



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**ATENCIÓN DE GESTANTE QUE INGRESA EN TRABAJO DE
PARTO CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR 3
VECES EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL-2017**

PRESENTADO POR:

MARIBEL ÚRSULA MELGAR RAMÍREZ

ASESOR

Mag. SANDRA DORIS CASANOVA GÓMEZ SÁNCHEZ

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

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE

CARATULA	
PAGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	viii

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
ANTECEDENTES	
Internacionales	1
Nacionales	4
1.2. MARCO TEORICO	
TRABAJO DE PARTO NORMAL	
Definición	9
Mecanismos del trabajo de parto	9
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	
Definición	9
Fisiopatología	13
Clasificación	13
Tipos de Distocias	16
CESAREA	
Definición	18

Etimológicamente	17
Perfil Epidemiológico	18
HEMORRAGIA POST PARTO	
Definición	20
Etimológicamente	21
Atonía uterina:	22
Retención placentaria y/o coágulos	23
Rotura Uterina	24

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. INTRODUCCION	27
2.2. OBJETIVOS	27
2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO	28
2.4. DISCUSIÒN	49
2.5. CONCLUSIONES	51
2.6. RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Complicaciones en el parto	20
----------------------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Factores de riesgo en Trabajo de Parto Disfuncional	12
TABLA 2: Evaluación de la 3 Causas de Distocias	17
TABLA 3: Causas de las Hemorragias post Parto	22
TABLA 4: Exámenes de Laboratorio Caso Clínico	34
TABLA 5: Exámenes de laboratorio Caso Clínico	38
TABLA 6: Sedimento urinario Caso Clínico	39
TABLA 7: Análisis de Gases Arteriales	41

RESUMEN

El trabajo de parto es un proceso fisiológico durante la etapa reproductiva de la mujer, muchas veces este proceso puede presentar criterios de riesgo para su desarrollo normal, como es un caso de cesárea en una gestación anterior, es importante tener en cuenta esto, para poder tener el control y poder preveer patologías o complicaciones que pueda presentar la gestante en el trabajo de parto, entre ellas la atonía Uterina.

Como especialista de alto riesgo obstétrico, es importante realizar una detallada historia clínica y anamnesis, seguido de realizar una buena evaluación clínica y tacto vaginal para poder determinar que la gestante podrá tener un parto vaginal o requerirá de cesárea, no es solo tener en cuenta los diámetros de la pelvis sino también su relación con el producto.

El atender un parto con antecedente de cesárea genera un riesgo y tener significado cuidado con la utilización de oxitócicos durante el trabajo de parto pero no es un criterio estricto de selección para que el parto actual sea cesárea, esta situación se da cuando solo tenemos una cesárea anterior, no es lo mismo cuando tenemos tres cesáreas anteriores, debido que la gestación se convertirá de alto riesgo y los criterios para considerar poder tener un parto vaginal se vuelven nulas, esta situación se da a continuación en el caso clínico que se presenta para poder explicar y analizar el manejo clínico de esta gestante.

PALABRAS CLAVES: Gestación, parto vaginal, atonía uterina, cesárea.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

M. PÉREZ, E. ÁLVAREZ, S. GARCÍA, M. VILOUTA. ROTURAS UTERINAS COMPLETAS. Rev. Ginecología Obstetricia México. Vol. 81: 716-726; 2013 (1).

Debido a las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna perinatal, la complicación obstétrica catalogadas dentro de las más severas, encontramos a la rotura uterina. Objetivo: El presente estudio permite conocer la incidencia de rotura uterina, mediante la revisión de los casos presentados con rotura uterina, dentro de los últimos 5 años, conocer además los factores de riesgo detectados y las complicaciones maternas perinatales a corto y largo plazo. Tipo de Estudio: Es un estudio Retrospectivo y de Cohorte, el estudio realizado durante el periodo del 2008 al 2013. Se realizó una revisión de las historias clínicas de pacientes que cursaron con rotura uterina durante ese periodo. Resultados: la Ruptura Uterina tuvo una ocurrencia total de 0,078%, en las pacientes con antecedente de cesárea previa la ocurrencia aumento a un 0,31%. Conclusiones: la ruptura uterina es de evolución

poco usual, sin embargo, de unas muy altas tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal, esta complicación se vio mayormente incrementada en pacientes expuestas a un trabajo de parto con antecedente de cesárea previas (1).

Palabras clave: Ruptura uterina, Mortalidad Perinatal, Morbilidad Materna, Cesárea previa, Trabajo de Parto.

