, perseverancia y mística del profesional de obstetricia y el equipo multidisciplinario se salvan vidas en forma silenciosa. Para mí como especialista y por testigo de esta historia clínica, presento una evidencia más de la importante labor que realizamos, especialmente en la periferie, como es la provincia de Oyon, que a pesar de su cercanía a Lima, aún está en proceso de mejoramiento de los recursos necesarios para brindar una buena atención del caso. En el presente trabajo se describen las complicaciones de la hemorragia puerperal, es causada principalmente por la retención de restos placentarios o membranas, atonía uterina, con menor frecuencia tenemos los desgarros del canal del parto y hematomas de la episiorrafía; siendo todas ellas, causas de morbimortalidad materna. (1) La hemorragia post parto y shock hipovolémico representa un gran problema de salud, que se extiende a nivel de un país y otros, y es una de las causas más frecuentes de muerte materna; la cual forma parte de uno de los indicadores más importantes en el aspecto de desarrollo y crecimiento poblacional de un país. Se está trabajando mediante los planes estratégicos nacionales sanitarias para reducir la muerte materna, y también se sigue trabajando para el cambio de actitud de las pacientes y personal de salud. La evidencia ocurrida en este caso, se sugiere que cuando vemos pérdida sanguínea mayor cantidad fuera de lo normal y con inestabilidad hemodinámica, entonces estamos frente a una hemorragia post parto; así reconocemos oportunamente la complicación y así evitamos una de las causas más frecuente de mortalidad materna. (2)

1.2.- JUSTIFICACIÓN

El trabajo académico investigado es importante porque enseñamos y sensibilizamos al personal de salud para accionar oportunamente con todas sus competencias y actitudes para salvar la vida del binomio madre y niño, con las fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas del caso y aun con todo el esfuerzo realizado por parte de todo el equipo médico para propiciar mejora de la salud perinatal se presentan y persisten diversas limitaciones de las cuales son las características demográficas y clínicas respecto al embarazo y sus complicaciones, pero no obstante con un mejor y adecuado manejo de la patología que este padeciendo la paciente, además de un adecuado manejo de la misma se podría reducir notablemente, inclusive se podría evitar los elevados índices de morbimortalidad que existen en la actualidad. Se ha encontrado pocas tesis realizadas referente a esta investigación, espero que este trabajo prosiga a la investigación para que haya evidencias y así identificar los factores que realmente determinen pronosticar el shock hipovolémico y así implementen en todos los centros de nivel 1-4 con recursos humanos y logísticos.

1.3.- MARCO TEÓRICO

I.3.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Becerra – Mujica y otros (2015) en la Conclusión de su tesis Materno-Fetales de los Embarazos Gemelares atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2007-2011. Es un estudio de cohorte donde refiere que las gestaciones gemelares involucran o significan un mayor riesgo de manifestarse dificultades materno-fetales a comparación de los embarazos únicos, especialmente en los monocoriales. Donde explica la situación clínica y el desenlace materno-fetale de cada caso, también se considera el tipo de placenta de la paciente (monocorial o bicorial). El estudio es una investigación descriptiva de cohorte en el cual se incluyó a todas las pacientes que terminaron su embarazo gemelar entre el 2007 y 2011 en el HUS. Se hizo un muestreo consecutivo, donde se procedió a estimar la edad gestacional en la primera consulta médica solicitada por la paciente, recolección de datos relevantes de la situación clínica en su evaluación inicial, la forma en que se culminó el parto y por último su respectivo resultado perinatal. También realizó análisis descrito según el tipo de corionicidad de la placenta de la paciente. La población de estudio contó con un total de 248 pacientes con un embarazo gemelar, la mediana de la edad gestacional en la primera atención resultó ser 34 semanas. El diagnóstico inmediato que se dio en el 51,2 % (127 pacientes) fue embarazo monocorial, pero solo en 2/3 de ese porcentaje de pacientes se acertó con el diagnóstico de corionicidad, tanto en etapa prenatal como el posparto. RCIU fue el diagnóstico más frecuente en embarazos monocoriales que en bicoriales (22,3

vs. 7,5 %), y en el doppler se halló alteración en fetos de embarazo monocorial (7,8 vs. 1,1 %). El peso de los neonatos > 24 semanas de edad gestacional de embarazo monocorial tuvo un valor promedio de 109 g (IC 95 %: 34-184) menos que los bicoriales. Lo común en este grupo de pacientes de fueron los desenlaces tornándose un problema de salud pública; a causa de un tardío inicio del respectivo control prenatal, por no referir a la paciente a centros especializados en la brevedad requerida, además de deficiencia e insuficiente capacidad para dar un diagnóstico seguro de corionicidad. El planteamiento y la implementación de estrategias de atención en los cuales se considere e incluya a los casos de embarazos gemelares dentro de los de carácter de alto riesgo, para así tener garantías de una adecuada atención, oportuna además de tener orientación a través de una guía de cuidado diferencial. (3).

Calle y Espinoza (2015) en su tesis investigado sobre “La Prevalencia, las Causas y Factores de Riesgo Asociados a la Hemorragia Postparto (HPP) en las Pacientes del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador, de Enero – Diciembre 2014”. Según su investigación a la hemorragia postparto se le considera como una de las principales complicaciones obstétricas a nivel nacional y en otros países, además de ser la causante de mayor incidencia para mortalidad materna. Cuyo objetivo es definir la prevalencia, causas y principales factores de riesgo asociados a hemorragia postparto. En este trabajo investigado es descriptivo retrospectivo de prevalencia que se llevó a cabo en el Hospital ya mencionado, con una muestra poblacional formada por los registros clínicos de pacientes puérperas ingresadas al área de

Gineco-Obstetricia durante el año 2014 entre Enero y Diciembre. Donde se presentaron casos de hemorragia postparto. Según el trabajo investigado se encontró que 104 gestantes de 5,020 presentaron hemorragia postparto cuya prevalencia fue del 2,07% la atonía uterina fue la causa de mayor incidencia con el 70,2%. conducción con oxitocina un 54,8%, multiparidad 52,9% y fase activa prolongada de trabajo de parto con el 50%, estos tres últimos conforman los factores de riesgo de mayor incidencia.. Concluyeron que la hemorragia postparto es una complicación importante cuya prevalencia está asociado a factores de riesgo que aumentan su prevalencia como conducción, multiparidad y fase activa prolongada de trabajo.. (4)

Gómez D., Leal J., Muhlenbrok P. y Goity F, (2015). En su tesis sobre “Tipo de parto tiene mejor resultado neonatal en embarazos gemelares dobles monocoriales, cesárea o parto vaginal”. Refiere que en la actualidad ha aumentado la frecuencia de las gestaciones múltiples, especialmente por las técnicas de reproducción asistida. Los embarazos gemelares monocoriales como dicoriales poseen un mayor riesgo de padecer alguna patología obstétrica; los monocoriales además presentan riesgo de signos y síntomas de transfusión feto-fetal. Sin embargo, la contribución de la vía de parto sobre el resultado neonatal en embarazos gemelares dobles monocoriales no complicados, no está del todo clara, sin existir consenso sobre ésta. La finalidad de esta investigación era determinar qué vía de parto ha demostrado tener mejor resultado neonatal en este tipo de embarazos gemelares. Se buscó en Pubmed, Tripdatabase, Cochrane Library, Scielo, LILACS, Latindex y Google Scholar utilizando los términos

“twins”, “delivery, obstetrics” y “monochorionic” y los criterios de inclusión: embarazos múltiples dobles monocoriales y su vía de parto; exclusión: con morbilidad y/o malformación u óbito de algún feto, patología materna y/o condición obstétrica que contraindique parto vaginal. Selecciono cuatro artículos. Un artículo mostró que habría mayor riesgo de ingreso a UCI, ventilación mecánica, distrés respiratorio y mortalidad en los gemelos dobles monocoriales nacidos por cesárea en comparación al parto vaginal. Otro artículo, no observó diferencias significativas en morbilidad neonatal entre las distintas vías de parto. En esta revisión mostró que no hay evidencia de mayor morbimortalidad neonatal al ofrecer parto vaginal en embarazos gemelares dobles monocoriales no complicados. Sin embargo, faltan mayores estudios sobre el tema para realizar una recomendación consistente a favor del parto vaginal sobre la cesárea. Palabras clave: gemelos, obstétrico, parto. (5)

Vargas y Rivas (2014), en su tesis “La acción de Cristaloides y/o Coloides para el manejo adecuado del Shock Hipovolémico”. En su investigación se pretende sistematizar, conceptos médicos mediante una revisión que permita sintetizar los datos informativos con los que se cuenta actualmente acerca del uso de coloides y/o cristaloides para un adecuado manejo de casos de shock hipovolémico. Y así uniformizar criterios, para ello se realizó una investigación bibliográfica teórica de diferentes estudios previos, bases datos, revistas científicas y libros, partiendo de los antecedentes históricos en el manejo del diagnóstico, la evolución, las soluciones para el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico que se utilizan mas en casos de shock hipovolémico tanto en el

ámbito pre hospitalario y hospitalario. Existen un gran número de estudios y artículos de la investigación y que se encuentra inmerso en un debate constante, por lo que difícilmente se puede llegar a una concertación universal para establecer y fijar el protocolo a seguir para todos (o la gran mayoría) de pacientes con shock hipovolémico. (6).

Díaz y Salas (2012), en su tesis “Factores Pronósticos del Shock Hipovolémico Secundario a Hemorragia Periparto en pacientes admitidas en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital regional docente Ambato, en el tiempo Enero 2009 – Diciembre 2010”. En su tesis el objetivo se centraba en fijar o establecer los indicadores clínicos para casos de shock hipovolémico en pacientes con hemorragia obstétrica. A través del estudio descriptivo retrospectivo transversal, que se realizó en el área de Terapia Intensiva dentro del Hospital Regional Docente Ambato, a 30 pacientes en total las cuales fueron diagnosticadas con hemorragia obstétrica, la media X de la edad de las pacientes fue de 29 años con una desviación estándar (DS) de 8 años, las variables se sometieron a un análisis con Índice de Confianza del 95%. Los factores determinantes de shock hipovolémico secundario se relacionaron a hemorragia obstétrica y a las complicaciones con pacientes mayores, multíparas y gran multíparas, procedentes del área rural, sin haberse realizado los adecuados controles pre natales, o al menos mínimamente 5 controles prenatales. (7)

I.3.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

Parodi (2016), en su tesis investigo “Las Dificultades Maternas durante el trabajo de Parto y Puerperio en Gestantes con Anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015”. El logro era determinar las dificultades maternas mientras ocurre la labor de parto en las gestantes que padecían de anemia ingresadas en el INMP. Donde se empleó un método observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra a 259 casos de embarazadas con anemia a las cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión durante el parto. Para lo cual se ha realizado el respectivo análisis univariado, además de calcular la frecuencia absoluta (números) y frecuencia relativa (porcentajes). Se encontró que el 80.7% de las embarazadas tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Las embarazadas con anemia tuvieron complicaciones como por ejemplo la: ruptura prematura de membranas (20.5%), trastorno hipertensivo (10%) y fase latente prolongada (2.3%).

Durante el periodo expulsivo: presentaron desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (1.2%); y durante el periodo de alumbramiento, presentaron atonía uterina (1.2%) y hemorragia durante el alumbramiento (0.4%), infección del tracto urinario (3.9%). Resumiendo las complicaciones de mayor incidencia son las descritas previamente. (8)

Paz (2016), en su tesis “Índice de Shock como predictor de Requerimiento Transfusional en gestantes con Hemorragia Postparto atendidas en el Hospital Belén de la Provincia de Trujillo”. En esta tesis muestra que el Índice de shock adquiere un valor significativo para predecir el requerimiento de transfusiones sanguíneas en pacientes con casos de hemorragia postparto las cuales fueron ingresadas y tratadas en el Hospital Belén. El método aplicado es analítico, de observación, retrospectivo y de pruebas diagnosticadas. La muestra de la investigación se constituyó con 108 pacientes con hemorragia postparto; a las cuales se les dividió en 2 grupos, las que requieran transfusión y las que no la requieran. En ello se demostró los valores del índice de shock como predictor de requerimiento de transfusión fueron los siguientes: la sensibilidad con 84%, la especificidad con 90%, el valor predictivo positivo con 67% y negativo con 96%. Se resalta que la exactitud pronóstico o especificidad del índice de shock como predictor de requerimiento transfusional en hemorragia postparto fue de 90%. Se concluye que mediante el índice de shock existe mayor relevancia en sus pronósticos para casos que requieren transfusión. (9)

Angulo (2015), en su tesis de “Gestación Gemelar como factor asociado a Dificultades Obstétricas Maternas en el Hospital Belén de la provincia de Trujillo en el año 2012 – 2014”. Con el objetivo de definir si la gestación gemelar se asociaba a las complicaciones obstétricas maternas como factor para su incidencia, se aplicó un método, analítico, de observación, retrospectivo, de cohortes. La muestra de la investigación estuvo formada por 180 embarazadas con criterios de inclusión y exclusión que se establecieron además de ser divididos en

dos grupos: con y sin embarazo gemelar. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados fue: 1) anemia gestacional (RR: 1.92; $p < 0.05$) 2) preeclampsia (RR: 2.7; $p < 0.05$). 3) hemorragia puerperal (RR: 3.6; $p < 0.05$), 4) parto pretermino (RR: 2.72; $p < 0.01$). Donde concluye que el embarazo gemelar es factor asociado a anemia gestacional, preeclampsia, hemorragia puerperal, parto pretermino. Palabras Clave: Factor asociado, embarazo gemelar, complicaciones obstétricas maternas. (10)

Torres y García (2014), en su tesis “Relación entre características Sociodemográficas y Complicaciones Maternas y Recién Nacidos de Parto Domiciliario en gestantes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yuri maguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013”. En su investigación relacional las características sociodemográficas y complicaciones maternas y recién nacidos de parto domiciliario en gestantes atendidas en el Hospital mencionado. Y en su investigación utiliza la metodología cuantitativa, descriptiva correlacional y transversal, con recolección retrospectiva de datos y diseño correlacional. Su muestra estuvo representada por 33 púerperas que se hospitalizaron en el área de Gineco Obstetricia, por complicaciones en la atención de parto domiciliario. Utilizó como instrumento una ficha elaborada por las autoras para recolectar datos del historial clínico de las pacientes atendidas por complicaciones de parto domiciliario; para la variable características sociodemográficas, donde utilizó las dimensiones sustentadas en la propuesta de Tula Ruth Muñoz; para la variable complicaciones maternas y del recién nacido las dimensiones fueron: complicaciones en el expulsivo, en el alumbramiento, traumatismos

craneoencefálicos, de nervios e infecciones. Los resultados obtenidos fueron sistematizados mediante el chi cuadrado: 36,4% se ubicó en edades de 20 a 30 y 31 a más años; 66,7% convivientes; 51,5% de procedencia urbana. 48,5% con grado de instrucción secundaria entre completa e incompleta, 75,8% fueron amas de casa; el 45,5% múltipara, y 39,4% con tres hijos vivos, para el 84,8% el ingreso familiar fue igual o menor a S/. 750.00 y el 57,6% tuvo un embarazo deseado. Demostró que las principales complicaciones en el expulsivo fueron: desgarro vaginal y desgarro cervical en 21,2 % y en el alumbramiento fueron 30,3% en retención placentaria y 36,4% en otras complicaciones. Las complicaciones craneoencefálicas del recién nacido: era caputsucedaneum en 66,7% y lesión de plexo braquial en 18,2%. Indicaron que existe relación significativa entre edad materna y desgarros maternos en el expulsivo y traumatismos craneoencefálicos en el recién nacido y entre paridad. Palabras Claves: Parto domiciliario, complicaciones maternas y del recién nacido. (11)

Barrera (2010), en su tesis “Factores Asociados a las Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, 1 de Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2009”. Como objetivo se tenía definir los factores asociados de las muertes maternas en el HNDAC, explicar las circunstancias sociodemográficas, causas básicas y de carácter obstétrico de las muertes maternas. En su investigación se desarrolló con la metodología de tipo descriptivo retrospectivo. La población elegida se constituyó por 38 decesos maternos que se produjeron en el periodo comprendido entre los años 2000 al 2009. Se elaboró un instrumento de estudio conformado por una ficha de recolección de datos.

Finalizado su investigación refiere que el tipo de muerte directa era 73.7% y por muerte indirecta se tuvo un 26.3% fue. Tuvo mayor frecuencia de pacientes con muertes maternas era de procedencia del Callao con un 47,4%, en cuanto al estado civil, se encontró una incidencia elevada en pacientes que conviven 55.3%. También se halló que el grado de instrucción también se constituye como factor en un 57.9% de pacientes con secundaria completa hubo continuidad. Según la ocupación, amas de reflejaron un 92.1%. También se demostró que las pacientes multíparas corresponden el 63.8%, el 68.4% tuvieron sus respectivos controles prenatales. El 57.9% no se les refirió a otro centro de salud. También se demostró que un 52.6% de pacientes fueron cesareadas. Fallecieron en UCI el 78.9% de pacientes. Las muertes durante el puerperio fue de 71.1%. Durante el 2008 se tuvo mayor incidencia de muertes reflejados en un 18,4%. 27 años fue la media con 7.2 años de desviación estándar. Se Identificó la cesárea, las complicaciones del puerperio y el ingreso a UCI como factores asociados a la mortalidad materna. En cuanto a las características sociodemográficas de los casos de muerte materna revelan una mayor incidencia en convivientes, con secundaria completa y que son amas de casa. Las características obstétricas de los casos de muerte materna nos muestran una mayor incidencia en multíparas, controladas y que terminan su embarazo por cesárea. El 73.7% de las muertes maternas fueron por causas directas y de ellas los Transtornos Hipertensivos del embarazo ocupan el primer lugar con 34%, con un 23.8% las hemorragias representan el segundo lugar y las Infecciones conforman el 15.8%.. (12)

I.3.2.-. BASES TEÓRICAS

a).- EMBARAZO GEMELAR

Definición:

Presencia de dos fetos o más alojados dentro del útero; también puede variar según la cantidad de cigotos pudiendo ser dicigótico o monocigótico. Para casos de de embarazo gemelar monocigótico o el de neonatos idénticos provienen de la duplicación de un solo cigoto. También se les denomina monocigóticos a los trillizos y cuatrillizos ya que se dan estos casos a través de la división de un mismo cigoto. Para este último caso ya sean mellizos, trillizos o cuatrillizos monocigóticos no significa que siempre deban ser idénticos, ello básicamente dependería del momento de la división celular del cigoto: (13)

a).- Previo a la formación de la cobertura externa del blastocito (corión), es decir antes de 72 horas post fecundación, se desarrollarán 2, 3 ó a embriones; 2, 3 ó a amnios; y 2, 3 ó a corion; por lo tanto, cada embrión desarrollará su propio amnios y su propia placenta. Será embarazo múltiple monocigótico, multiamniótico y multicoriónico.

b).- Entre el 4to y 8vo día posterior a la fecundación, se desarrollará un embarazo múltiple monocigotos, en donde cada embrión tiene su propio saco amniótico pero todos dependientes de una sola placenta, será un embarazo múltiple monocigótico, multiamniótico y monocorionico

c).- En 8 días posterior a la fecundación, el embrioblasto se divide formando 2, 3, o a embriones, dentro de un saco amniótico común, y todos dependientes de una sola placenta, será un embarazo monocigótico, monoamniótico y monocorionico.