C. MONTOYA, C. CLAUDINO. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. Rev Med Honduras. Vol 82 N°2-2014 (2).

La histerectomía obstétrica de emergencia está definida como la extracción de manera parcial o total del útero de la cavidad pélvica, ante la presencia de un evento o complicación obstétrica o por enfermedades preexistentes. El presente trabajo tiene como objetivo delimitar la incidencia, causas, características clínicas y complicaciones presentadas en pacientes con histerectomía obstétrica en el Hospital Regional de Santa Rosa de Copan durante el periodo 2005 al 2009, en Honduras. Tipo de Estudio: Es un Estudio Observacional, Retrospectiva, Descriptiva. .se observó de un total de 31, 898 atenciones obstétricas, durante los 5 años de estudio 36 de ellos terminaron en histerectomías obstétricas. Del total de histerectomías practicadas se observó que el 72% eran pacientes con antecedentes de cesárea previas. Dentro de las indicaciones principales, encontramos a la atonía uterina, acretismo placentario y ruptura uterina. De las cuales un 50% de ellas fueron multigestas, 50% de las pacientes necesitaron transfusión de 4 a más unidades de sangre, el 53% de las pacientes no tuvieron Atención Prenatal, las complicaciones

más habituales fueron afecciones respiratorias, anemia. Palabras Clave: Cesárea Anterior, Histerectomía Obstétrica, Hemorragia obstétrica (2).

D. SEPÚLVEDA, G. SOTO, M. GALVÁN. FACTORES ASOCIADOS CON ÉXITO EN EL PARTO DE MUJERES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA. Rev. Gineco. Obst. México. VOL 83; Pág. 743-749. 2015 (3).

El parto por cesárea viene a ser una de las principales vías de terminación del parto, lo cual representa un problema de salud pública en la actualidad. Basándonos en los factores que propician la posibilidad de un parto vaginal posterior a una cesárea, existen herramientas que nos permiten pronosticar el próximo parto, los cuales son no ha sido profundizado. Objetivo: Determinar los factores asociados al logro del parto en mujeres con cesárea previa. Material y método: Es un estudio caso y control, en el cual se tomó en cuenta paciente con cesárea previa y los factores asociados al logro del parto se identificaron las variables mediante regresión logística. Resultados: De un total de 1160 pacientes con cesárea previa, con partos posterior de cesárea o vaginal se identificaron como factores de logro de parto vaginal al peso del neonato, edad materna e inicio de trabajo de parto. Palabras Claves: trabajo de parto, Cesárea Anterior, parto vaginal. (3)

C. GARCÍA, M. LÓPEZ, D. MONZALBO. PARTO DESPUÉS DE CESÁREA ¿UNA OPCIÓN SEGURA? Rev. Mexicana Gineco. Obste. Vol. 83 Pág. 69-87. 2015 (4).

En la realización de una prueba de trabajo de parto en gestantes con cesárea anterior por causa no definitiva tiene la opción de tener un parto posterior de manera satisfactoria. El objetivo del presente estudio fue realizar una comparación entre el inicio y el desarrollo del trabajo de parto, para realizar un análisis de diagnóstico obstétricos, condiciones demográficas, de gestantes con parto vaginal posterior a una cesárea. El estudio es observacional, retrospectivo, para lo cual se realizó un análisis comparativo entre las pacientes que iniciaron trabajo de parto, con el desarrollo espontaneo y con los de inducción, se utilizó el T de Student y la prueba de Fisher. Se realizó un estudio con 136 gestantes, en el que la cesárea previa por motivos nos recurrentes fue la indicación más frecuente. El trabajo de parto se evidencio de manera espontánea en el 78% de las gestantes, mientras que se realizó una inducción en el 22%. De las cuales las características más destacadas fueron cantidad de gestaciones, ponderado fetal, periodo intergenésico largo. Se concluyó que el pronóstico materno y del feto es favorable y seguro, en gestante con antecedente de cesárea previa mayor de 18 meses, con gestación única, con un ponderado fetal adecuado y sin factores de riesgo obstétrico que obstaculicen el parto vaginal (4).

ANTECEDENTES NACIONALES

A. VARGAS, M. LAZO, A. LÉVANO. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA, APLICANDO PUNTAJE AL MOMENTO DEL INGRESO EN UN HOSPITAL. Rev. Peruana Gineco. Obste. VOL. 59.PAG. 261-266; 2013 (5).

La conducción del parto posterior a una cesárea viene siendo una propuesta en constante debate, por las posibilidades de éxito a un parto vaginal y por el aumento de las complicaciones tanto materno perinatales ante un trabajo de parto posterior a la cesárea. Objetivos: Precisar si los puntajes de Groaban y Flamm son útiles en la predicción de un parto vaginal posterior a cesárea anterior. Diseño de Estudio: Es un estudio de tipo comparativo y retrospectivo. Se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital N. Cayetano Heredia, quienes ingresaron en trabajo de parto, durante el 2010 al 2011, aplicándose en las mismas los puntajes de Grobman y Flamm. Resultados: Se tomaron en cuenta a un total de 398 pacientes con cesárea previa, atendidas en el servicio, que ingresaron en trabajo de parto, se realizó la comparación de ambos puntajes, obteniéndose que la de Flamm, fue el que obtuvo el mayor puntaje predictor. Conclusión: Si es cierto que ambos puntajes demostraron su utilidad en la predicción de un parto vaginal, posterior a una cesárea, el puntaje de Flamm demostró ser el mejor. Palabras claves: Cesárea previa, Puntaje de Flamm, Trabajo de Parto, puntaje de Grobman, parto vaginal (5).

C. REYES. RESULTADOS ADVERSOS MATERNOS PERINATALES EN GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREA ELECTIVA REPETIDA Y PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO POSTERIOR A CESÁREA, HOSP. LAZARTE ECHEGARAY. Univ. Antenor Orrego. Perú. 2014 (6).

En la presente investigación, Reyes tiene como objetivo describir que factores adversos para la madre y el feto se presentaron en gestantes con Cesárea previa, que

tuvieron la indicación de inducción de trabajo de parto y pacientes con cesárea a repetición. El estudio fue retrospectivo analítico, de cohorte, tomado en un periodo del 2012 al 2013, considerando una muestra de 35 pacientes con inducción de trabajo de parto y 35 pacientes sujeta a una cesárea electiva. Se hallaron como resultados que las gestantes sometidas a una inducción de trabajo de parto presentaron ligeramente mayor incidencia de hemorragia post parto a comparación de las que tuvieron una cesárea electiva, y se evidencio por igual un caso de síndrome de distrés respiratorio severo. Se concluyó que no existió diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de gestantes que fue sometida a una inducción de trabajo de parto en relación a las que fueron sometidas a una cesárea electiva (6).

Curo, MAMANI. CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA. 2015 (7).

El presente estudio tiene como objetivo, establecer la confirmación postoperatoria de las gestantes que tuvieron como indicación un parto por cesárea en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, durante el periodo del 2015. Método: Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se realizó la revisión de 1046 historias clínicas de pacientes gestantes que tuvieron indicación de cesárea en el periodo del 2015. Resultados: Se evidencio que la ocurrencia de cesáreas durante ese periodo fue de 47.12%. La edad materna más fluctuante oscilo entre los 30 y 34

años. Se evidencio que, del total de cesáreas practicadas, tuvieron indicación absoluta el 69.9%, mientras que el 21.7% tuvo una indicación relativa, y el 8.61% fluctuó entre otras indicaciones e indicaciones no justificadas. Conclusiones: se observó que el hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, tuvo una incidencia alta de cesáreas durante el 2015, la macrostomia fetal fue la indicación más frecuente para el parto por cesárea, subsiguiente de la cesárea electiva. De las cuales en el post operatorio, el 78.01% fueron confirmatorias, por otro lado, las cesáreas con indicación no confirmatoria, encontramos al sufrimiento fetal agudo, seguido por macrosomía fetal. Palabras Claves: Cesárea, Indicaciones operatoria, confirmación post operatoria (7).

**CABRERA, S. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL
DOCENTE SAN BARTOLOMÉ, PERÚ. 2003 – 2015 (8).**

Objetivo: Determinar los factores asociados, la incidencia, y secuelas de la histerectomía obstétrica. Diseño: Se realizó un estudio Retrospectivo, Analítico, Transversal y Descriptivo. Sede: H. N. D. San Bartolomé, Lima, Perú. Se realizó el análisis de 69 historias clínicas de pacientes que terminaron en histerectomía obstétrica (HO) llevadas a cabo el 01 enero del 2003 al 31 diciembre del 2015. La tasa de HO fue 0.69 / 1 000. En parto por cesárea fue de un 82,6% (1,94 / 1 000), OR cesárea / parto vaginal 19.91. En multípara menores de 35 años se presentó en un 65,2%, y en un 78.2% con control prenatal. Dentro de los principales Diagnósticos encontramos a cesárea anterior (15,9%) y placenta previa (27,5%). Las indicaciones clínicas principales para la realización de una Histerectomía fueron acretismo placentario y atonía uterina (ambas 39,1%). La HO supra cervical se presentó el 55% y se practicó cesárea histerectomía en 47,8% de los casos, el

ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue de 84%, y el 91.3% necesitó transfusión sanguínea. Se reportaron complicaciones dentro del acción quirúrgica en 18.7%, teniendo que ser re intervenida el 15,9%. Conclusiones. La histerectomía obstétrica, presento una incidencia baja (0,69 / 1000 eventos obstétricos), la cual aún es considerada una acción crítica. Se evidencio en la cesárea 19.9 más veces riesgo de histerectomía obstétrica a comparación del parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8.6 a 46.2). No se presentaron muertes maternas (8).