Fuente: Secretaria de Salud, 2013, pág. 10

Etiología

Investigando con respecto al embarazo gemelar encontré que las principales justificaciones del incremento en el embarazo gemelar:

■ La consecuencia del uso cada vez mayor de medicamentos inductores de ovulación, así como técnicas de reproducción asistida (TRA), incluyendo a la fertilización in vitro (FIV). Hasta el 24% de la FIV exitosas dan como resultado embarazos múltiples	■ los cambios demográficos de la población (por la inmigración) son también contribuyentes al embarazo gemelar.
■ y paralelo al aumento del nivel de FSH que induce ovulaciones dobles.	■ La frecuencia de embarazos múltiples se incrementa con la edad
■ Se ha demostrado que existe una mayor proporción de embarazo gemelar dicigótico en poblaciones de raza negra en comparación con la asiática	■ Existe predisposición familiar para el embarazo gemelar dicigótico, los factores hereditarios intervienen por medio del genotipo femenino, las gemelas tienen dos veces más gemelos que la población en general

Fuente: Bedoya S, 2016 (14)

Aspectos epidemiológicos: Los datos estadística registra el 1 - 3% del total de embarazos.

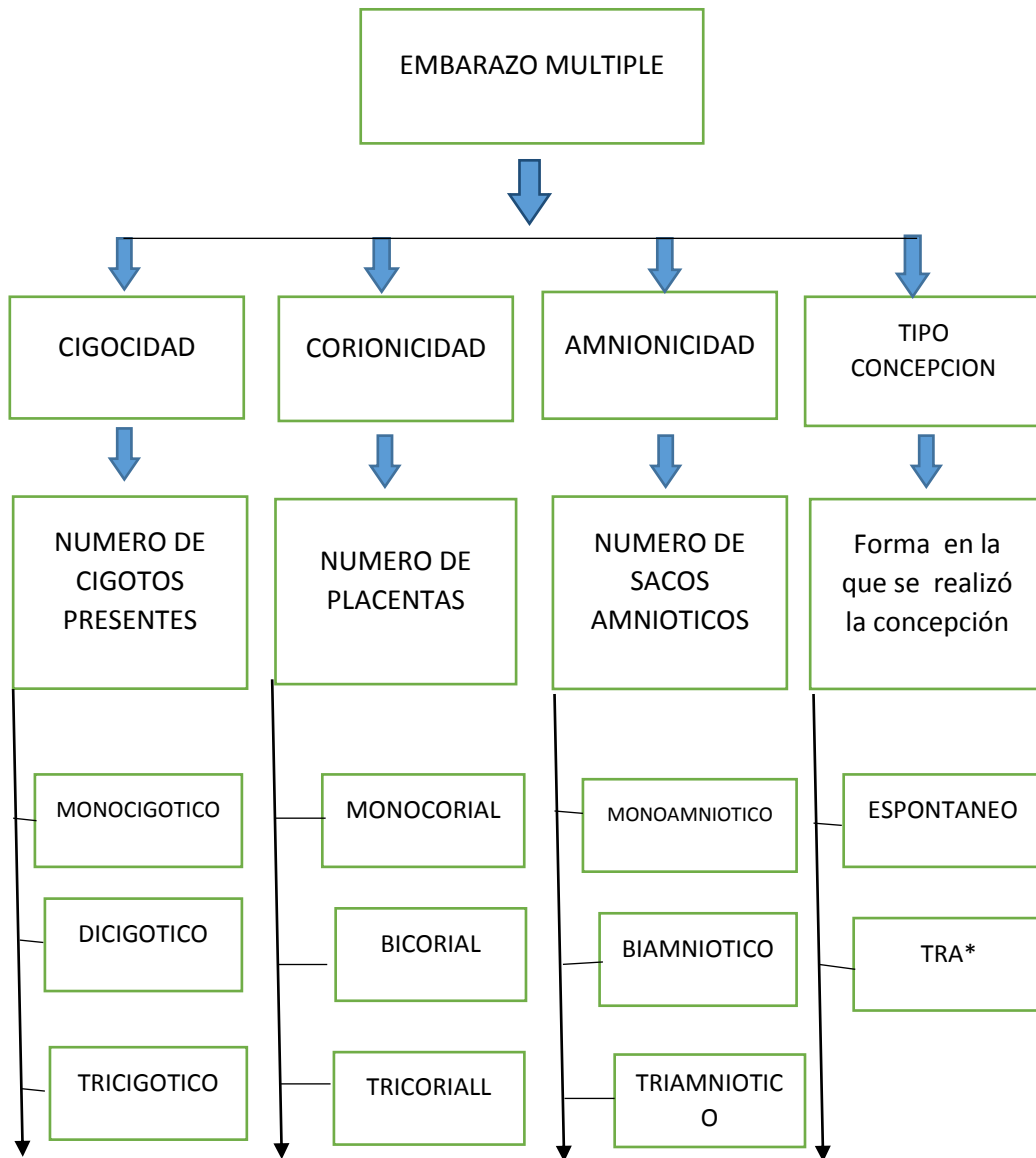
Diagnóstico diferencial:

Tenemos que descartar de las siguientes complicaciones como: Quiste de ovario gigante, Polihidramnios, Superfetación, Superfecundación, Útero miomatoso, Macrosomía fetal, Ascitis.

Factores de riesgo asociados

Son los siguientes: Multiparidad, Edad materna >35 años, elevado peso pregestacional, Antecedentes familiares, Inductores de la ovulación, aplicación de técnicas de reproducción asistida. (15)

Clasificación de Embarazo Múltiple



*TRA: Técnica de Aplicación Asistida

Fuente: Secretaria de Salud, 2013, pág. 74

Cuadro clínico

Se tienen los siguientes signos que tienen mayor importancia y relevancia para sugerir la probabilidad de estar ante un embarazo gemelar, estos signos son:

- El peso de la madre incrementa excesivamente,

- El útero incrementa su altura con respecto a la edad gestacional,
- Reconocimiento de más de un latido cardíaco fetal
- Detección de más de un feto a través de la palpación abdominal.

De no existir signos clínicos o ultrasonográfico que restrinja el crecimiento o indique alguna discordancia fetal, se recomienda realizar un seguimiento clínico que incluya el monitoreo fetal, ello se puede efectuar desde las 34 semanas de gestación, siempre y cuando no haya existencia de enfermedades concomitantes, además de ser precavidos con los posibles factores de riesgo coligados, examinar el perfil biofísico completo o modificado a través de la aplicación del NST con medición de ILA. (14)

Diagnostico

Para realizar el diagnostico tener en cuenta: el cuadro clínico, Ecografía (preferentemente transvaginal) de preferencia efectuarlo en el primer trimestre del embarazo, Examen ultrasonográfico, Posteriormente realice ecografía vía abdominal.

Mediante la ecografía se puede obtener un diagnostico temprano de corionicidad con ello se puede pronosticar un embarazo gemelar, además de propiciar un correcto manejo del mismo. Además de evidenciar claramente que con un diagnóstico de embarazo gemelar se puede mejorar ampliamente el uso rutinario de la ultrasonografía. De este modo se puede estimar que en el primer o segundo trimestre (< 16 semanas) se puede determinar la corionicidad mediante la

ultrasonografía en el 100% de pacientes. En el periodo comprendido entre las 11 y las 14 semanas se encuentra la ocasión ideal para evaluar la corionicidad de un embarazo gemelar. (16)

Exámenes Auxiliares

Los análisis requeridos se obtiene por:

- ❖ Análisis patología clínica: examen de rutina de caracter prenatal
- ❖ Análisis de imágenes y Otros: Realización ecografías obstétricas básicas con el fin de confirmar o descartar sospechas clínicas. Corroborar la edad gestacional, evaluar cronicidad, detectar la existencia de malformaciones congénitas entre las 18-23 semanas, Realizar: Estudio Doppler fetal, hacer el seguimiento del crecimiento y bienestar del feto. Monitoreo electrónico fetal (NST) (15)



Fuente: Secretaria de Salud 2013, pag.79.

En la figura que he tomado como modelo para visualizar las imágenes ecográficas se puede verificar los signos que determinan la corionicidad en el embarazo. En el lado izquierdo se observa la existencia de tejido placentario entre las membranas de sacos amnióticos, como se pudo observar dicha imagen se relaciona con el signo "lambda" esto significa que estamos ante un caso de gestación bicorial. A diferencia de la izquierda en la imagen derecha no hay presencia de tejido placentario entre las membranas fetales por lo tanto corresponde al signo "t" y significaría que estamos ante una gestación monocorial esto significa que la placenta está compartida. (13)

Tratamiento y Manejo

Medidas generales y Terapéuticas se basa a los estándares normados por ministerio de según los niveles con capacidad resolutive.

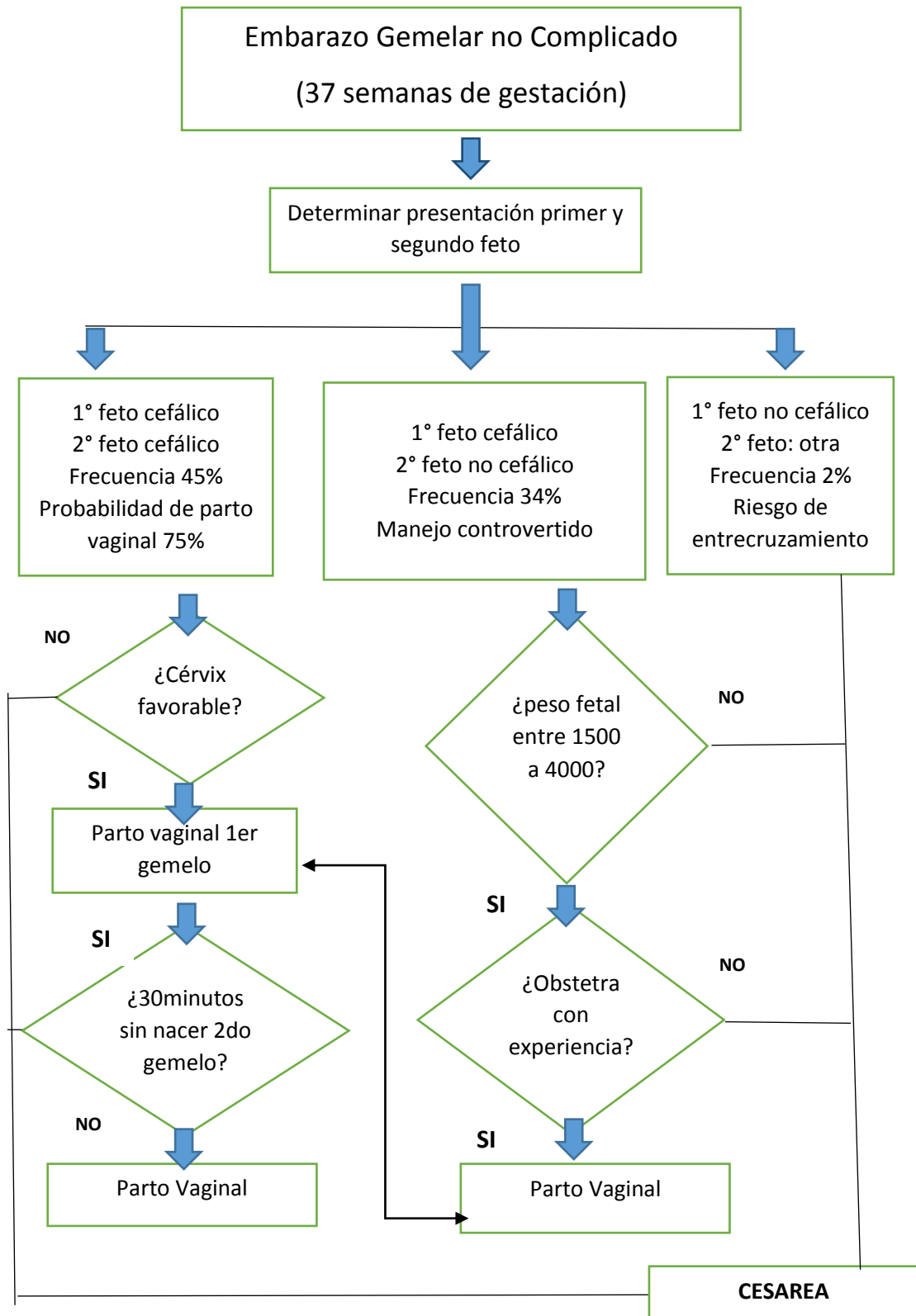
<p>Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP) corresponde al nivel I-1, I-2 y I-3, la personal salud capacitada determina el embarazo gemelar: Detecta factores de riesgo asociados. Ante sospecha clínica referir a FONB. Orientación, y consejería integral en Salud Sexual y Reproductiva, enseñanza de signos de alarma, Seguimiento y visita</p>
--

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) corresponde al nivel 1-4, Atención prenatal en FONB si se confirma diagnóstico se realiza control pre natal cada tres semanas hasta las 20 semanas, cada dos semanas hasta las 28 semanas y semanalmente hasta las 36, en que es referida a FONE. Se pide exámenes auxiliares de laboratorio. Evaluar signos de alarma para la referencia a FONE de emergencia (amenaza de parto pretérmino, Polihidramnios, hiperémesis gravídica, crecimiento fetal discordante, trastorno hipertensivo del embarazo) y referencia a FONE para la atención prenatal. La gestante con embazo múltiple debe tener alojamiento en casa materna desde las 28 a las 36 semanas. Referencia a FONE para atención de parto a partir de las 36 semanas Orientación/consejería integral en salud sexual y reproductiva, enseñanza de Signos de alarma El establecimiento como nivel I-4 funciona porque se atiende partos las 24 horas y se realiza las funciones puerperales, se cuenta con profesional Obstetra y las FONB están en proceso (no se cuenta con casa materna).

Pronóstico: La morbilidad materna se incrementa de 3 a 7 veces; mientras que la mortalidad perinatal representa el 14%. De la totalidad de embarazos gemelares se tiene aproximadamente un 83% de incidencia de complicaciones prenatales.

Complicaciones: Tener en cuenta: Parto pretérmino, Hipertensión inducida por el embarazo, Síndrome de transfusión de gemelo a gemelo, Anemia, Crecimiento discordante, Muerte fetal de uno de los gemelos, Polihidramnios, Anomalías congénitas. Problemas del cordón umbilical. (17)

Manejo para la Finalización del Embarazo Gemelar No Complicado



Fuente: Secretaria de Salud, 2013, pág. 84

Criterios de Referencia y Contrareferencias

Referir a FONB para evaluar mediante una ecografía alguna sospecha diagnóstica para controles prenatales y monitoreo hasta las 36 semanas.

Referir a FONE para atender el parto, además de sus respectivas complicaciones.

Contrarreferir a Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales FONB, luego del alta. (15)

b).-HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)

En esta definición se describe 2 criterios:

Hemorragia postparto: Pérdida de sangre superior a 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta que se da lugar en el periodo de las primeras 24 horas post parto vía vaginal, en caso de concluir con parto por cesárea refiere a una pérdida de sangre superior a 1000 cc. Asimismo se puede definir por:

- a) Sangrado postparto acompañado de cambios hemodinámicos que requieren de transfusiones sanguíneas.
- b) variación de más del 10% del hematocrito con respecto a los valores registrados al ingresar la paciente.

Hemorragia postparto tardío: Pérdidas de sangre registradas posteriormente de las 24 horas Postparto, hasta la culminar el parto. En la actualidad las pérdidas sanguíneas que produzcan una alteración hemodinámica en la gestante deberán considerarse HPP. La estimación del promedio de pérdida sanguínea en partos

vaginales con un solo feto es de 500 ml y aproximadamente 1000ml para un parto gemelar. (2)

Las definiciones y la subjetividad del cuadro clínico pueden hacer que se subestime las cifras reales del volumen perdido (43-50%). Es a causa de este motivo que la definición con mayor aceptación de HPP es definirla como la condición médica en la que la pérdida de sangre se da en gran cantidad produciendo cambios hemodinámicos que hacen necesaria las transfusiones sanguíneas. (18)

Etiopatogenia de HPP

Los estudios refieren que la capa ubicada en el intermedio del miometrio juega un papel muy importante durante la hemostasia del lecho de la placenta. Mientras el útero se retrae normalmente, los vasos sanguíneos ubicados entre el útero y la placenta se obliteran, reduciendo notablemente la pérdida de sangre. El flujo sanguíneo que obtiene la placenta en un embarazo a término representa entre 500-800 ml/min. A causa de esto, mientras va ocurriendo la separación de la placenta del útero, se rompen los vasos sanguíneos dando lugar al sangrado. Por otro lado para comprimir los vasos sangrantes las contracciones continuas y coordinadas del músculo uterino son de gran ayuda, asimismo esto propiciaría la formación del coágulo retro placentario. En caso de que el útero llegase a fallar en contraerse de forma adecuada produciría atonía uterina. Por lo tanto son estos vasos que no completaron la oclusión podría generar una gran hemorragia, que en cuestión de minutos podría tener consecuencias fatales. (18)

La causa en general es la hipervolemia, conjuntamente con la expansión de las concentraciones de glóbulos rojos que se da durante el embarazo, permite que la parturienta tenga mayor adaptación a pérdidas sanguíneas desde normal a excesiva, sin sufrir disminución o alteración del hematocrito postparto. En caso de que la hemorragia continuase estos mecanismos podrían anularse, generándose disminución de la perfusión tisular, hipotensión, hipoxia celular y muerte. La hemorragia es la causa más frecuente de shock en obstetricia y ginecología. (19).

Las causas principales:

Hemorragia intraparto: placenta retenida.

Hemorragia postparto: es atonía uterina, retención de restos o alumbramiento incompleto, lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas), inversión uterina y Coagulación intravascular diseminada.

Hemorragia postparto tardío: Retención de restos, sub involución uterina

Aspectos epidemiológicos: Se presenta hasta en el 10% de los partos, es la primera causa de muerte Materna en el Perú. (17)

En el presente cuadro presento la clasificación de la hemorragia post parto con las causas más frecuentes y los factores de riesgo que conlleva la hemorragia. Y también presento un cuadro para el diagnóstico oportuno para evitar el shock hipovolémico, además un cuadro de los factores asociados con las intervenciones que condicionan a hemorragias, con sus respectivas fuentes de investigación. (20)

Clasificación de Hemorragia Post Parto por Factores de Riesgo y Etiología

Etiología y frecuencia	Etiología	Factores de riesgo
Tono 70%	Sobre distensión UterinaParto prolongado/precipitado (Ej.: inducido).	Embarazo múltiple. Macrosomía. Polihidramnios. Gran Multípara. Hidrocefalia severa.
	Fatiga Muscular Uterina	Trabajo de parto prolongado. Corioamnionitis.
Trauma20%	Desgarros vaginales/ Cervicales/perineal.	Parto instrumental. Episiotomía.
	Extensión del desgarro en la cesárea.	Mal posición fetal. Manipulación brusca durante la extracción fetal
	Ruptura uterina	Cirugía uterina previa.
	Inversión uterina.	Excesiva tracción del cordón. Gran múltipara.
Tejidos9%	Retención de Restos	Placenta o membranas.
	Anormalidades Placentarias	Localización: Placenta previa. Invasión: acreta, percreta, increta. Congénitas: Útero bicórneo. Adquiridas: Cirugía previa, leiomioma
Trombos1%	Coagulopatías congénitas	Hemofilia. Enfermedad Von Willebrand. Hipofibrinogemia.
	Coagulopatías adquiridas Embarazo.	HTA. Muerte fetal. Enfermedad hepática. Síndrome HELLP.
	Púrpura trombocitopénica Idiopática.	
	Coagulación intravascular Diseminada.	Muerte fetal intrauterina. Toxemia. Abruptio placentae Embolismo amniótico Sepsis
	Coagulopatías dilucional	Transfusiones masivas.
	Anticoagulación	Historia de TVP y TEP. Uso de Aspirina, Heparina.
Las pacientes con factores de Riesgo para Hemorragia post parto no deben finalizar el embarazo un hospital sin banco de Sangre.		

Fuente: Organización Panamericana de Salud, 2012, pag.50

Factores de Riesgo Asociados

FACTORES	ANTECE- DENTES	CARACTERISTI- CAS	INTERVENCIONES
Aonia Uterina	Multiparidad mayor de 4 Gestacion añosa > 35 años	Macrosomia Polihidramnios Embarazo multiple DRR Parto Prolongado Parto Precipitado Corioamnionitis Fibromatosis Uterina obesidad	Mal uso de ocitocicos, anestésicos generales, sulfato de magnesio,relajantes uterinos.
Retencion Placentaria	Cicatriz Uterina previa Legrado uterino múltiples	Fibromatosis uterina Adherencia anormal de la placenta Anomalías uterinas Corioamniotitis prematuridad	Mala conducción del parto Mal manejo del alumbramiento
Retencion de Restos Placentarios	Cicatriz uterina previa Legrado Uterino múltiples	Adherencias anormal de la placenta Lobulo placentario aberrante Antecedentes de Abortos	Mala conducción del parto Mal manejo del alumbramiento
Lesion del canal de Parto	Primigesta	Feto macrosomico Parto precipitado Expulsivo Prolongado Parto instrumentado Extracción Podalica Perine corto, fibrosa. Varices vulvar y vaginal	Mala técnica de atención del expulsivo
Inversion Uterina	Inversion uterina previa	Placenta adherida	Mala técnica de atención del Alumbramiento Mala técnica de la extracción manual de placenta

Fuente:Ministerio de Salud, 2007, pág. 38

Diagnóstico y clasificación del grado de choque hipovolémico

Pérdida de volumen en% y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, Frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo

Fuente: Organización Panamericana de Salud, 2012, pág. 51

Cuadro Clínico

En una hemorragia existe evidente alteración de síntomas y signos, produciéndose excesivas pérdidas de sangre que se da previo al alumbramiento, llamada también hemorragia de tercera fase o en caso de que ocurriese después sería HPP verdadera. Es detectable una atípica presencia del shock hipovolémico. Normalmente se puede visualizar pérdidas de sangre vía vaginal, estas pérdidas hemáticas se pueden identificar con mayor facilidad cuando la placenta ya se expulsó completamente. Cuantificar el volumen de la hemorragia es ineludible pero conjuntamente también es necesario valorar las consecuencias sobre la estabilidad hemodinámica de la paciente. (18)

La sintomatología más frecuente incluye: Sangrado vaginal abundante, Taquicardia la cual produce un aumento de la presión sanguínea, Hipotensión arterial: disminución de la presión sanguínea, Taquipnea, disminución de los

niveles de Hemoglobina y Hematocrito. Inflamación y dolencias en los tejidos que comprenden el área vaginal y perineal.

Diagnóstico

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico pero sin embargo es innegable que en la actualidad se tiende a subestimar las pérdidas de sangre en pacientes gestantes. La sintomatología relacionada al grado de pérdida de sangre sanguínea y al choque hipovolémico, deberían de estar expuestos y en lista estratégicamente dentro del área de atención de partos para poder servir como guía de orientación para un adecuado manejo. Por último no pasar por alto la estimación de pérdidas para poder evaluar la Hemorragias Post Parto desde el inicio. (20)

1. Criterios diagnósticos

Teniendo en cuenta la causa, clasificación y los factores asociados, diagnosticamos: Atonía uterina, cuando hay un excesivo sangrado vaginal; Distensión uterina, cuando el útero no ejerce contracción; Retención de placenta, cuando la placenta permanece adherida por más de 30 minutos en parto espontáneo y por más de 15 minutos en caso de parto dirigido, Sub involución uterina cuando la placenta está incompleta cuando no hay cotiledones o parte de membranas ovulares; Lesión de canal del parto: Sangrado que fluye continuamente mientras el útero permanece contraído; Inversión uterina ocurre cuando no se logra palpar el útero a nivel abdominal, tumoración palpable que protruye fuera del canal vaginal.

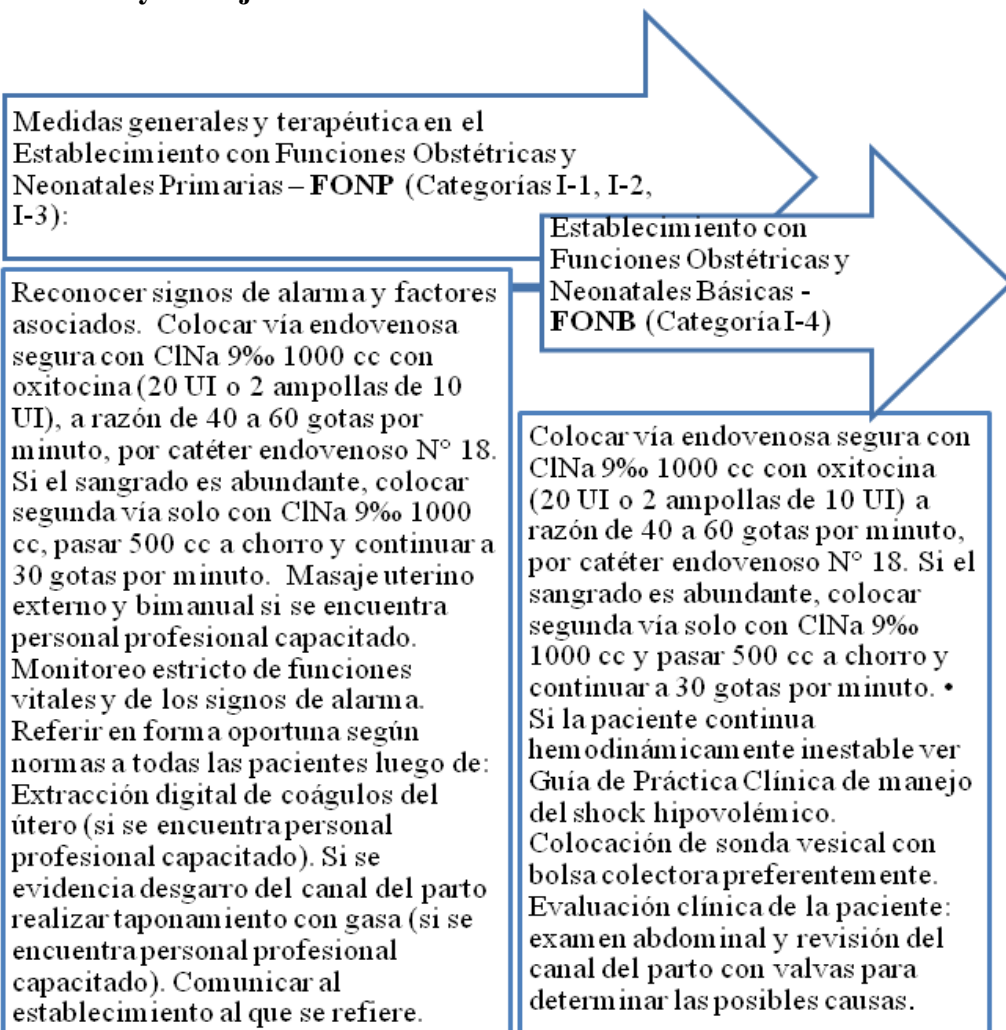
2.- Diagnóstico diferencial: Trastornos de la coagulación.

Exámenes Auxiliares

1. De patología clínica: Factor RH, Hemoglobina, Grupo sanguíneo, Perfil de coagulación, si no se cuenta con un laboratorio debidamente equipado se puede proceder con medir el tiempo de coagulación y sangría respectivamente, también se recomienda efectuar el Test de Wiener para observar la retracción del coágulo, Pruebas cruzadas. RPR o VDRL, Test VIH, Urea y creatinina.

2. De imágenes: Ecografía obstétrica (17)

Tratamiento y Manejo



Fuente: Ministerio de Salud, 2007, pág. 40

Tratamiento según la causa.

a) Atonía uterina: Aplicar oxitocina como en el establecimiento con FONP. Ante un excesivo sangrado colocar segunda vía sólo con 500 cc cloruro de sodio a chorro y continuar a 30 gotas por minuto. Evacuación vesical. Aplicar Ergometrina via intramuscular 1 ampolla (0,2 mg) compresión arterial normal, sin pre eclampsia. Se puede repetir a los 15 minutos. Compresión bimanual externa. En caso de sospechar de retención de restos o membranas, revisar manualmente la cavidad uterina, tal procedimiento ah de realizarlo por un experimentado personal. Se recomienda realizar oportunamente la referencia, para lo cual previamente debe de realizarse manualmente masaje uterino, también puede efectuar el taponamiento del útero. (17)

b) Retención de placenta: •Primeramente realice la respectiva Evacuación vesical, luego determine la localización de la placenta, descartar y/o confirmar desprendimiento, en caso de confirmar el desprendimiento con una mano elevar el fondo del útero y tirar del cordón con la otra (maniobra de Brandt-Andrews). Si la placenta no se ha desprendido aplique en la vena umbilical 50cc. de ClNa 9‰ + 20u. de oxitocina. Para el caso de que se sospeche de acretismo placentario refiera de inmediato a un establecimiento con FONE e instale doble vía endovenosa. Si el establecimiento al que se pretende referir a la paciente está a más de dos horas de distancia y la paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso si se cuenta con un profesional capacitado se puede efectuar una extracción placentaria manual. (17)

c) Laceración del canal del parto: revisar el canal de parto mediante valvas de Doyen, para identificar la zona sangrante y efectuar la reparacion de desgarrs

vaginales y perineales, para las suturas utilice catgut crómico 2/0. En caso de desgarro cervical: pinzar los bordes de la zona lesionada con pinza de anillos Foerster y suture. Realizar la oportuna referencia si no se tiene un profesional capacitado o si la lesión es de tamaño considerable, ante la imposibilidad de suturar o si no se logra identificar la zona sangrante, se debe efectuar una continua compresión vaginal con gasas para referir inmediatamente a la paciente. (17)

d) Retención de restos placentarios (alumbramiento incompleto): Es siempre necesario revisar las membranas expulsadas y la placenta post alumbramiento. Si luego de ello se sospecha de que se este produciendo retención de restos placentarios, se debe extraer y retirar manualmente coágulos y restos con un profesional capacitado. (17)

e) Inversión uterina: Colocar CIna 9‰ vía endovenosa y efectuar la referencia de la paciente al establecimiento con FONE.

f) En hemorragia puerperal tardía: efectue la referencia de la paciente con la respectiva suministración de oxitocina 20 UI en CIna al9‰ (1000 cc) a 40 gotas por minuto EV. (17)

Signos de alarma: Hemorragia intraparto y postparto

Palidez marcada, abundante sangrado vaginal, Taquicardia materna, Taquipnea
Hipotensión arterial.

Criterios de alta: Hemorragia intraparto y postparto

Se debe mantener a la paciente en observación aun después de haber solucionado la hemorragia mínimamente 24 horas post parto para poder proceder con el alta, en el transcurso de dichas horas se propicia monitorear sus síntomas especialmente la reincidencia de sangrado, funciones vitales y realizar exámenes auxiliares.

La paciente será dada de alta al completar una recuperación óptima de sus funciones biológicas además de recuperar la capacidad de realizar sus actividades diarias de carácter común. No descartar la idea de mantener a la paciente en observación aun en las instalaciones de la casa donde se la espera. (17)

Pronóstico: Se define según la patología inmersa y el tratamiento elegido para el manejo de la paciente.

Complicaciones: Son las siguientes: Anemia aguda. Shock hipovolémico. Coagulación IntravascularDiseminada. Insuficiencia renal. Panhipopituitarismo. (17)

c).- SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

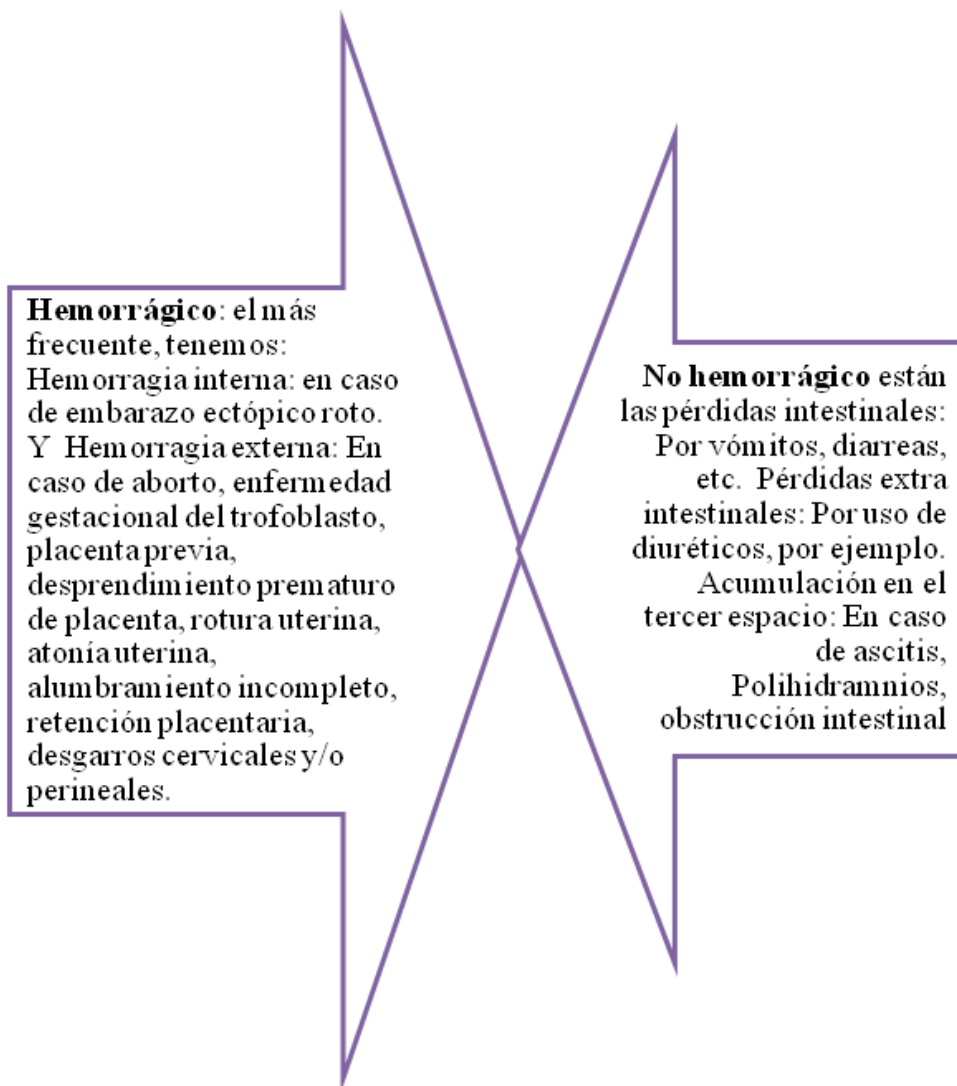
Definición: es la falla multisistémica de la paciente, la oxigenación en diferentes sistemas y órganos se ve afectado por la hipoperfusión tisular. El quebranto de la oxigenación normal produce que el metabolismo se torne celular anaerobio, con incrementando las emisiones de acidosis metabólica y lactato; de prolongarse esta condición patológica se pasa al agotamiento de reservas celulares de energía; esto conlleva a la alteración de las funciones celulares, perdiéndose la integridad y lisis tisular, toda esta cadena de eventos significan en conjunto el deterioro multiorgánico de la paciente, comprometiendo su vida. Existen posibilidades de revertir el proceso del shock siempre y cuando se detecten tempranamente sus signos; por lo tanto conseguir la reducción de la tasa de morbimortalidad es posible. (18)

Es también: un estado de alteración del flujo normal de la sangre, de forma general en todo el cuerpo, extendiéndose incluso a nivel tisular; provocando

daños en la microcirculación por ende disminuye la oxigenación y el transporte de nutrientes a nivel celular. Los antecedentes de valvulopatías, infartos, arritmias, tóxicos, producen gasto cardíaco y los factores como reducción del volumen sanguíneo, disminución del tono vascular, obstrucción en venas, dificultan el flujo arterial de retorno. (21)

Etiología:

Según las causas son 2 criterios: (17)



Fuente: Ministerio de Salud, 2007, pág. 47

Estadios del Shock Hipovolémico

Fase de shock compensado: es aquí donde se activan una serie de mecanismos con el fin de mantener las funciones de los órganos vitales a costa de una vasoconstricción del resto de órganos. Por ejemplo se produce un incremento en la frecuencia cardiaca, también aumenta la contractibilidad; todo ello con el fin de conservar la estabilidad del G.C. para mantener un equilibrio. El volumen intravascular se cierran las arteriolas precapilares, propiciando el flujo a partir del espacio intersticial al espacio intravascular. El cuadro clínico observable nos muestra que se van desapareciendo gradualmente las venas de las manos, de los pies, incluso del dorso, otras manifestaciones que se pueden notar son la palidez cutánea, debilidad muscular, frialdad, sequedad de mucosas y oliguria. Con una terapia de apoyo y actuando temprana y enérgicamente contra la causa, se puede revertir esta fase.