GIL M, FACTORES ASOCIADOS A HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN. Univ. R. Palma. Perú. 2016 (9).

La presente investigación tiene como finalidad describir los factores que se asocian a la hemorragia pos parto, relacionada atonía uterina, en paciente atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). El estudio fue de tipo analítico, transversal, de índole retrospectivo, cuya población está compuesta por las pacientes que presentaron atonía uterina con posterior hemorragia posparto, y la muestra se constituyó de 80 controles con 80 casos. Se obtuvo que pacientes mayores de 30 años, multiparidad, antecedente de cesárea previa ($p=0.001$ y $OR=2,95$; $2.56 - 17.1$), multiparidad, fueron los factores de riesgo que se presentaron para el progreso de la hemorragia pos parto. Y de los antecedentes obstétricos maternos el más reiterado fueron los embarazos múltiples con un 65.4% de incidencia. Al término de la investigación Gil, M, concluye que existe una incidencia estadísticamente significativa presentada en pacientes con edad materna mayor de 30, multiparidad, cesáreas previas, como factores de riesgo a desarrollar hemorragia posparto (9).

1.2. TRABAJO DE PARTO NORMAL

DEFINICIÓN

El trabajo de parto es el proceso que culmina en la expulsión del feto por el canal vaginal. Empieza con la combinación del incremento en la intensidad y frecuencia de la contracción uterina (11, 12).

El término trabajo de parto en el contexto obstétrico asume diversas connotaciones. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, la labor de parto y el parto se deben considerar normal en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012). Esta percepción del trabajo de parto y el parto como procesos fisiológicos se puso en tela de juicio en el decenio pasado puesto que se ha observado que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo (Handan, 2011; Nygaard, 2008).

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

Al comenzar el trabajo de parto, la posición fetal en relación con el canal de parto es fundamental para el tipo de nacimiento; por ello, aquélla debe definirse desde la etapa inicial del trabajo de parto (11). Algunas relaciones importantes incluyen situación, presentación, altura y posición del feto.

Situación fetal

La situación fetal está definida por la relación del eje longitudinal del feto y el eje materno y ésta puede ser transversa o longitudinal. Alternativamente, el eje fetal y materno se entrecruza a un ángulo de cuarenta y cinco grados, lo cual genera

una posición oblicua (11, 13). Esta última es inestable pudiendo convertirse en transversa o en longitudinal en el curso de la labor de parto. En más de 99% de los trabajos de parto, la situación es longitudinal al término. Los factores que predisponen a una situación fetal transversa son poli hidramnios, placenta previa, multiparidad, y anomalías uterinas (12).

Presentaciones fetales

El polo que presenta es la porción del cuerpo fetal que se encuentra más cercana al canal del parto o en su mayor proximidad. Se puede evaluar a través del tacto vaginal el cuello uterino. Por tanto, en situaciones longitudinales, el polo que se presenta es el cefálico o pelviano, que da lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. En el momento en que el feto yace con eje longitudinal en posición transversa, la parte que se presenta es el hombro (12).

DISTOCIA

El avance del parto vaginal se ve afectado por diversas anomalías en el trabajo de parto. Estas anomalías generalmente, se les denominan Distocias. El término Distocia tiene como significado literal trabajo de parto complicado y está caracterizado por un anormal avance y lento del trabajo de parto. Puede originarse de 4 tipos de alteraciones, las cuales son: **Anomalías de la Fuerza** de Expulsión (distocias de contracción), **Anomalías del Producto** en la Presentación y/o posición Fetal, se pueden presentar las **Anomalías del Conducto**, en el tejido pélvico óseo materno y presentarse además anormalidades en el tejido blando del canal de parto que obstaculizaría el descenso fetal (11, 13, 15).

En la revisión del siguiente caso clínico se analiza el caso de cesáreas ocasionadas por desproporción céfalo pélvica que ocasionan un trabajo de parto disfuncional, y se considera este marco teórico debido que la paciente al momento de su ingreso esta con 2 centímetros de dilatación, todo esto unido a sus antecedentes de 3 cesáreas anteriores.

1.3.- TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL

Concepto:

Se denomina a la desviación de una de las fases del trabajo de parto, el cual está caracterizado por un anormal y lento avance causado por inadecuadas contracciones uterinas, posición o presentación atípica del feto, pelvis inapropiada o anomalías de partes blandas en la pelvis materna. Por ende, existe una interferencia en el desarrollo del trabajo de parto y en algunos casos llega a alterar el bienestar fetal. (13, 15)

- Etiología:

Pueden ser causadas por 4 anomalías:

- ✓ Anomalía de la fuerza expulsiva: Disfunción Uterina.
- ✓ Anomalía de Presentación: Posición, situación, o progreso del feto.
- ✓ Anomalía de la pelvis materna.
- ✓ Anomalía de partes blandas.

TABLA N° 01 Factores de Riesgo:

MATERNOS	FETALES
Edad Materna	Producto 4000grs.
Antecedente Parto distócico	Producto Masculino
Antecedente Lesión Uterina	No Presentación cefálica, de vértice
Pelvis Ginecoide	
BPN o APN	

FUENTE: Obstetricia y Ginecología – Pellicer (13)

Características de la Distocia

El término desproporción céfalo pélvica, se empezó a utilizar antes del siglo XX para describir un trabajo de parto obstruido como resultado del desequilibrio entre la pelvis de la madre y el polo fetal (15). Sin embargo, el término se originó en una época en la que la indicación principal para realizar una cesárea era estrechez pélvica manifiesta por raquitismo. En el presente, esta desproporción absoluta es poco frecuente y la mayor parte de los casos se genera de una posición anómala de la cabeza fetal dentro de la pelvis (asinclitismo) o por presencia de contracciones uterinas poco eficaces. La verdadera desproporción es un diagnóstico poco convincente, puesto que 66% o más de las mujeres sometidas a cesárea por esta razón (16).

- **Fisiopatología:**

Anomalías de la Fuerza Expulsiva:

Para el desarrollo del parto se necesitan 2 fuerzas, una se origina por la contracción uterina y en otro caso por el esfuerzo fisiológico del pujo. La alteración del trabajo de parto y el periodo expulsivo, puede ser ocasionada por la variación de estas fuerzas. El comienzo de las contracciones uterinas, caracterizan el comienzo de la labor de parto. La presencia de contracciones uterinas promueve el descenso del polo fetal por el canal del parto y produce cambios cervicales (11,15).

Clasificación:

La coordinación, la frecuencia, la intensidad, y el tono de la contracción uterina pueden ser medidas, lo cual permite fijar valores normales (Caldeiro-Barsia and Posero, 1960) y clasificar las alteraciones de la fuerza contráctil según la alteración de las características y su dominio durante la labor de parto (Hendicks et al, 1959).

A.- Alteración del Tono Uterino

Se establece cuando se evidencia que la presión en el útero sin contracción es menor o igual que 8 Mmhg, es denominada hipotonía uterina y cuando es mayor o igual a 12 Mmhg, se califica de hipertonia (13,15).

- **Disfunción Hipotónica:** Es clasificada como disfunción cuando se presentan contracción uterina con intensidad menor o igual a 15 Mmhg, un tono menor o igual de 10 Mmhg, y una frecuencia menor a 4 contracciones en diez minutos, pudiendo presentarse de manera coordinada y sincrónicamente (13, 15). Se presenta en multíparas, así como en nulíparas pudiendo presentarse en cualquier etapa de la labor de parto, siendo la fase activa más frecuente.

- **Disfunción hipertónica:** Esta caracterizada por mostrar más de 6 contracciones en diez minutos, con una intensidad \geq a 50 MmHg, un tono \geq a 20 MmHg y son no concordantes por que la gradiente se ve invertida a partir del segmento medio terminando en el fondo uterino. Alteran el progreso del trabajo de parto (13, 16).
- **Contracción tónica y la retracción:** La retracción es considerado el evento fundamental, el cual es producida como respuesta a una oclusión refleja del parto, la dinámica uterina va yendo en aumento tanto en intensidad y frecuencia. El anillo de Band es producido por la retracción del segmento uterino (11).

B. Alteraciones de la Frecuencia

Se diagnostica mediante la palpación o el monitoreo electrónico fetal, donde se evidencia alteración en la continuidad de las contracciones producidas en diez minutos (11, 12). Entre ellas encontramos a: la Bradisistolia (ocurrencia de 2 a menos contracciones en diez minutos) y la taquisistolia (En diez minutos se presentan 5 contracciones a más).