Fase de shock descompensado: los intentos de conservar la estabilidad que realizan los mecanismos de compensación llegan a su límite máximo, para que inmediatamente se sobrepase dichos límites, teniendo como resultado una dramática disminución del flujo dirigido hacia los órganos vitales. En esta etapa presenciamos un cuadro Clínico que comprende: deterioro neurológico, hipotensión, diuresis disminuida, pulso periférico débil o ausente, arritmias, acidosis metabólica progresiva, alteración isquémica en el ECG.

Fase de shock irreversible: es la fase con consecuencias fatales, de no lograr la corrección del shock, se desencadena irremediamente el fallo multisistémico concluyendo en la muerte de la paciente. (18)

Fisiopatología

Cuando la hipovolemia ocurre simultáneamente con Hipoperfusión renal, descenso del volumen ventricular de fin de diástole, reducción del retorno venoso, decaimiento del gasto cardíaco y postcarga aumentada, (6)

Aspectos epidemiológicos

Se tiene un aproximado de 65% muertes fetales y 2% de muertes maternas en el Perú además de ser el responsable que ocupa el primer lugar como causante de mortalidad materna; de un total de 100 pacientes, una resulta con este diagnóstico..

Factores de riesgo asociados

Según las investigaciones la desnutrición y la anemia en las gestantes, implica que son más susceptibles a las hemorragias, por lo que el riesgo a desenlaces fatales se eleva. Por otro lado otro factor asociado es que muchas veces esta condición de desnutrición o anemia suele ser identificado muy tarde.

Cuadro Clínico

Presenta signos y síntomas como Sangrado vaginal abundante, taquicardia, hipotensión arterial. Además se puede observar una reducción de 40mmHg con respecto a sus cifras habituales de presión , teniendo como referencia que la presión arterial media (PAM)<60mmhg. y la presión arterial sistólica <90mmhg. La sintomatología que puede o debe tomarse en consideración es la siguiente: afección hemodinámica leve, moderada ó grave, presión arterial sistólica, bajas cifras tensionales normales, signos de hemorragia leve, oliguria, debilidad, taquicardia., sudor, palidez, shock hipovolémico, Síndrome de Sheehan, falla renal y disnea. (9)

Presento un cuadro de clasificación según la intensidad de pérdida sanguínea para la atención oportuna de la paciente en shock hipovolémico (18).

Cuadro clínico según la intensidad perdida sanguínea:

PARAMETROS	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
Perdida de Volemia (%)	< 15 %	15 – 30 %	30 – 40%	>40%
Perdida sanguínea en cc	Hasta 750	750 - 1500	1500–2000	>2000
Frecuencia Cardíaca	< 100lpm	>100- 120 lpm	>120 – 140 lpm	>140lpm
Presión Arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Muy Baja
Presión del pulso	Normal o ligeramente disminuida	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Relleno capilar	Normal	Retrasado > 2 seg.	Retrasado > 2 seg.	Retrasado o indetectable
Frecuencia respiratoria	14 -20 rpm	20 – 30 rpm	30 – 40 rpm	> 35 rpm
Diuresis (ml /hora)	30 ó más	20 - 30	5 – 15	0 – 5
Nivel de conciencia o Estado Mental	Ansioso o normal	Intranquilo o agitado	Confuso	Letárgico Confuso estuporoso
Reposición de volumen (regla 3x1)	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + sangre	Cristaloides + sangre

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), 2013, pág. 60

Diagnóstico

Criterios diagnósticos

Etiológicamente se procederá a identificar los factores de riesgo, su implicancia, revisar el historial médico de la paciente. Siempre tener en cuenta los siguientes signos y síntomas abundantes pérdidas de sangre vía vaginal, además también pueden estar acompañados por la pérdida de otros fluidos corporales, cuando la paciente tenga un pulsaciones superiores a 100/min., alteración de la conciencia. Hipotensión (presión arterial menor de 90/60). Oliguria.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de shock: sepsis, neurogénico (17)

Exámenes Auxiliares

De patología clínica: Grupo sanguíneo y factor Rh; examen de Hemoglobina o hematocrito y perfil de coagulación

De imágenes: Ecografía. (17)

Tratamiento y Manejo:

Recuerde el nemotécnico: las cuatro T's:

- T: Tono = Atonía uterina
- T: Tejido = Retención de restos
- T: Trauma = Desgarros, laceraciones, etc.
- T: Trombo = Plaquetopenia, CID (18)

Tratamiento no Farmacológico:

Como primer objetivo es necesario centrarse en propiciar la recuperación de la estabilidad hemodinámica de la gestante. Por lo tanto desde el inicio se debe proceder a través de medidas básicas de de sostén, esto se refiere a evitar la

pérdida dramática de fluidos, procurar mantener temperatura corporal estable y normal, mejorar la perfusión de la sangre, para esto último realice fluido terapia intravenosa aplicando la regla de 3x1: 3 cc de solución por cada centímetro cúbico de pérdida de sangre estimada, suministre a razón de 3:1. Solución salina normal o Lactato Ringer (solución de Hartmann). Bajo esta consigna se entiende y recomienda que se proceda con la transfusión sanguínea cuando las pérdidas de sangre estimadas sean aproximadamente de 1 y 2 litros.

Ya estando en estas circunstancias al administrar 4 o hematíes o más añadir plasma fresco congelado para disminuir los efectos en la coagulopatía dilucional, en caso de que el recuento de plaquetas este descendiendo dramáticamente por menos de. 20.000 y además de ello se produjese disfunción en las plaquetas, se debe administrar concentraciones de plaquetas.

Para aplicar la terapia transfusional hágase un balance riesgo/beneficio teniendo en cuenta que un concentrado de hematíes incrementa el hematocito aproximadamente en 3%., recuerde que las transfusiones no están libres de conllevar a la paciente a enfrentar riesgos potenciales. En simultáneo con la transfusión colocar catéter urinario, el volumen diurético ≥ 30 ml/hora o 1-2 cc/kg/hora. (18)

Tratamiento Farmacológico:

Simultáneamente a las medidas no farmacológicas se administran de forma se sigue una ordenada secuencia de administración de fármacos uterotónicos a la

paciente, esto se realiza de forma simultánea con las medidas del tratamiento no farmacológico: Los fármacos más usuales son:

Oxitocina: Se puede administrar 5 – 10 UI IM como dosis inicial, luego se administra 10 U IM ó 10-40 U/l en dilución. (Por lo regular se utilizar 5 – 10 UI en 500 – 1,000 cc de solución salina fisiológica para 4 a 6 horas) Terapéuticamente esta sería la primera elección, por ser efectivo y de bajo costo, pero aun así considerar los riesgos de retención hídrica que posee la Oxitocina además en casos en los que la inducción del parto se prolonga demasiado suele reducirse notablemente la respuesta al medicamento por saturación de receptores. (18)

Carbetocina: es un análogo que actúa prolongadamente correspondiente a la oxitocina, en la actualidad es tendencia la elección de este medicamento elección para la profilaxis y tratamiento de la HPP nos encontramos frente al auge de este fármaco, por el margen de seguridad, altamente efectivo con un costo-eficacia más conveniente. Se recomienda 100mcg IV, administración única y lenta. No combinar con oxitocina o con PG. (18)

Metilergonovina: un máximo de 5 dosis de 0.25 mg IM ó 0.125 mg IV cada 5 minutos. No recomendado para pacientes con HTA o en preeclampsia. Aplique coadyuvante de oxitocina como medida de emergencia si es que no se logran los efectos esperados. (18)

PG F2 alfa* (ovulo o inserto vaginal): cada 15 minutos suministre es 250 µg IM en un máximo de ocho dosis. No se recomienda este tratamiento farmacológico en

pacientes con enfermedades del hígado y del corazón, tampoco en pacientes asmáticas.

Misoprostol*: Puede ser utilizada en pacientes con HTA o asmáticas, este fármaco es un metiléster (análogo sintético) de la prostaglandina natural. Suministre vía oral o rectal 400-600 µg para esta última habitualmente el tratamiento comprende: 4 comprimidos de 200 µg. Se detecta a nivel sérico en 90 segundos. No exceder los 600 µg si el tratamiento fue vía oral, ya que se puede generar el riesgo de enfrentarse a una hipertermia maligna. (18)

Factor VII recombinante activado: cumple el papel de como agente hemostático, es una opción alternativa en mujeres de riesgo alto siempre y cuando se presente el caso en el que la HPP no responde a terapia convencional. Aplicar cada 2 horas una dosis es 16.7 mcg/kg a 120mcg/kg, repetir el procedimiento hasta que se haya logrado hemostasis, lo común en casos es que se logra controlar la hemorragia en un periodo entre 10 a 40 minutos. (18)

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Medidas terapéuticas generales: Control del foco de la hemorragia, lograr estabilizar la Presión sistólica > 90 mmHg. Orina > 0.5ml/Kg/hora. Estabilizar la temperatura normal corporal. Verificar el estado mental de la paciente

ESTABLECIMIENTO CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES PRIMARIAS– FONP		
CATEGORIA	DOSIS	OBJETIVO
(Categorías I-1, I-2, I-3)	Drenar 2 vías EV vía intravenosa N° 18. Infusión de 1 a 2 litros de ClNa 9%,	Reposición del volumen circulante: iniciar con 200cc a chorro, luego regular a 60 gotas por minuto

. Procure mantener en estado permeable la vía aérea. Evitar la administración de líquidos vía oral. Use expansores plasmáticos si se cuenta con profesional capacitado. Colocar a la paciente abrigada y en decúbito dorsal pero si el caso fuese de una paciente en su segunda mitad de embarazo entonces colóquela de cúbito lateral izquierdo, de preferencia preparar a la paciente con bolsa colectora y sonda Foley, para referir de inmediato a establecimiento con FONE.

ESTABLECIMIENTO CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES PRIMARIAS– FONP		
CATEGORIA	DOSIS	OBJETIVO
(Categoría I-4)	Oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal 3 litros por minuto. Si después de 2000 cc de ClNa 9‰ persisten signos de hipovolemia, valorar el uso de expansores plasmáticos (Poligelina, Haemacelo Dextran al 5%)	Asegurar oxigenación adecuada; pasar a chorro los primeros 15 a 20 minutos y luego de 40 a 60 gotas por minuto. Referir inmediatamente a establecimiento con FONE. Comunicar la referencia a establecimiento con FONE.

ESTABLECIMIENTO CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES PRIMARIAS– FONP		
CATEGORIA	DOSIS	OBJETIVO
(Categorías II-1, II-2)	Realizar reto de fluidos según la regla 2/5 PVC: Si la presión venosa central (PVC) < de 5 cm H ₂ O iniciar reto con 5-10 ml/Kg peso de ClNa 9‰. Medir PVC a los 10 minutos. Si PVC > de 2 cm H ₂ O a cada 10 minutos hasta PVC > 5cm H ₂ O. Si PVC aumenta entre 2 y 5 cm H ₂ O vuelva a medir en 10 min. si la PVC, si no hay respuesta suspenda Continúe con la oxigenación, mantener si saturación de O ₂ < 90% y PaO ₂ < 60 mmHg.	Solicitar hematocrito o hemoglobina, Grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, bioquímica (urea y creatinina), examen de orina, electrolitos y gases en sangre arterial. Manejo interdisciplinario especializado. Instalar presión venosa central. Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.

ESTABLECIMIENTO CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES PRIMARIAS– FONP		
CATEGORIA	DOSIS	OBJETIVO
(Categorías II-1, II-2)	Trasfusión de sangre fresca total si Hb es menor a 7 g%, o la anemia es sintomática (taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia.	Independientemente del valor de la Hb. Considere los niveles de hemoglobina según altitud. Identificar y corregir la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo. Considerar cirugía. Hospitalizar en unidad de cuidados intensivos

(17)

Criterios de alta: Cuando haya evidencia de que la paciente va recuperando sus funciones vitales con carácter normal, significara que han culminado el procedimiento de carácter etiológico, por lo tanto la resolución del caso clínico va llegando a su fin, con la seguridad de que la paciente puede reiniciar con sus actividades comunes.

Pronóstico: es necesario tener prudencia con el pronóstico de estos casos es por eso que es de carácter reservado ya que la probabilidad de que el desenlace concluya en la muerte materna es demasiado elevada, mucho más aun en casos ingresados en establecimientos alejados de centros de referencia con capacidad resolutive.

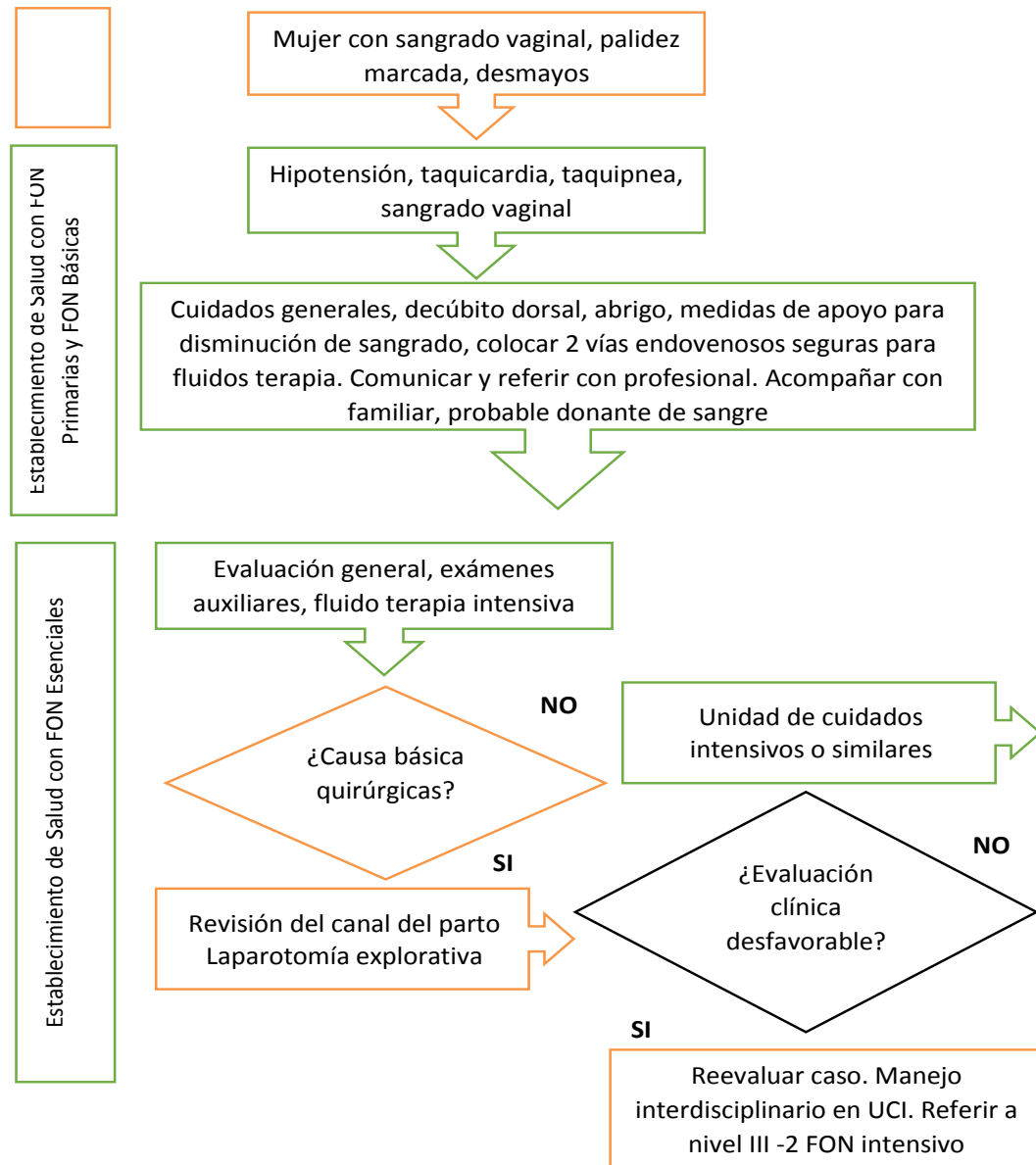
Complicaciones: Son las siguientes: Panhipopituitarismo, Coagulación intravascular diseminada (CID), Anemia aguda e Insuficiencia renal. (17)

Criterios de referencia y Contrareferencias

Es esencial actuar con rapidez cada vez que se presume de que se tienen casps con dicho cuadro clínico, para hacer las referencias respectivas , preparar a la paciente debidamente para poder efectuar la referencia hacia centros que cuentan con implementación necesaria además de que cuente con profesionales capacitados. Identificar y preparar el caso para una inmediata referencia con dos vías endovenosas seguras con CINA al9‰ al establecimiento con FONE.