C. Alteración en la Intensidad.

La intensidad en la contracción uterina (CU) oscila entre 15 y 60 MmHg, durante el desarrollo del trabajo de parto (14). La disminución de la intensidad de la CU, en el trabajo de parto, es denominada hiposistolia; mientras que el aumento de la

intensidad de la CU, es denominada hipersistolia, el cual puede ser causado por un mal manejo médico del trabajo de parto (oxitócicos, prostaglandinas).

D. Alteraciones en la Coordinación

Es aquella que cuando se presentan áreas de hipertonía, que alteran parte del miometrio, permaneciendo contracción constante mientras que otra zona en relajación parcial, haciendo que las contracciones presentadas sean ineficaces en el desarrollo del parto (11, 14).

Este tipo de alteración proporciona trabajos de partos extensos, con dilatación prolongada y desviación de la curva de alerta en el partograma. En la clasificación de las alteraciones de la coordinación uterina encontramos a:

- Inversión de la Gradiente. - el origen de la CU se da en el segmento del útero, el cual no permite el descenso fetal, causando dilatación lenta, por ende, una labor de parto prolongado.
- Fibrilación Uterina. - La continuidad en la contracción se ve alterada a nivel del miometrio. En la clínica diaria se evidencia un aumento del tono uterino, de manera constante, que puede alterar el bienestar fetal.
- Anillo de Constricción. - Se presentan zonas contráctiles a nivel del miometrio, que lo deforman, dando la apariencia de *Reloj de Arena* (14). Se puede evidenciar tanto en el segmento, cuerpo uterino o en la abertura cervical.

- Tétano Uterino. - Esta caracterizado por un aumento excesivo del tono uterino basal, se ubican cuando existen alteraciones por taquisistolia, es poco frecuente, pero con muy alta tasa de mortalidad fetal.

Clasificación:

Clasificación de Distocias:

- Fase Latente Prolongada: Conocida también como primaria, es la prolongación de esa fase en más de 20 horas en primigestas y más de 14 horas en multigestas, dilatación estacionaria menor a 4 de dilatación (15).
- Fase Activa Prolongada: Esta caracterizada por una disminución de la velocidad de dilatación, el cual se encuentra en 1.5cms/hr y 1.2cms/hr tanto en Multigestas como en primíparas respectivamente (15).
- Periodo Expulsivo prolongado: Se evidencia más en presentaciones fetales Occipito transversa y Occipito posterior, el cual en la mayoría de los casos prolonga este periodo en 3horas y 1 hora tanto en nulíparas y multíparas respectivamente (11, 15).

Trabajo de parto precipitado (11)

Es considerado como tal cuando se evidencia actividad uterina aumentada, lo cual a su vez produce un aumento en la velocidad de dilatación y por ende la labor de parto desde el inicio del mismo terminando en el periodo expulsivo. Puede ser

causado por una estimulación inadecuada de oxitócicos y en otro de fuentes desconocidas.

○ **Diagnóstico:**

- HISTORIA CLÍNICA
- EXAMEN FÍSICO: Maniobras de Leopold, exploración física, pelvimetría, tacto vaginal.
- PARTOGRAMA: Es un instrumento de vigilancia del desarrollo del trabajo de parto, en el cual se grafica la evolución del mismo.

TABLA N° 02 EVALUACIÓN DE LAS 3 P´

POTENCIA Fuerzas Expulsivas	PRODUCTO Anormalidades de Producto	PELVIS Canal de Parto
Frecuencia uterina	Determinación presentación Fetal	Tacto Vaginal
Intensidad uterina	Bienestar Fetal	Pelvimetría
Tono Uterino	Ponderado Feta	

TABLA N° 02

FUENTE: Williams Obstetricia (11)

1.4.- CESÁREA

Etimológicamente

Es el nacimiento por vía abdominal, a través de una incisión quirúrgica (3, 6, 16).

Cesárea proviene del latín Acedera (cortar), el termino proviene desde la

antigüedad, se dice que desde siglo VIII a.c. un dato histórico lo encontramos en Lex Caesarea (una gestante que al morir al final del embarazo se la sometió a esta cirugía, para salvaguardar la vida del feto) (7).

Sin embargo, el origen de la palabra se originó con Julio Cesar, porque dice la historia que habría nacido por este medio, de la primera paciente que sobrevivió a este procedimiento ha sido descrita en Alemania en 1500. Los autores coinciden que el creador del término fue el Medico François Rosset, quien utiliza el termino en su monografía *''raite nouveau L' hysterotomtokie Oulu' enfatement Cesarien''* publicado en 1581 (7, 17).