- El establecimiento con FONB: Confirmará el diagnóstico, evaluará posibilidad y necesidad de aplicar expansores completos de sangre o de plasma aplicación de expansores plasmáticos o sangre. Rápidamente y sin pérdida de tiempo refiere a la paciente preparada con dos vías seguras canalizadas, puesto que etiológicamente se identifico el shock de forma temprana. Es así que se completa y realiza la referencia al establecimiento con FONE.
- Establecimiento con FONE: Realizará exámenes auxiliares confirmando el diagnóstico, tomara acciones de base etiológica y formulara su respectivo procedimiento de solución, sea quirúrgico o no. Estabilizara a la paciente mediante acciones que propicien la reposición de volemia con ello demostrará su resolución definitiva en las mejores condiciones. (17)

FLUXOGRAMA (Ver fluxograma de Shock hemorrágico)



Fuente: Ministerio de Salud 2007, pág. 52

d).- ANEMIA EN POST PARTO

Definición de Anemia

De acuerdo a la investigación la anemia es una patología que se genera cuando se reduce significativamente la cantidad de glóbulos rojos y la constante reducción

de hemoglobina estamos hablando de mínimamente dos desviaciones estándar por debajo los parámetros normales. Hay mucha variación Los rangos de normalidad dependiendo de la población ya que se ven influenciados por factores geográficos, ambientales, sexo. En la costa el organismo produce más glóbulos rojos para realizar sus funciones con normalidad normales. Para un hombre tenemos hematocrito entre 40%-50%, hemoglobina entre 13g/dl-18g/dl; para una mujer: hematocrito entre 37%-40%, hemoglobina entre 12g/dl-16 g/dl. Según la siguiente relación hemoglobina/ hematocrito se sabrá la gravedad de anemia y el valor estándar o normal. (22)

En el transcurso del embarazo el 1er y 3er trimestre se considerará anemia cuando el valor de Hb<11 g/dly en el 2do trimestre cuando los valores de Hb<10.5 g/dl. La OMS define como anemia a valores de Hb<11g/dl y stambien siel hematocrito< 33%. (8)

La anemia posparto; tiene una alta incidencia a nivel mundial, sin embargo se autorresuelve en la primera semana en la mayoría de casos. A pesar de esto no se puede subestimar el riesgo que puede significar además de su capacidad de agravar ciertas complicaciones mayormente de carácter infeccioso. La anemia posparto es una de las causas principales de mortalidad materna en países pobres. Si no ocurre sangrado durante el puerperio ocurrirá una hemorragia en el parto, las bajas de hemoglobina no son apreciables en relación a sus registros del tercer trimestre. Al concluir la gestación, la fluctuación de hemoglobina es notable a días del , para luego elevarse hasta alcanzar los niveles anteriores al embarazo, por ello la velocidad y la magnitud del incremento al comienzo del puerperio

dependen de la hemoglobina ganada por la paciente en su embarazo y la pérdida de sangre en el parto. (22)

Etiología

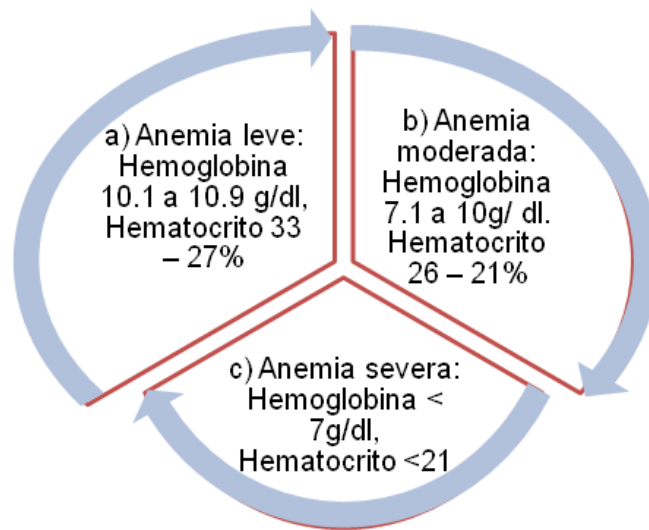
Para la mayor parte de casos, la anemia del posparto se debe a las hemorragias posparto, y puede presentar mayor complicación si hubo preexistencia de anemia en el transcurso del embarazo ya que las pérdidas hemáticas fisiológicas que conlleva el parto se sumaría como factor de riesgo. En otros casos, el factor determinante sería el volumen la perdida en embarazadas que estaban sanas antes de la gestacion. (22)

Epidemiología

Según INEI, la prevalencia de anemia fue de 21% (2009), teniendo Lima el 22.6% de casos. Sin embargo para el ENDES 2014, la prevalencia de anemia incrementó al 28.9%, de este porcentaje tenemos con anemia leve 19.2%, anemia moderada 9.3% y anemia severa 0.4%. En Lima la prevalencia de anemia durante el tercer trimestre de embarazo es el más común, evidenciándose que un 25.8% presenta anemia leve y un 1.3% anemia moderada. (8)

Clasificación

Anemiase clasifica de la siguiente manera (OMS)



Clasificación etiológica

Según el volumen de pérdida de sangre (Anemia aguda y anemia crónica).

1. Por producción deficiente de eritrocitos (por la deficiencia de factores que intervienen en la eritropoyesis como hierro, cobre, cobalto, vitamina B12, proteínas, ácido ascórbico principalmente).
2. Por destrucción excesiva de eritrocitos (anemias hemolíticas).
3. Por defectos intrínsecos del eritrocito; por un factor intrínseco más un factor extraeritrocito; y por factores extraeritrocíticos.
4. Por enfermedades que propician la disminución y producción de eritrocitos y a la vez incrementa la destrucción de los mismos. Esto se produce por defectos en la síntesis de hemoglobina, por alguna enfermedad crónica (infecciosa, cáncer, artritis reumatoide).

Clasificación morfológica

1. Anemias macrocíticas: insuficiencia de vitamina B12 y ácido fólico (anemias megaloblásticas macrocíticas). Incrementa la actividad de la médula ósea y en otras circunstancias (anemias macrocíticas no megaloblásticas).
2. Anemias hipocrómicas, microcíticas: Insuficiencia de hierro causada por hemorragia, alimentación deficiente en hierro, mala absorción por demanda excesiva de hierro (crecimiento, menstruación, embarazo).
3. Anemias normocíticas: insuficiencia de la médula ósea, por pérdida aguda de sangre, padecimientos crónicos, destrucción de sangre. (22)

Factores de Riesgo

Existen agentes que incrementan las posibilidades de producir cuadros de anemia posparto. Sobre distensión uterina que normalmente se produce por embarazo gemelar, multiparidad o feto grande, el estiramiento de las fibras musculares han sufrido un estiramiento tal que han perdido la capacidad de retracción por ende carece de la firmeza suficiente para que vasos abiertos puedan ocluirse de forma rápida después del parto, como otros agentes de riesgo tenemos: rotura uterina, contracciones ineficaces, Lesiones, episiotomía, laceraciones vaginales y desgarros de cuello.

En países en vías de desarrollo y países pobres las pacientes no pueden tolerar una pérdida de sangre tal como la que una mujer saludable podría hacerlo, además de que en países pobres los partos ocurren en su mayoría en instalaciones de su

propio hogar, ya sea por economía o creencias, preferencias culturales, difícil acceso , deficiente servicio de salud. (23)

Factores socioculturales y económicos: son los siguientes: educación deficiente y de bajo nivel, desempleo, pobreza extrema, deficiente seguridad social, inadecuada alimentación complementaria. Falta de implementación de programas sociales.

Factores político- institucionales: Políticas públicas

Para la población de gestantes el nivel nutricional y salubridad alimentaria, difícilmente toma relevancia y el interés requerido en la agenda pública. Al parecer no existe capacidad de respuesta a nivel institucional, además no existen trabajos óptimos de reconocimiento de estos factores tan importantes tampoco han sido debidamente contextualizados. Lo que se traduce en Falta de coordinaciones al respecto y falta de inversión pública. (23)

Factores socio demográficos

Los factores sociodemográficos que pueden afectar o incrementar el riesgo de anemia postparto en pacientes del área rural ,que no tienen acceso o su acceso es difícil al control prenatal, o no se realizan controles adecuados de su embarazo ,el trabajo, la desnutrición. El índice de la masas corporal bajo y como anteriormente se lo describe el estado socioeconómico bajo, sobré la edad, en adolescentes, y en mayores de 35 años de edad. (22)

Cuadro Clínico

La semiótica de la anemia está directamente relacionada a la velocidad con la que se manifiesta, edad de la gestante, y el grado de anemia; por ejemplo las anemias leves son compensables con la curva de disociación hemoglobina/oxígeno la cual es una capacidad innata que propicia conservar la estabilidad del aporte de oxígeno a los tejidos. Para casos graves y/o agudos de anemia podemos observar síntomas como: dolor de pecho, piel húmeda y fría, disminución del volumen de orina. Todo este conjunto de síntomas pueden tener final en hipoxia celular, a veces es difícil detectarlo porque se confunde con otros problemas. (22)

Sintomatología de Anemia

Generales	Manifestaciones Cardio circulatorio:	Manifestaciones Neurológicas :	Manifestaciones En la piel:
Cansancio, Disminución del deseo sexual, Alteraciones menstruales	Palpitaciones, fatigas tras el esfuerzo, Tensión baja, Inflamación en los tobillos.	Dolor de cabeza, Mareo, vértigo, Somnolencia, confusión, irritabilidad, Ruidos en los oídos	Palidez, Fragilidad en la uñas, Caída de cabello.

Fuente: Cárdenas, 2014, pág. 14

La anemia posparto puede determinar algunos síntomas en mayor o menor grado, dependiendo según su cronología y gravedad: abulia, palidez, Anorexia, fatiga, edema, debilidad y disnea. (22)

Diagnostico

la anemia en la mayoría de casos se revela durante el control prenatal a través de un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina y hematocrito, para diagnosticar anemia se realiza una serie de preguntas a la paciente acerca de antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos, revisión del registro clínico y examinar físicamente a la gestante buscando manifestaciones de palidez. El déficit de hierro influencia enormemente el diagnóstico y la evaluación de la respuesta al tratamiento. Se deben efectuar las siguientes pruebas básicas de laboratorio: Hierro Sérico, Hemograma. Hb, Hcto, VCM, HCM, CHCM.

Exámenes Auxiliares

Existen procedimientos que pueden servir de apoyo auxiliar para los diagnósticos; mediante un examen de laboratorio revisar el índice del tamaño del glóbulo rojo, para ello se debe medir la amplitud de la distribución de tamaño de los eritrocitos circulantes, se conoce como volumen celular medio (VCM). De los índices eritrocitarios que se pueden valorar, el VCM es el más específico para diagnosticar deficiencia de hierro, pero al igual puede ser positivo en caso de inflamación crónica.

a. Laboratorio: Se solicita los siguientes: Hemoglobina, hematocrito, hemograma, Constantes corpusculares, Grupo sanguíneo y Rh, Perfil de coagulación, Glucosa, Urea y Creatinina. Examen completo de orina. Proteínas totales y fraccionadas.

b. Imagenología: Ecografía Obstétrica

c. Exámenes especiales: cuando no hay respuesta al tratamiento de inicio o en casos de anemia severa, solicitar evaluación por especialidades de apoyo de Hematología Clínica y de Medicina Interna. Solicitar investigación de: Sangre oculta en heces. (Thevenon) Ferritina sérica, Dosaje de Ácido Fólico, Investigación de anticuerpos irregulares (22)

Tratamiento - Manejo:

- Medidas generales

Orientar a la paciente para mejorar su dieta y asegurar que los alimentos que consuma contengan ácido fólico y Hierro. Verificar la posibilidad de que se suscite un sangrado anormal, antecedentes de enfermedad ulcerosa y la existencia de parásitos intestinales.

- Medidas específicas

Propiciar el consumo de suplementos de Hierro de 100mg. diarios. Mínimamente por un periodo de tres meses. En caso de manifestaciones de anemia megaloblástica o desnutrición agregar ácido fólico 1 mg por día. En caso de anemia aguda por hemorragia utilizar hemoderivados. Hacer controles de ferritina mensualmente, también hemoglobina, constantes corpusculares. (24)

Tratamiento oral

Dosis terapéutica oral es de 60 a 120mg día de Hierro es muy necesario para mantener saturadas las reservas de ferritina por 6 meses;

- 600mg. de gluconato ferroso (absorción=10%)
- 300mg. de sulfato ferroso (absorción=20%)

- 200mg. de fumarato ferroso (absorción=30%)

la anemia ferropénica tiene opciones de tratamiento que buscan los mejores resultados posibles implementado campañas que consideran tratamientos alternativos; por ejemplo para mejorar la absorción se recomienda el uso de ácido ascórbico para consumirlo conjuntamente con los alimentos de la dieta prevista, existe evidencia de que se han obtenido buenos resultados; otra alternativa es la utilización de sangre de ganado bovino la cual contiene hierro hemico con al que se elaboran alimentos,. (24)

Transfusiones

Son muy necesarias y vitales para restablecer la volemia y conservar la perfusión de los órganos vitales. son muy utilizadas para tratamientos de anemia grave durante el puerperio, pero a pesar de los avances realizados en hemoterapia y de las medidas de control establecidas, no están exentas de riesgos. Se pueden tener efectos colaterales como reacciones secundarias, contaminación, infecciones como citomegalovirus, VIH y hepatitis, también puede haber lesiones pulmonares, sobrecarga de líquidos, embolia gaseosa y reacciones alérgicas. También efectos a nivel inmunológico como urticaria, escalofríos, fiebre o de mayor gravedad como hemolisis secundaria a la administración de sangre no compatible. (24)

Hierro parenteral

Cuando se requiere recuperación rápida de la anemia ferropénica, en los casos moderados a severos, cuando hay efectos colaterales con el hierro oral, terapia conjunta con eritropoyetina. Hierro Sacarosa (categoría B-FDA) Calcular el

porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg., de hierro son necesarias para incrementar la hemoglobina en 1g/dl.

Administración Práctica:

- 100mg (1 ampolla) de hierro sacarosa en 100ml de Solución Salina 0,9% pasar IV en una hora.
- 200mg (2 ampollas) de hierro sacarosa en 200ml de Solución Salina 0,9% pasar IV en una hora.
- 300mg (3 ampollas) de hierro sacarosa en 300ml de Solución Salina 0,9% pasar IV en una hora.

Dosis máxima recomendada a infundir en un día, 300mg (3 ampollas), dosis máxima recomendada a infundir en una semana, 500mg (5 ampollas) (22)

Criterios de alta:

Estabilidad hemodinámica

Ausencia de infección o signos de alarma (sangrado, fiebre, etc.) (24)

e).- PARTO DOMICILIARIO

Definición:

Se define así a aquel parto que acontece dentro de las instalaciones del hogar de la gestante y recibe asistencia de un individuo ajeno al establecimiento de salud puede ser una partera, algún familiar o vecino, en un entorno familiar lejos del ambiente hospitalario. También se define en las culturas andinas, que el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción. Son

creencias que respetan a través de los años y consideran a la madre que se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna. (25), considera que el parto domiciliario se da en algunas culturas donde las prácticas ancestrales tienen relación no solo con la salud de la persona si no también una armonía con el entorno que les rodea, rechazando de esta manera las instituciones de salud, como alternativa para dar a luz.

En la Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna, del Ministerio de Salud del Perú, define “Parto Domiciliario” como aquel parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agentes comunitarios de salud, familiares u otros. (29)

Incidencia:

Referente a la investigación en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Entre los años 2012 y 2016, los datos estadísticos se evidencia un aumento de atención de parto “por médico (de 53,9% a 65,3%). En cambio, la atención de parto por obstetras disminuyó de 31,0% a 25,9%. Y en la atención por comadrona/partera, bajó de 6,8% en el año 2012 a 3,7% en el año 2016. Según características de la mujer son notables las diferencias en el tipo de profesional que atiende al parto.

En el informe estadísticos, el porcentaje de atención por médico fue mayor entre las mujeres con el primer nacimiento en comparación con el sexto o mayor (70,9% frente a 39,9%). Sin embargo, los diferenciales fueron más notorios con la educación o capacidad económica de la madre. Se refleja la atención por un médico fue 1,3 veces más alto si la madre tiene educación superior que si no tiene educación (82,5% frente a 36,1%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (90,6%) en relación con madres del quintil inferior de riqueza (35,0%). De otro lado, el porcentaje de partos atendidos por obstetras fue mayor en el caso de las madres ubicadas en el segundo quintil de riqueza y quintil inferior (33,9% y 33,4% respectivamente), en las menores de 20 años de edad (32,4%), en mujeres con educación secundaria (33,4%) o cuando el parto se realizó en un establecimiento de salud (30,9%).

La atención del parto por “Comadrona/Partera” se realizó en mayor proporción cuando se trata de partos no institucionales (39,8%), en mujeres ubicadas en el quintil inferior (13,3%), y con educación primaria (12,0%). Finalmente, se demuestra un problema cultural en el país, que todavía existen casos de partos que fueron atendidos por familiares/otros, como a mujeres sin educación (10,8%), con el sexto o posterior nacimiento (12,6%) y ubicadas en el quintil inferior (10,8%).

El nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú. Así, se incrementó de 25,3% a 31,6% entre los años 2012 y 2016. Al desagregar la cifra por características de la madre, se

revelan importantes contrastes. Se observó que los mayores porcentajes de cesáreas se realizaron entre mujeres del quintil superior (59,0%) o con educación superior (49,9%). En cambio, las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (10,9% y 9,9%, respectivamente) muestran los menores niveles. Según ámbito geográfico, existió una diferencia de 25,7 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (74,3% frente a 40,7%). Mientras que, en las regiones de la Selva (38,3%)". (26).

Tras las investigaciones que existe actualmente sobre la seguridad del parto planeado en el hogar, existe evidencia de que el parto no hospitalario incrementa el riesgo de presentar complicaciones tanto maternas como perinatales, específicamente hemorragia postparto, trauma obstétrico, hipotermia e hipoglicemia neonatales.

El mayor riesgo de complicaciones se debe a las condiciones insalubres del lugar donde se atiende el parto, a que frecuentemente es atendido por personas no calificadas para la atención obstétrica y a la pérdida de oportunidad en la atención médica hospitalaria en el caso de presentarse alguna complicación. Encontrando mayor frecuencia de parto domiciliario, en población de menor nivel socioeconómico, habitantes del medio rural, control prenatal deficiente o ausente, gran multiparidad y lejanía entre la unidad de atención obstétrica y la comunidad. (27)

Las atenciones de partos por “Comadrona/Partera” según los datos estadísticos “en el área rural (11,3%) y en la región de la Selva (10,4%). Asimismo, en Loreto (18,0%), Cajamarca (16,6%) y Piura (8,3%). Finalmente, existen lugares donde una parte importante de los partos fueron atendidos por familiares/ otros, como Amazonas (15,4%), Ucayali (13,1%) y Loreto (12,0%)”. (26)

Factores que influyen parto domiciliario

En los estudios investigados existen factores personales, sociales culturales, que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, Se revisó la Guía de parto interculturalidad del Ecuador menciona que entre los factores institucionales que condicionan a un parto domiciliario son por estas razones, más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto. (28)

Factores Sociales

El factor social también influye al parto domiciliario, según la Organización Panamericana de Salud menciona que la inequidad es una desigualdad que existe en la sociedad, a no tener acceso a todos los servicios, ya sea por su etnia, religión, origen las personas reciben un trato desigual y hasta discriminatorio (20)

Factores Personales

En los casos investigados que influyen al parto domiciliario, menciona que la persona juega un rol dentro de la sociedad, dependiendo de su nivel social y cultural, existen elementos internos y externos que influyen en la toma de decisiones del individuo, aunado a la motivación y razones específicas, las personas deciden realizar una u otra actividad, por lo que existen factores propios de la persona que pueden asociarse al abandono al control prenatal tales como: la corta edad, el bajo nivel educativo, la no convivencia, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario, la procedencia rural. Poco apoyo de la pareja, poca importancia al control prenatal, miedo al examen ginecológico, olvido de las citas de control prenatal, dificultad para el cuidado de los hijos, edad extrema, multiparidad, embarazo no planificado, poco tiempo de la consulta y desconocimiento sobre el control prenatal. (28)

Factores Culturales

En los estudios encontrados sobre los factores culturales, económicos, geográficos explica, las razones para preferir el parto en el domicilio. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post parto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública. La gran mayoría de campesinas rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. (28)

En el caso del parto y del alumbramiento, las campesinas dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en generación, la técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los centros de salud, pasan a ser remplazadas por la experiencia de las llamadas comadronas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se la ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas.

En un primer momento se ha privilegiado la adecuación cultural del parto, para garantizar a las mujeres indígenas el acceso a los servicios y responder a las aspiraciones de ellas y de las organizaciones comunitarias de que su cosmovisión se respete y se integre en las políticas de salud, y en relación a este modelo. (28)

Contraindicaciones al Parto en casa

Existen dos tipos absolutas y relativas:

Las Contraindicaciones absolutas: por ejemplo enfermedad materna grave ya sea cardíaca, renal, respiratoria, psiquiátrica, etc. Embarazo de alto riesgo (hipertensión, diabetes, anomalías fetales, placenta previa, feto muerto intraútero, prematuridad (< 37 SG), Postérmino (>42 SG), Crecimiento Intrauterino Retardado, hidramnios, etc.), drogodependencias, anemia gestacional grave, enfermedades infecciosas graves, presentación fetal no cefálica, gemelos y patología del líquido amniótico.

Las Contraindicaciones relativas: gran multiparidad, Cesárea anterior, ambigüedad de los padres respecto al deseo de parto en casa y embarazo no controlado o mal controlado. (28)

Actividades de Captación y Seguimiento

Según las normas se vienen implementando las intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y puérperas. Donde los establecimientos de salud del primer nivel están en proceso de incorporación del radar de gestante y/o tarjetero y/o mapeo y el libro de seguimiento de la gestante y puérpera, la elaboración del plan de parto en la segunda y tercera entrevista la misma que se efectúa en el domicilio de la gestante, a fin de promover el parto institucional; el seguimiento de gestantes y puérperas según su condición de riesgo. Intervención, la búsqueda activa de identificar y captar el

100% de gestantes y puérperas de parto domiciliario de la jurisdicción, siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, según Modelo de la Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad.

El personal de salud realiza la búsqueda activa de gestantes y puérperas en estrecha coordinación con los agentes comunitarios de salud, lo que permite detectar, educar, prevenir. Intervenir y controlar oportunamente sus condicionantes de riesgo biopsicosocial. Además se brinda estrategias diferenciadas en la búsqueda de gestantes y puérperas adolescentes involucrando a todos los actores locales. Estas actividades se reflejan en datos estadísticos de la jurisdicción. (29)

Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la puérpera

En el paquete de actividades intervienen: la realización de educación en higiene, en alimentación para la madre, en brindar educación en el cuidado al Recién Nacido, en identificar los casos de Depresión. Psicosis puerperal, en desequilibrio de salud mental, en identificar los casos de Violencia Basada en Género (VBG), también es muy necesario brindar información acerca de la importancia de una buena planificación familiar, también recibir información para prepararse a efectuar el reconocimiento de síntomas y signos que puede presentar la madre, en verificar la ingestión de sulfato ferroso + ácido fólico, en revisar si se hizo efectivo el registro en línea al sistema, o si ya se cuenta con el certificado de

nacimiento, e informar los pasos a seguir para la obtención del DNI de la/el recién nacida/o y obtener la firma de compromiso para acudir al control de puerperio (29)

La Organización de la comunidad frente a las complicaciones maternas

Se está Implementando las acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial, de acuerdo al Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad que permita: Coordinar para contar con medios de comunicación y transporte comunitarios. Coordinar y promover un plan para la donación de sangre y/o potenciales de sangre en caso de emergencia. Promover un esquema financiero de la familia y comunidad para gastos imprevistos. Contar con un sistema de referencia comunal operativo. (29)

CAPITULO II

2.1.- CASO CLINICO

COMPLICACION DE PARTO GEMELAR EN DOMICILIO NIVEL I-4 **EN LA PROVINCIA DE OYON- LIMA - 2017**

Introducción:

El presente trabajo académico nos da a conocer el desenvolvimiento del trabajo en equipo del establecimiento e interinstitucionalmente las complicaciones del parto gemelar en domicilio y en cumplir unos de los objetivos de contribuir en la disminución de la morbimortalidad materna perinatal; priorizando el lado humano fortaleciendo la calidez y calidad en la atención en la familia; mostrando los conocimientos aprendidos para salvar varias vidas, insistiendo y persistiendo ante la idiosincrasia de la comunidad, logrando ganar 2 vidas : madre y su recién nacido, uno fallecido atendido por una partera empírica. Evento ocurrido el día 10 de julio del 2001 a horas 11:00

2.2.- Objetivo:

Analizar la complicación de Parto Gemelar en Domicilio del nivel I-4 de la provincia de Huaura Oyon- Lima – 2017 y el manejo oportuno para salvar la vida de la gestante

En el 4to control prenatal la obstetra realizo un diagnostico presuntivo de Embarazo Gemelar mediante la maniobra de Leopold y realizo la interconsulta con Medicina y servicio ecografico

Ecografía Obstétrica: 15 de junio del 2001

Diagnóstico de Embarazo Gemelar.

	DBP	LFC	E.G. estimada
FETO 1	7,5 cms	148 x'	30ss 3 días
FETO 2	8 cms	140 x	32 ss 4 días

Fuente: Elaboración propia

Recibió consejería de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) con formato de solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas el 30 de junio del 2001

DISA ESTABLECIMIENTO *Junio 2001* S.B.S. HUAURA - OYON N°

Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas

Yo, _____, identificada con D.N.I. o I.E. N° _____, pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendo lo siguiente:

- Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.
- La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia.
- Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad, poco frecuentes.
- Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente.
- Este es el mínimo de fallos del método que podría dar lugar a un embarazo.
- Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.
- La operación, sus cuidados, medicinas y atención con la complicación son gratuitas.
- Dispongo de por lo menos tres días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, se me otorga el servicio de salud para operarme.
- Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, siempre hay o habrá un consentimiento.
- En yo, ni mi pareja, ni mis parientes perderá su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, luego de haber decidido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y post operatorias y asistirá los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indiquen. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: *30/6/01*

Firma y sello del Personal Que brinda la información y consejería

Firma de la Usaria O representante Legal Huella Digital

Si la usaria es una diabeta, un paciente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: *30/6/01* Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo D.N.I. o I.E. Huella Digital de el/la Testigo

Fecha de la Intervención *30/6/01*

Yo, _____, notifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas.

Yo, _____, con CNP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada.

Firma o Huella Digital de la Usaria Firma y sello de el/la Médico/a Chagrinosa

Fuente: Elaboración propia

Se realizó la referencia oportuna al hospital de mayor complejidad para consulta, evaluación, atención de parto y anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), el 15 de Junio del 2001 y el día 30 de Junio del 2001, a horas 11 horas con diagnóstico de Multigesta de 36 semanas por ultima regla, Embarazo Gemelar por ecografía Obstétrica y Alto Riesgo Obstétrico. Con siete controles prenatales.

Exámenes Auxiliares	23- Junio -2001
GLUCOSA	50 mg/ 100ml
G.S. Y R.H.	“A” (+)
HEMATOCRITO	35 %
HEMOGLOBINA	11.8 gr/dl
RPR	NEGATIVO
EXAMEN DE ORINA	Leucocitos 20 – 22 x cc

Fuente: Elaboración propia

En su control pre natal del 25 de junio recibió tratamiento de Infección Urinaria con Gentamicina de 160 mgr vía intramuscular.

Se realiza una segunda ecografía Obstétrica el 07 de Julio de 2,001

	Posición Fetal	LFC	E.G. estimada
FETO 1	Céfalo Longitudinal	133 x´	36ss 4 días
FETO 2	Transversal Dorso Superior	132 x	36 ss 4días

Fuente: Elaboración propia

Enfermedad Actual

Paciente refiere que no viaja por factor económico a la ciudad y se programo

La referencia con ambulancia para el día 12 de julio a las 11 horas.

El día 10 de julio del 2001 a 11 horas

Se realizó la visita domiciliar programada con priorización al alto riesgo, encontrando que la gestante estaba siendo atendida por una partera durante su labor de parto, se conversó con el esposo explicando el riesgo a ocurrir, pero por sus creencias no permitieron al personal de salud a realizar su labor y retornaron al centro de salud y comunicaron lo ocurrido.

11:30 horas

El equipo de salud con la ambulancia y con el apoyo de la policía de la jurisdicción, se visitó nuevamente la casa de la parturienta donde el esposo seguía con su negatividad de no dejarnos pasar.

11:40 horas

El policía levanto un acta del acontecimiento en presencia de los vecinos como testigos sobre el comportamiento del esposo y de la partera.

A la insistencia del equipo de salud y del policía se ingresó al domicilio constatando: parturienta tendida en el piso y alrededor regular cantidad de sangre, con funciones vitales: presión arterial no perceptible, frecuencia cardíaca 30 x', frecuencia respiratoria 8 x'.

Se constataron dos neonatos: uno vivo y el otro sin signos de vida; se evacuó inmediatamente a la paciente al centro de salud.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

10-07- 2001 12:30 horas

Paciente ingresa por emergencia del centro de salud del nivel I-3, en camilla de ambulancia, cubierta con frazadas. Recibida por el personal de salud



Fuente: Elaboración propia

ExamenClínico

Se encuentra palidez marcada

Sin evidencia de movimientos respiratorios

No se auscultan latidos cardiacos

Ausencia de pulso carotideo y radial

Abdomen y miembros inferiores con huellas de sangrado abundantes

Se realiza el examen del tacto vaginal, encontrando un útero contraído, coágulos hemáticos decolor oscuro en canal vaginal de escasa cantidad.

Diagnostico

1.- Diagnostico

- Puérpera de 1 hora y media de parto domiciliario
- Paro cardiopulmonar
- Shock hipovolémico
- Anemia severa

1.- Plan de Actividades

Inmediatamente realizaron la reanimación cardiopulmonar básica, colocación de 03 vías periféricas: 02 venas humerales y la vena safena marginal de los pies. Se administraron Poligelina, cloruro de sodio al 9% a chorro por vía endovenosas, se aplicaron adrenalina 01 ampolla stat,

12:40 horas:

Se perciben latidos cardiacos, presencia respiratoria 15 x', presión arterial sistólica 60 mmHg (palpatoria).

12: 50 horas:

Paciente entra nuevamente en paro cardiorespiratorio, se inicia reanimación cardiopulmonar básica, se administra adrenalina 01 ampolla endovenoso stat, se administra Atropina 01 ampolla endovenoso stat,

Se consigue actividad cardiaca en frecuencia de 40 x' y actividad respiratoria espontanea: se continua con aportes de fluidos endovenosos a chorro logrando establecer las funciones vitales: Frecuencia cardiaca 60 x', frecuencia respiratoria 18 x, presión arterial 70/40 mmhg.

Se comunica al hospital de referencia de mayor complejidad de la jurisdicción mediante vía telefónica los acontecimientos realizados, y para trasladar ala paciente, lo cual refieren que deberían ver estado hemodinámica de la paciente; el reporte verbal del hematocrito era 15 %, el hospital refiere que se debería transfundir sangre directa inmediatamente.

Se realiza la junta médica del establecimiento para realización de la transfusión sanguínea de la paciente y decidiendo no evacuar a la paciente a razón de su inestabilidad hemodinámica, se decide la transfusión sanguínea directa. Se conversa con los familiares para la donación de sangra especialmente con el esposo lo cual refirió no puede donar por estar débil.

13:20 horas

Se realiza la transfusión sanguínea directa, teniendo las pruebas de compatibilidad del grupo sanguíneo y el factor RH: G.S.: "A" y RH: (+)

Obstetra del establecimiento se ofrece voluntariamente para ser su donante, la transfusión duró 4 minutos, previamente se administró 01 ampolla de dexametasona y 01 ampolla de clorfenamina vía endovenoso.

Esta acción de transfusión sanguínea directa se realizaba por primera vez en el centro de salud, por tanto se tenía que condicionar el venoclisis con doscatéteres, el donante en una altura de un metro y medio, se innovaron mecanismos para que la sangra fluyera a temperatura corporal con bolsas de agua caliente,



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

13:30 horas controlde funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto.

13:45 horas control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto.

14:00 horas control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto con 20 UI de oxitocina.

14:15 horas control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto con 20 UI de oxitocina.

14:30 horas control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto con 20 UI de oxitocina

14:45 horas control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis masaje uterino y con vía permeable CLNA 9% con goteo de 30 por minuto con 20 UI de oxitocina.

15:00 horas

Paciente tolera la transfusión sanguínea, controles de funciones vitales: Presión Arterial 80/60 mmhg, frecuencia cardiaca 90 x', frecuencia respiratoria 32 x'. Se prosiguió las indicaciones médicas:

Secolocó sonda vesical, se administró 01 ampolla de ergotrate de 0.2 mgr. Vía intramuscular stat, se administró cloruro de sodio 9% con 20 UI de oxitocina con goteo 30 x', se controló diuresis.

15:30horas se realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y permeabilidad de la vía.

16:00horas se realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginay permeabilidad de la vía

16:30horas se realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y permeabilidad de la vía

17:00horas se realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal, observando la permeabilidad de la vía, conversando con la paciente para saber su lucidez, lugar, tiempo y espacio.

18:00 horas se realizó control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, permeabilidad de la vía indicada.

19:00 horas se realizó control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, permeabilidad de la vía indicada

19:10 horas

Paciente evaluada por medico de turno y se realizó control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis, permeabilidad de la vía indicada

Paciente con monitoreo puerperal por obstetras, con vía permeable con cloruro de sodio 9% con 20 UI de oxitocina con goteo de 30x´, funciones vitales: PA 80/60

mmhg, Frecuencia cardiaca 85 x', Frecuencia respiratoria 20 x', afebril. Se realizó la siguiente **ecografía pélvica** diagnosticando restos placentarios; se evidencia sangrado escaso cantidad y se programó un legrado uterino.

20:00 horas

Paciente evaluada por medico de turno, encontrando a la paciente en regular estado general, lucida, palidez marcada piel y mucosas, funciones vitales estables, al examen:

Pulmones: no ruidos, Corazón: no soplos, Abdomen: ruidos hidroestáticos positivo, Genitales: sangrado vaginal escaso

2.- Diagnóstico:

- Puérpera de 9 horas
- Post reanimación cardiopulmonar
- Shock hipovolémico en remisión
- Retención de restos placentarios

2.- Plan de Actividades:

Se administró cloruro de sodio 9% con 20 UI oxitocina con goteo 30 x'

Se aplicó 01 ampolla de Gentamicina de 160 mg cada 24 horas vía intramuscular.

Se aplicó 01 ampolla de Cloranfenicol de 1 gramo vía endovenoso cada 8 horas.

Se controló las funciones vitales y diuresis. Toda esta actividad se realizaron en equipo multidisciplinario.

21:00horasse realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y la permeabilidad de la vía.

22:00 horasse realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y la permeabilidad de la vía.

23:00 horasse realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y la permeabilidad de la vía.

24:00 horasse realizó controles de funciones vitales, diuresis, control de sagrado vaginal y la permeabilidad de la vía.