Perfil Epidemiológico

En la actualidad, en la mayoría de países alrededor del mundo existe la tendencia al aumento de las intervenciones por cesáreas. En 1985, comenzó un análisis en relación a la incidencia y epidemiología de las cesáreas, liderado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano OPS. Se inició con 178 instituciones correspondientes a 17 países y se evidencio que la incidencia de cesáreas en Honduras estuvo e 9,3%, en México alrededor del 29,1%. La prevalencia mayor se halló en Hoz. Luis A. Villanueva, en instituciones privadas, seguidos del Seguro Social, hospitales universitarios, finalizando con los establecimientos del ministerio de salud y por ultimo las fuerzas armadas. La incidencia de cesáreas en Chile estuvo alrededor del 40%, 31,0% se halló en Puerto Rico, poco más del 30% en Brasil.

El Instituto Nacional de Perinatología, realizó un estudio en el cual se halló que la incidencia de presentar placenta ácreta en mujeres sin cesárea previa fue del 9,4%, en mujeres con cesáreas previas fue de 21,1% y en mujeres con antecedente de 2 a más cesáreas fue del 50% (18). Se observó que existe mayor riesgo de hemorragia obstétrica o incluso histerectomía en los casos de mujeres con antecedente de cesáreas, puesto que esta condición se relaciona de manera ascendente a cursar con estas complicaciones. Además del riesgo de cursar con cuadros como lesión de vejiga, peritonitis (por vermix caseosa), pseudo obstrucción del colon, endometritis, entre otros asociados a la intervención de una cesárea.

La cesárea, como indicación y tratamiento a la culminación del embarazo tiene como objetivo primordial asegurar el estado de salud tanto en la mama como en el niño por nacer, ante la no posibilidad de un parto vaginal. A pesar de que la cesárea acarrea mayor riesgo de complicaciones en relación de un parto vía vaginal, en casos explícitos donde encontramos pacientes con factores de riesgo que complican su salud, esta consideración pasa a un segundo plano (17, 18).

Las políticas de Salud deberían enfocarse en disminuir las tasas de cesáreas, creando un ambiente propicio para un adecuado parto vaginal y educando a la madre y familia sobre las evidencias que establecen los beneficios para la mama y para el recién nacido (10).



GRAFICO N°01

1.5.-HEMORRAGIA POST PARTO

Concepto:

La pérdida sanguínea de 500 ml a más posterior a un parto vaginal y posterior a una cesárea más de 1000 ml es considerada como hemorragia posparto (11, 14).

También es definida por:

- a) Sangrado posterior al parto con presencia de cambios hemodinámicos con posibilidad de transfusión sanguínea.
- b) Hematocrito disminuido en 10% a más en relación al valor de ingreso.
- c) Hemorragia post parto Temprana: Es considerada a la que se presenta dentro de las 24 horas post parto.
- d) Hemorragia post parto tardío: Esta considerada a la que se desarrolla posterior a las 24 horas postparto, y hasta las 6 semanas posterior al parto.

(13)

Incidencia:

En el 4 al 6% del total de partos, se presenta la Hemorragia Post Parto (HPP) (18).

En nuestro país, la HPP, está considerada como primera causa de mortalidad materna, (40%), y es considerada como cuarta causa de muertes provocadas por HPP, a nivel mundial, con un número mayor de 125,000 muertes por año. (6, 9, 14)

Prevalencia:

Dentro de las 3 primeras causas de muerte materna encontramos a la hemorragia post parto. En países sub desarrollado es considerada la 1ra causa de muerte materna, y es considerada la 3ra en países desarrollados (5, 10, 18). Del total de muertes por hemorragia post parto el 80% de ellas son evitables, y alrededor del 50% de las mismas no tiene acceso a un adecuado tratamiento. Debido a (19):

- Diagnóstico tardío.
- Pérdida hemática estimada inadecuadamente.
- Tratamiento tardío.

Etiología

Están consideradas la retención de restos, atonía uterina, traumas o laceraciones del canal de parto y problemas de coagulación, como causas de hemorragia post parto o consideradas las 4 T, (tejido, tono, traumas, trombina). (14)

Atonía uterina: Es considerada la primera causa de hemorragia post parto (80 a 90%) (14,19,21).