11 de julio del 2001 a 01: 20 horas

Paciente despierta, con palidez marcada, lucida con vía permeable a goteo regulable, con útero contraído, sangrado vaginal de regular cantidad acumulado en paños, sin olor. Refiere dolor torácico y abdominal, diuresis de 400 cc., orina de aspecto hemático, funciones vitales: frecuencia cardiaca 88 x´, frecuencia respiratoria 22 x´, presión arterial 86/50 mmhg. Indicación de Tratamiento:

- Cloruro de sodio 9% con 20 UI de oxitocina con goteo 30 x´
- Ampicilina 1 gr. Vía endovenoso cada 8 horas
- Se suspende la Gentamicina hasta evidenciar adecuado volumen de diuresis.
- Controles de funciones vitales y sangrado vaginal
- Controles de diuresis estricto

03:00 horas paciente estable, tranquila, con indicaciones médicas, control de funciones vitales, control de sangrado vaginal, control de diuresis.

04:30 horas

Reevaluación de la paciente por medico de turno, continúa estable, pálida, útero contraído, sangrado regular cantidad, sin mal olor, paciente refiere dolor torácico intermitente de moderada intensidad, la orina continua con aspecto hemático sin evidenciar cambios en volumen de la diuresis, funciones vitales: Frecuencia cardiaca 82 x', frecuencia respiratoria 20 x', presión arterial 90/60 mmhg, se programó legrado uterino a primera horas.se prosigue el mismo tratamiento indicado.

06:00 horas paciente estable pasó la noche tranquila, con vía permeable, control de funciones vitales, control de sangrado vaginal y diuresis

08:20 horas

Paciente refiere apetito, no refiere mareo, no cefalea, dolor escaso a nivel abdominal, aparente regula estado general. Al examen:

Mucosas húmedas, no ictericias, no cianosis, marcada palidez y mucosas, tórax y pulmones: no ruidos

Corazón: no soplos

Mamas: flácida, pendular, no secreción láctea.

Abdominal: ruidos hidroestáticos positivo, depresible, fondo uterino 5cm. Sobre la cicatriz umbilical y útero contraído.

Sistema nervioso: despierta, lucida, no déficit de sensitivo, ni motor no signos focalización. Funciones vitales: frecuencia cardiaca 76 x', frecuencia respiratoria 20 x', presión arterial 90/60 mmhg, Temperatura 36.7 °c,

3. Diagnostico

- Puérpera mediata 1er día (22 horas)
- Post reanimación Cardiopulmonar por 03 veces
- Post transfusión Sanguínea
- Retención de restos placentarios

Cursa con estabilidad hemodinámica, luego de un tratamiento oncogénico de shock hipovolémico,

3.- Plan de actividades

Paciente con indicación nada por vía oral

Cloruro de sodio 9% con 20 UI de oxitocina con goteo 30 x'

Se administró ampicilina 01 gr. Vía endovenoso cada 8 horas

Se administró gentamicina 160 mg. Endovenoso cda 24 horas

Se administró methergin 01 tableta cda 8 horas vía oral

Preparación para legrado uterino

Controles de funciones vitales y controles de sangrado uterino.

Se realizó hematocrito de control.

Exámenes auxiliares	11 de julio 2001
hematocrito	19 %
hemoglobina	6.3 gr/dl

Fuente: Elaboración propia

09:00 horas

Se administró ampicilina 1 gr vía endovenoso por indicación médica, sigue con su vía permeable CLNA 9% con 20 UI oxitocina con goteo 30 por minuto, control de funciones vitales, control de diuresis, control de sangrado vaginal.

Reporte de Legrado Uterino

Preparación de paciente: Examen físico

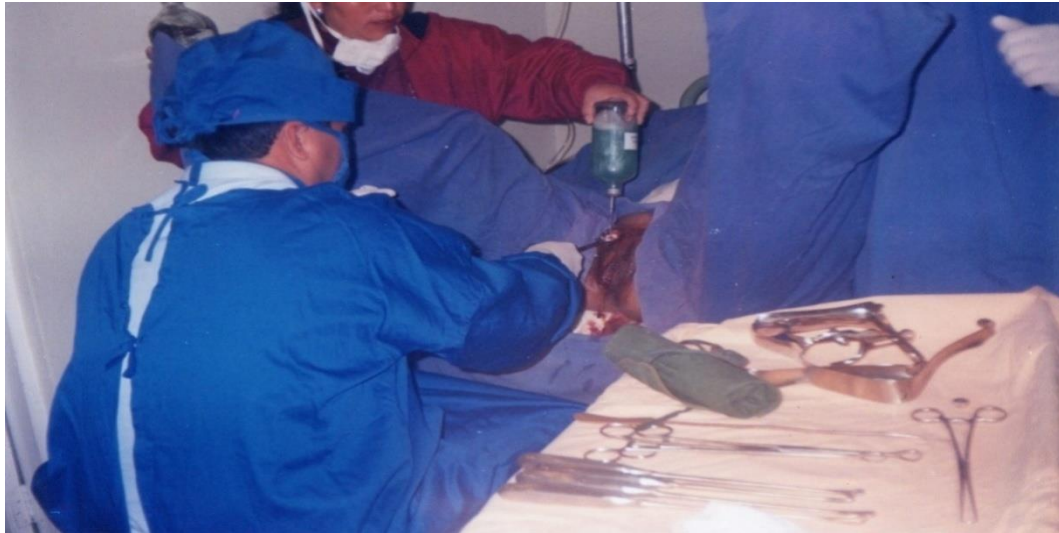
Se administró sedación analgesia:

- Midazolan 1cc vía endovenoso
- Atropina 1 mgr vía endovenoso
- Keterolaco 80 mgr vía endovenoso
- Cloruro de sodio 9% con 20 UI de oxitocina con goteo 30 x´

Histerometria: 13 cm,

Se realiza la limpieza con pinza foester, se extrajo abundante restos placentarios sin mal olor, paciente tolera el procedimiento.

Controles de funciones vitales: Presión arterial 90/60 mmhg, frecuencia cardiaca 82 x´ frecuencia respiratoria 20 x´.



Fuente: Elaboración propia

Paciente evaluada cada hora por el equipo multidisciplinario en los turnos de día y en el turno noche, realizando los controles de las funciones vitales, control de diuresis, control de sangrado vaginal, el aseo perineal por el personal técnico, la permeabilidad de la vía y prosiguiendo el tratamiento indicado por los médicos de turnos.

El personal de turno entrega el reporte de la paciente al personal entrante al servicio y se reporta el caso en la visita médica a cargo del médico de turno.

12 de julio del 2001 a 8:00 horas

Paciente refiere leve mareo al tratar de levantarse de la cama, niega cefalea, curso afebril, refiere descansado tranquila durante toda la noche, apetito conservado, sed conservada, diuresis 1,200 cc, leve hematuria.

Al examen: paciente aparente regular estado general, con vía permeable.

Piel: tibia, elástica, palidez de piel y mucosas

Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa bien,

Mamas: péndulas, escasa secreción láctea

Aparato cardiovascular: no soplos

Abdominal: ruidos hidroestático positivo, blando, depresible, útero contraído, 4 cm por encima de la cicatriz umbilical.

Genitales Externos: escaso sangrado vaginal, sin mal olor.

Neurológico: despierta, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca 80 x', frecuencia respiratoria 20 x', presión arterial 90/50 mmhg,

4.- Diagnostico

- Puérpera de 2do día
- Post reanimación cardiopulmonar

4.- Plan de Actividades

- Paciente con dieta completa más líquido a voluntad
- Terminar y retirar vía
- Ampicilina 1 gr cda 8 horas vía endovenoso
- Gentamicina 160 mgr cada 24 horas vía endovenoso
- Methergin 01 tableta vía oral cada 8 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal

Se realizó las indicaciones médicas durante las 24 horas estrictamente. Paciente evaluada cada horas por el equipo multidisciplinario en los turnos de día y en el turno

noche, realizando los controles de las funciones vitales, control de diuresis, control de sangrado vaginal, el aseo perineal por el personal técnico, la permeabilidad de la vía y prosiguiendo el tratamiento indicado por los médicos de turnos.

El personal de turno entrega el reporte de la paciente al personal entrantes al servicio y se reporta el caso en la visita médica a cargo del médico de turno.

13 de julio de 2,001 a 08:00 horas

Paciente refiere presentar tos intermitente con expectoración blanquecina, además presenta mareos al levantarse de la cama, curso afebril, apetito conservado, sed conservado. Orina 650cc, deposiciones no refiere.

Al examen:

- Controles de funciones vitales: presión arterial 80/50 mmhg, frecuencia respiratoria 17 x', frecuencia cardiaca 90 x', temperatura 36,8°C.
- Paciente aparente regular estado general, en decúbito dorsal activo
- Piel: tibia, elástica, palidez de piel y mucosas.
- Boca: orofaringe leve congestión
- Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa muy bien, no estertóreo.
- Mamas: péndulas, escasa secreción láctea.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardio respiratorio, ventrículo izquierdo, no soplos

- Abdominal: ruidos hidrostáticos positivos, blando depresible, útero contraído 01 cm por encima de la cicatriz umbilical.
- Genitales externos: escaso sangrado vaginal, sin mal olor.
- Neurológico: no signos meníngeas, no signos de focalización.

5.- Diagnostico

- Puérpera de 3er día

Continúa hemodinámicamente estable, con aparente evolución favorable.

5.- Plan de Actividades

- Dieta completa más líquido a voluntad
- Gentamicina de 160 mgr cda 24 horas vía intramuscular
- Ampicilina de 500 mgr 01 tableta cada 8 horas
- Methergin 2 tabletas cda 8 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Deambulacion asistida

Se realizó las indicaciones médicas durante las 12 horas del día estrictamente.

Paciente evaluada cada horas por el equipo multidisciplinario en los turno de día, realizando los controles de las funciones vitales, control de diuresis, control de sangrado vaginal, el aseo perineal por el personal técnico, la permeabilidad de la vía y prosiguiendo el tratamiento indicado por los médicos de turnos.

El personal de turno entrega el reporte de la paciente al personal entrantes al servicio y se reporta el caso al médico de turno.

18: 00 horas

Se reevalúa paciente para posibilidad de alta

Paciente refiere leve cefalea tipo opresión a nivel temporal, niega otras molestias, trata de incorporarse en la cama.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservado, orina 02 veces al día, no refiere deposiciones.

Funciones vitales: presión arterial 90/60 mmhg, frecuencia cardiaca 90 x', frecuencia respiratorio 18 x', temperatura 37 °C.

Al examen:

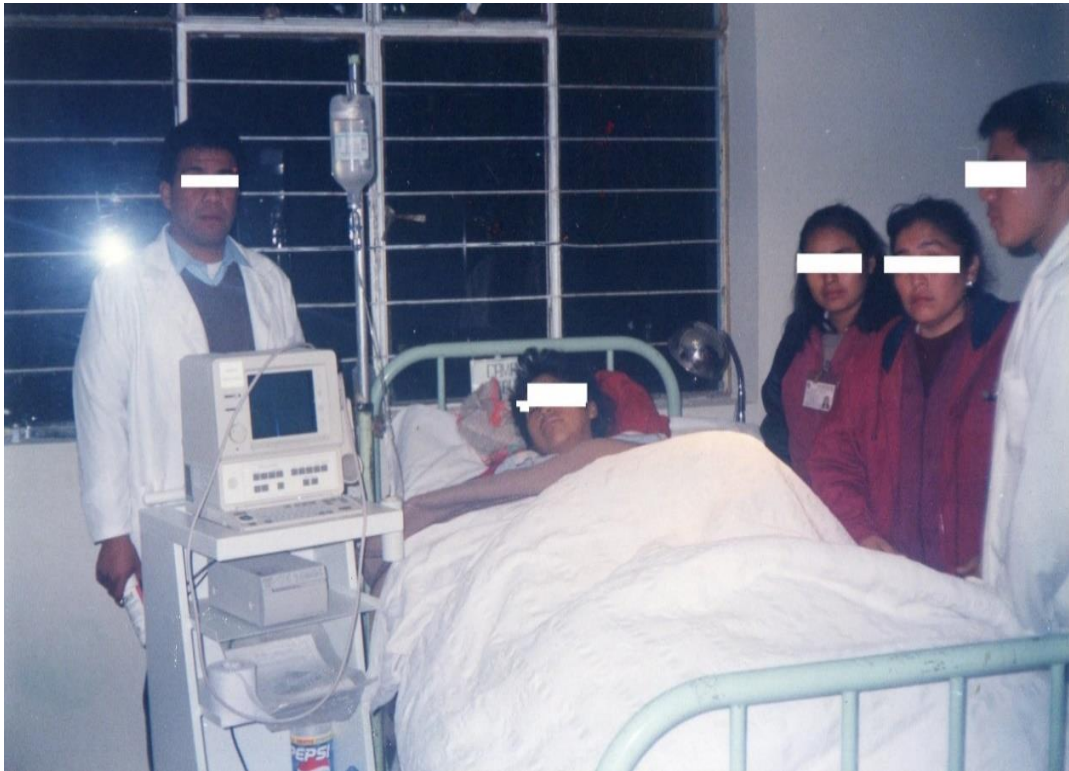
- Paciente en decúbito dorsal activo, despierta, en aparente buen estado general,
- Piel: tibia elástica, palidez piel y mucosas.
- Boca: mucosa oral húmeda, orofaringe y rinofaringe leve congestión.
- Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa bien, no estertóreos,
- Mamas: péndulas, escasa secreción láctea.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardio respiratorio, no soplos
- Abdominal: ruidos hidroestáticos positivos, blando depresible, útero contraído 01 cm por encima de la cicatriz umbilical.
- Genitales externos: escaso sangrado vaginal, sin mal olor.
- Neurológico: no signos meníngeas, no signos de focalización

6.- Diagnostico

- Puérpera de 3er día

6.- Plan de Actividades

Paciente hemodinámicamente estable, con evolución favorable se decide alta con indicaciones.



Fuente: Elaboración propia

Primera Visita Domiciliaria

14 de julio del 2001 a 12:50 horas

Se realiza la visita domiciliaria por el equipo multidisciplinario, presenta recién nacido con alojamiento conjunto y lactancia materna.

Paciente refiere haber descansado bien sin complicaciones, curso afebril, refiere escaso sangrado vaginal, refiere escaso tos, refiere buena lactancia del bebe con succión enérgica

Al examen:

- Controles de funciones vitales: presión arterial 90/60 mmhg, frecuencia respiratoria 22 x', frecuencia cardiaca 98 x'.
- Paciente aparente regular estado general,
- Piel: tibia, elástica, palidez de piel
- Boca: orofaringe leve congestión
- Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa muy bien, no estertóreo.
- Mamas: péndulas, escasa secreción láctea.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardio respiratorio buena intensidad
- Abdominal: ruidos hidrostáticos positivos, blando depresible, útero contraído involutivo 03 cm por debajo de la cicatriz umbilical.
- Genitales externos: escaso sangrado vaginal, sin mal olor.
- Neurológico: no signos meníngeas, no signos de focalización.
- Paciente de evolución favorable,

Plan de Actividades en Visita Domiciliaria

- Dieta completa más líquido a voluntad
- Gentamicina de 160 mgr cda 24 horas vía intramuscular
- Ampicilina de 500 mgr 01 tableta cada 6 horas
- Methergin 2 tabletas cda 8 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Orientación y consejería de planificación familiar

- Orientación y consejería de nutrición
- Orientación y consejería de lactancia materna

Segunda Visita Domiciliaria:

15 de julio del 2001 a 12:00 horas

Se realiza la visita domiciliaria por el equipo multidisciplinario, presenta alojamiento conjunto y lactancia materna. Paciente refiere dolor a nivel del a garganta, tos escasa,

Al examen:

- Controles de funciones vitales: presión arterial 90/60 mmhg, frecuencia respiratoria 22 x', frecuencia cardiaca 114 x'.
- Paciente aparente regular estado general,
- Piel: hidratada, mucosa oral húmedas no ictericia, palidez de piel y mucosas
- Boca: orofaringe congestivo
- Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa muy bien, no estertóreo.
- Mamas: péndulas, escasa secreción láctea.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardio respiratorio buena intensidad, no soplos taquicardia
- Abdominal: ruidos hidrostáticos positivos, blando depresible, útero contraído involutivo 03 cm por debajo de la cicatriz umbilical.
- Genitales externos: loquios hemáticos escaso , sin mal olor, no dolor, a la palpación..

- Neurológico: paciente orientada, en espacio, en lugar, en tiempo y persona, no signos meníngeas, no signos de focalización.
- Paciente de evolución favorable,

Plan de Actividades en Visita Domiciliaria

- Dieta completa más líquido a voluntad
- Gentamicina de 160 mgr cda 24 horas via intramuscular
- Ampicilina de 500 mgr 01 tableta cada 6 horas
- Methergin 2 tabletas cda 8 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Reevaluación medica

Tercera Visita Domiciliaria:

16 de julio del 2001 a 12:00 horas

Se realiza la visita domiciliaria por el equipo multidisciplinario

Paciente refiere cefalea leve, tos escasa, no expectoración, sangrado vaginal escaso

Al examen:

- Controles de funciones vitales: presión arterial 90/60 mmhg, frecuencia respiratoria 22 x', frecuencia cardiaca 95 x'.
- Paciente aparente regular estado general,
- Piel: tibia, elástica, palidez de piel
- Boca: mucosa oral húmeda, orofaringe congestivo

- Aparato respiratorio: movimientos ventilatorios pasa muy bien, no estertóreo.
- Mamas: péndulas, escasa secreción láctea.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardio respiratorio buena intensidad, no soplos
- Abdominal: ruidos hidrostáticos positivos, blando depresible, útero contraído involutivo 03 cm por debajo de la cicatriz umbilical.
- Genitales externos: loquios hemáticos escaso , sin mal olor, no dolor, a la palpación..
- Neurológico: paciente orientada, en espacio, en lugar, en tiempo y persona, no signos meníngeas, no signos de focalización.

Paciente de evolución favorable.

Plan de Actividades en Visita Domiciliaria

- Dieta completa más líquido a voluntad
- Gentamicina de 160 mgr cda 24 horas via intramuscular
- Ampicilina de 500 mgr 01 tableta cada 6 horas
- Methergin 2 tabletas cda 8 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Orientación y consejería de higiene personal, lavados de manos
- Orientación y consejería planificación familiar, nutrición y lactancia materna.

El 08 de agosto del 2001

Paciente se recupera en su totalidad y regresa por consultorio externos de Obstetricia para la expedición del certificado de Nacimiento y se brinda orientación y consejería en planificación familiar.

El 10 de setiembre del 2001

Paciente regresa al centro de salud por consultorio externos de planificación familiar. No refiere molestia con peso de 58 kilos y con una presión de 90/50 mmhg, y desea continuar como usuaria de método parenteral (Depoprovera)

Actualmente la paciente de 45 años, sana, es usuaria de planificación familiar y radica en Lima.

2.4.- DISCUSIÓN:

- El establecimiento nivel I-4 no cuenta con profesionales especializados, médicos y otros profesionales en proceso de capacitación para la identificación de los factores de riesgo, procedimientos y tratamiento para un embarazo gemelar y hemorragia pos parto con complicación shock hipovolémico.
- La paciente debió ser referida antes de la 36^{ss} de gestación, demora en el acceso de ecografías en el primer trimestre para la toma de decisiones y referencia oportuna al hospital de mayor complejidad.

Además en el trabajo académico investigado se encontró que gran porcentaje de la población de Oyon era 64% urbana y 36% rural, el

hecho de estar en la ciudad urbana no indica que la gestante controlada termine en un parto institucional, siendo de la ciudad

- También se observó que la mayoría de las gestantes tenía un grado instrucción bajo, siendo Primaria y Secundaria Incompleta más frecuente. Esta distancia cultural entre el personal de salud y las usuarias que acuden al establecimiento, genera una brecha que interfiere con la comunicación real y provechosa de los involucrados, impidiendo que se construyan relaciones de confianza, aspecto básico para reducir la morbimortalidad materna y favorecer el parto institucional
- El otro motivo que se observó con mayor frecuencia son pacientes migratorios que vienen con una cultura distinta, a pesar de la educación impartida por el establecimiento de salud. Dentro de las estrategias sanitarias de salud sexual reproductiva tenemos zonas identificadas tales como el Valle de Huaura – Sayán y Oyon zonas en las que existen migración interna y externa, procedentes en su mayoría de los departamentos de Ancash, Huánuco, Lambayeque; Piura y Lima los que constituyen en población vulnerable a razón de protección específica de daños por en la prevención de posibles daños a su Salud. (30)
- Otro motivo observado que la barrera fundamental es la vergüenza, recelo o pudor frente al personal de salud (tanto hombres como mujeres) y los procedimientos utilizados en el control prenatal, como el uso de la posición ginecológica y el examen de Papanicolaou. A ello se sumará la prohibición de los esposos de que las mujeres sean examinadas por un médico varón. Esto determina que muchas veces las mujeres pongan

como condición los procedimientos mencionados para no asistir al control prenatal o al parto institucional. En su tesis (28), concluyó que el parto domiciliario se mantienen como un problema de salud sobre todo en las mujeres de la región rural desconocen la importancia de realizarse controles mensuales, el riesgo que corre la madre y el bebé durante el trabajo de parto al ser atendido por parteras en su casa

- Otro motivo observado, es la complicación del parto en domicilio por embarazo gemelar conlleva a una hemorragia post parto, por diferentes factores asociados. Así mismo, la mayoría de mujeres es atendida en su parto sin que se conozca el nivel de hemoglobina o hematocrito previo y, por lo tanto, no se puede determinar con exactitud el porcentaje de disminución.
- Otro motivo observado que en la actualidad la definición más aceptada de Hemorragia Post Parto consiste en la condición cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario transfundir sangre. (31)
- También se observó que la hemorragia postparto tiene un impacto directo en la estabilidad hemodinámica de los pacientes lo cual se manifiesta a través de síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia (9)
- En cuanto al manejo del caso en general se aplicó los protocolos de las estrategias sanitarias de salud sexual y reproductiva con las limitaciones; consiguiendo de esta manera evitar una muerte materna.

2.5.- EPICRISIS

Nombre y Apellido: XXXXXXXX Edad: 29 años

Fecha de Ingreso: 10 de julio del 2001

Hora de Ingreso: 11:30 horas

Fecha de Egreso: 13 de julio del 2001

Hora de Egreso: 18:00 horas

Días de hospitalización: 04 días

Motivo:

- Puérpera de 1 hora y media de parto domiciliario
- Paro cardiopulmonar
- Shock hipovolémico
- Anemia severa

Alta: Definitivo

- Puérpera de 2do día con 7 horas

Pronostico: bueno

Resumen Sindromatico:

Paciente que ingresa al establecimiento en ambulancia por presentar sangrado abundante en shock de parto domiciliario atendido por partera, con palidez marcada, Sin evidencia de movimientos respiratorios, No se auscultan latidos cardiacos, Ausencia de pulso carotideo y radial. Abdomen y miembros inferiores con huellas de sangrado abundantes Se realiza el examen del tacto vaginal, encontrando un útero contraído, coágulos hemáticos decolor oscuro en canal

vaginal de escasa cantidad. Y además ingresando al establecimiento dos recién nacidos uno fallecido y el otro vivo.

Se administró las soluciones para el establecimiento del equilibrio hidroelectrolíticos Se realizó la reanimación cardiopulmonar tres veces, se realizó la transfusión sanguínea directa, por shock hipovolémico se realizó el legrado uterino por presentar restos placentarios corroborados por ecografía pélvica. Recibió antibioticoterapia vía endovenosa, intramuscular y oral. Recibió las visitas domiciliarias por el equipo de salud del establecimiento, recibiendo las orientaciones y consejerías preventivas promocionales.

Diagnósticos Definitivos:

- Puérpera de 1 hora y media de parto domiciliario,,,,,,..... 59430
- Paro cardiopulmonar por 03 veces..... I469
- Shock hipovolémicoO75.1
- Anemia severa.....D50.0
- Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas sin hemorragiasO73.1

Fundamentos del Diagnóstico

El servicio de Laboratorio del establecimiento realizó el dosaje de Hematocrito 15% (4.5 Hemoglobina) inicial y de control Hematocrito de 19% y Hemoglobina 6.3 gr, se realizó examen de grupo sanguíneo y RH, para verificar el grado de anemia y la cantidad de pérdida de sangre. Se realizó Ecografías Pélvicas para

descartar restos placentarios y se realizó la toma de funciones vitales para verificar el estado de vida de la paciente.

Tratamiento:

- Al inicio nada por vía oral
- Venoclisis para administración de cristaloides (cloruro de sodio 9%) y coloides(Poligelina) por shock hipovolémico, paro cardiorespiratorio
- Transfusión de sangre directa por donante voluntario por shock hipovolémico y anemia severa
- Legrado uterino procedimiento de extracción de restos placentarios
- Antibioticoterapia y otros medicamentos:

Ampicilina 01 gr. Vía endovenoso cada 8 horas

Gentamicina 160 mg. Endovenoso cda 24 horas

Oxitocina 10UI ampollas vía endovenosos en frasco de cloruro de sodio 9%

Ergotrate 01 ampolla vía intramuscular

Methergin 01 tableta cda 8 horas vía oral

Adrenalina ampollas 2 veces stat

Atropina ampollas stat

- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Hematocrito de control

Condiciones del egreso: Mejorado

Indicaciones en el alta:

Dieta completa más líquido a voluntad

Gentamicina de 160 mgr cda 24 horas vía intramuscular

Ampicilina de 500 mgr 01 tableta cada 8 horas

Methergin 2 tabletas cda 8 horas

- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Hematocrito de control
- Programación de visitas domiciliarias
- Orientación y consejería en planificación familiar
- Orientación y consejería en nutrición
- Orientación y consejería de lactancia materna
- Reposo relativo

CAPITULO III

3.1.- Conclusiones

- La falta de información sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos a la gestante, a la pareja y a la familia, aumenta las controversias que existen en la toma de decisiones frente al embarazo gemelar y sus complicaciones.
- Desconocimiento de sus creencias, actitudes y prácticas culturales de las gestantes en forma individual, pareja, familia y de su comunidad frente al embarazo, parto y puerperio.
- La falta de formular estrategias orientadas a sensibilizar a las gestantes conjuntamente con su pareja sobre las emergencias obstétricas y a la atención del parto institucional
- Poca importancia de la pareja a la referencia para la terminación del embarazo gemelar en hospital de mayor complejidad
- La mala actitud del personal de salud, la inadecuada infraestructura de los ambientes y los problemas logísticos hace que la gestante o parturienta no acuda al centro de salud
- El trabajo en equipo inadecuado con las parteras tradicionales se incrementa la morbimortalidad materna en las zonas vulnerables.

3.2.- Propuestas de Mejora

- Brindar información clara y precisa sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos a la gestante, a la pareja y a la familia para reducir las controversias que existen en la toma de decisiones frente al embarazo gemelar y sus complicaciones.
- Conocer, respetar sus creencias, actitudes y prácticas culturales de la gestante, de la pareja, de la familia y conjuntamente con la comunidad realizando actividades preventivas promocionales intramural y extramural sobre el embarazo, parto y puerperio.
- Formular estrategias y fortalecer el trabajo en equipo mediante capacitaciones en el marco de los procesos de mejora de la calidad de los servicios que cumplen funciones obstétricas y neonatales (nivel 1-4), las regiones deben capacitar a su personal en los centros de desarrollo de competencias (CDC), que permita tener al personal actualizado y con las competencias para resolver las emergencias obstétricas.
- Fomentar, promover la participación activa y responsabilidad de los varones en los cuidados durante el embarazo (atención prenatal, psicoprofilaxis, estimulación prenatal), parto (parto con acompañante) puerperio. y cuidados de la recién nacida/o. y que la terminación del embarazo gemelar tiene que ser en el hospital de mayor complejidad, por el caso ocurrido. En su tesis (32) refiere que la vía de interrupción del embarazo gemelar necesariamente será la cesárea, independientemente de la presentación y situación del feto vivo por los beneficios que reporta este método en manos expertas.

- Fortalecer y sensibilizar con reconocimientos de Resoluciones Directoriales cuando se salva una vida al personal de salud para el cambio de actitudes, innovar proyectos para mejorar los ambientes de atención de salud y mejorar los requerimientos logísticos oportunamente.
- Capacitar e incorporar a parteras tradicionales al trabajo en equipo para contribuir en la disminución de la morbilidad materna en nuestras zonas vulnerables.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE
Luis
Director Ej.
Oficina de Apoyo Administrativo



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE
Maria Susana
Directora de Personal

Resolución Directoral

Lima, 13 de Julio del 2001

Visto el documento adjunto;

CONSIDERANDO :

Que, de conformidad con el Decreto Legislativo Nº 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público Nacional y su Reglamento el Decreto Supremo Nº005-90-PCM Artículos 147º y 148º, es conveniente promocionar el reconocimiento de acciones excepcionales o de calidad extraordinaria relacionadas directamente o no con las funciones desempeñadas, mediante el agradecimiento o felicitación escrita;

Que, la Dirección de Salud III Lima Norte, reconoce el invaluable apoyo brindado por la Obstetriz **Doris, MORALES ASTETE**, quien en cumplimiento de su labor y ante el peligro de muerte de una madre gestante en proceso de Parto Gemelar, que se encontraba en sangrado agudo y ante la negativa de los familiares de donar sangre, la citada profesional en actitud de resaltar decidió brindar transfusión de sangre de manera directa de brazo a brazo, acto con lo cual salvó de morir a la madre, en el de los Servicios Básicos de Salud I Dirección de Salud III I I C

Que, es justo y merecido otorgar a la citada servidora un reconocimiento y estímulo a su labor desplegada;

Estando a lo informado por la Directora de la Oficina de Personal; y

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo Administrativo de la Dirección de Salud III Lima Norte;

SE RESUELVE:

- 1º Felicitar, a Doña: **Doris, MORALES ASTETE**, Obstetriz Contratada por el Programa de Salud Básica Para Todos, del Centro de los Servicios Básicos de Salud de la Dirección de Salud III Lima Norte, por su brillante y desinteresada labor en beneficio de salvaguardar la Salud y la Vida de los pacientes.
- 2º Felicitar al personal del (.....), dirigido por el Doctor (.....) por su comportamiento comprometido con la lucha institucional contra la mortalidad materna en la Dirección de Salud III Lima Norte.
- 3º La presente Resolución formará parte de su Legajo Personal como mérito.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE

Dr. Luis Robles Guerrero
DIRECTOR GENERAL

LRG/LVCC/MLUR/rvm.

- Distribución
- ♦ Ministerio de Salud ()
 - ♦ Dirección General ()
 - ♦ Legajo ()
 - ♦ Interesada ()
 - ♦ Archivo ()

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud III

Maria
Dir

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Bibliografía

1. Gutierrez S, Rodriguez J. 2014..
2. Altamirano P. Factores de Alto Riesgo Asociados a Hemorragias Post Parto Inmediato en el Hospital Maria Auxiliadora durante el 2009. 2012..
3. Becerra-Mojica CH, Díaz-Martínez LA, Contreras-García GA, Beltrán-Avenida MA, Salazar-Martínez HA, Gutiérrez-Sánchez LÁ, et al. Descenlaces Materno-Fetales de los Embarazos Gemelares Atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2007-2011. Estudio de Cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 1. 2015;; p. 37.
4. Calle J, Espinoza D. Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la Hemorragia Post Parto en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso Enero - Diciembre 2014. 2015..
5. Gomez D. R, Leal J. C, Muhlenbrok P. CV, Goity F. C. ¿Qué tipo de parto tiene mejor resultado. Revista Anacem. vol VIII N°1 Chile. 2015;; p. 158.
6. Vargas E, Rivas M. Uso de Cristaloides y/o Coloides para el Manejo Adecuado del Shock Hipovolemico. 2014..
7. Díaz J, Salas F. “Factores Pronosticos del Shock Hipovolemico Secundario a Hemorragia Periparto en Pacientes Admitidas en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional Docente Ambato , durante el periodo Enero 2009 – Diciembre 2010”. 2012 Marzo..
8. Parodi Quito JJ. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con Anemia atendidas en el Instituto Nacional Mterno Perinatal,año 2015. 2016..
9. Paz L. Índice de shock como predictor de requerimiento Transfuncional en gestnates con hemorragias post parto atendido en el Hospital Belen de Trujillo. 2016..
10. Angulo N. Gestación gemelar como factor asociado a complicaciones obstétricas maternas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2012 - 2014. 2015..
11. Torres Y, Garcia J. Relacion entre Caracteristicas Sociodemograficas y Complicaciones Maternas y del Recien Nacido en Partoi Domiciliario en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas Noviembre 2012 - Octubre 2013. 2014..
12. Barrera A. Factores Asociados a la Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion del Cllao, 1 de Enero del 2000 al 31 de Diciembre 2009. 2010..
13. Secretaria de Salud. Guia Practica Clinica GPC Diagnostico y Manejo del Embarazo Multiple Mexico: Cenetec; 2013.
14. Bedoya S. "Complicaciones fetales asociados al Parto en Embarazos Gemelares entre Setiembre 2014 - Setiembre del 2015 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Matins".

- 2016..
15. Ministerio de Salud. Guia Tecnicas para la ayencion , Diagnostico y Tratamiento de las 10 condiciones Obstetricas Lima Peru: Semagraphics; 2011.
 16. Ministerio de Salud de Chile. Guia Perinatal Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2015.
 17. Salud Md. Guia de Practicas Clinicas para la Atencion de Emergencias Obstetricas segun nivel de Capacidad Resolutiva Lima: Sinco editores; 2007.
 18. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Manejo de la Hemorragia Post Parto Gautemala: IGSS; 2013.
 19. Orozco J. "Factores de Riesgo devHemorragias Post Parto en pacientes con Puerperio Inmediato Servicio de Ginecologia Hospital Provincial de Puyo 2010. 2010..
 20. Organizacion Panamericana de Salud. Guias para la Atencion de las Principales Emergencias Obstetricas: Publicacion Cientifica CLAP; 2012.
 21. Juarez J. Comparacion a el Indice de Choque con Deficit de Base para Identificar Choque Hipovolemico. 2011 marzo..
 22. Cardenas A. Incidencia de Anemia en pacientes Puerperas que ingresaron con valores de Hemoglobina dentro de los parametros normales Hospital Basico Machachi Octubre 2012 a Marzo 2013. 2014 Abril..
 23. Pineda M. Niveles de Anemia en Mujeres de Post Parto en el Hospital Luis Moscoso Zambrano Enero a Diciembre 2012. 2104..
 24. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guia Practica Clinica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatologia Lima: INMP; 2010.
 25. UNICEF. "Desafios para Asegurar la Calidad de la Atencion de la Salud Materna. 2015..
 26. Endes. Encuesta Demografico y Salud Familiar Peru: INEI; 2016.
 27. Custodio-Marroquin, Jesus. Caracteristicas Sociodemograficas del Parto Domiciliario en Pobladoras del Centro Poblado Kerguer Durante el Periodo 2010- 2016. Revista del Cuerpo Medico HNAAA 9(3). 2016;; p. 164.
 28. Yunga M. Factores Asociados en Embarazadas y su Incidencia de Parto Domiciliario en la Parroquia de Mulalillo Periodo Abril- SetiembreE 2015. 2016..
 29. Msiterio de Salud. Norma Tecnica de Salud para la Atencion Integral de Salud Materna. 2013..
 30. Hospital de Haucho Huaura Oyon y SBS. Plan Operativo Institucional. Huaco Lima;; 2015.

31. Santiago C. Hemorragias Post Parto. Revista Peruna Gineco Obstetricia. 2010;; p. 24.
32. Antonio GF. Manejo de Embarazo Multiple con Obito del segundo Gemelo. Revista de Investigacion e Informacion de Salud. 2009;; p. 65.
33. Organiacion Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevencion y Tratamiento de Hemorragia Post Parto Ginebra Suiza: Publicaciones de la OMS; 2014.
34. Acevedo K, Joya G. Factores Asociados a Hemorragias Post Parto Hospital Aleman Nicaraguense Enero 2014 a Junio 2015. 2016..
35. Ministerio de Salud. Guia de Practicas Clinicas para la atencion de Emergencias Obstetricas segun nivel de capacidad resolutive Lima: Sinco Editores; 2007.
36. Valdivia MdPG. Indicaciones de Cesarea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. 2016..