TABLA N° 3 Etiología de los factores etiológicos

EVITABLES	INEVITABLES
Trauma Obstétrico	Placentas Grandes
Inadecuado manejo del Alumbramiento	Sobre distensión Uterina
Parto Prolongado	Miomas Uterinos
Iatrogenias	Placenta Previa
Retención Placentaria	Corioamnionitis

FUENTE: Guía para Tratamiento hemorragia posparto. (14)

Diagnóstico:

El diagnóstico es asequible y evidente en la mayoría de casos, salvo cuando existe pérdida sanguínea oculta. Observando los siguientes signos:

- Sangrado aumentado post alumbramiento.
- Útero blando y aumentado de tamaño.
- Verificar si placenta y membranas completas.
- Verificar ausencia de desgarros del canal de parto, mediante inspección del canal de parto. (14)

Retención de placenta y/o tejidos ovulares:

Se considera a la no expulsión parcial o total de la placenta, el cual se presenta dentro de los primeros 30 minutos post expulsivo (19, 22). Pudiendo darse la posibilidad de encontrarse con una placenta de anormal implantación (Ácreta, Pércreta íncrета), este tipo de placenta se van presentando con una incidencia aumentada en los últimos años. Esta retención se considera la causa más común de hemorragia post parto.

Trauma: Están considerados los desgarros presentados en el canal de parto, inversión uterina o rotura uterina. (21)

Desgarros o laceraciones: Se presenta como un sangrado aumentado en cantidad y de manera activa, característicos de partos con instrumentación o con episiotomía (14, 26). También podrían presentarse hematomas tanto vulvares o vaginales. Entre ellos tenemos a:

- ✓ Desgarros vulvares: Son de fácil identificación por su ubicación cercana al clítoris y de cicatrización sencilla.
- ✓ Desgarro perineal: Generalmente están acompañados de desgarros vaginales. Se clasifican según grado de profundidad, I°, II°, III° y IV°, pudiendo llegar hasta mucosa rectal en el último caso (24).
- ✓ Desgarros vaginales: Están localizados en cualquier zona del canal vaginal, para la reparación de este tipo de desgarro implica inicialmente localizar el ángulo superior del desgarro y la sutura por encima del mismo para ayudar a la hemostasia. Los desgarros superficiales no ameritan sutura.

- ✓ Desgarro Cervical: Se pueden presentar hasta 2cms, considerándose parte del proceso común del parto, si supera esta extensión, puede ser causa de hemorragias post parto, en algunos casos es factible dejar tapón vaginal para observación post sutura. (24)

Rotura uterina: Es considera a la solución de continuidad del útero, el cual puede localizarse generalmente a nivel del segmento inferior, en la gestación o durante la labor de parto. Está considerada como la complicación obstétrica con mayor probabilidad de morbi mortalidad materna neonatal, por su gravedad. (19, 26)

Es una complicación poco común puesto que se presenta entre el 0.02 a 0.08% del total de partos. Incrementándose este riesgo en pacientes con una cesárea previa. Se considerada que la causa más frecuente se da en mujeres con una cicatriz uterina previa, esto e países desarrollados. Mientras que la hiperdinamia y partos traumáticos, suelen ser las causas más comunes en países en vía de desarrollo. (18)

Cuadro Clínico:

Rotura completa: Se evidencia disminución de la dinámica uterina o cese de la misma, incluyendo además compromiso fetal, posterior a dolor agudo y aumentado en intensidad, se palpa con facilidad partes fetales, compromiso materno y hemorragia vía vaginal (11, 27). Previa a la rotura uterina se puede observar signos de inminencia de rotura uterina el cual está caracterizado por: dolor en segmento inferior, en hipogastrio, aumento del anillo de Bandl, hiperdinamia, útero leñoso, presencia de taquicardia materna, hipotensión materna y cierta alteración de la conciencia.

Inversión Uterina: Complicación obstétrica poco común, en el cual se evidencia un fondo uterino prolapsado, el cual puede llegar hasta el cuello o incluso al canal vaginal según grado de complicación, producida en algunos casos por una inadecuada tracción del cordón umbilical. (Maniobra de Credé). Esta complicación esta predispuesta por los siguientes factores: Placenta de inserción defectuosa (acretismo placentario), inversión uterina previa, técnica inadecuada del alumbramiento y de extracción de placenta (14, 26).

Alteraciones de la coagulación: Están consideradas las Coagulopatías congénitas (hemofilia, Enf. Von Willebrand) o adquiridas en la gestación (pre eclampsia, abrupa placenta e, Sind. Hellp).

Fisiopatología: Durante la gestación ocurren cambios hematológicos, además de hemodinámicos, lo cuales actúan como efecto protector ante la pérdida sanguínea, sin embargo, la perdida sanguínea en la hemorragia suele ser subestimada. En ocasiones está perdida suele ser importante, originando oxigenación tisular y perfusión inadecuadas, generando que la paciente entre en un shock hipovolémico. El cual se ve caracterizado por flujo sanguíneo disminuido, lo cual desarrolla trastornos celulares y metabólicos, que concluyen en falla orgánica y posterior muerte de la paciente. (26)

Clasificación: Se clasifican en:

- Según el momento de presentación:

- Inmediata: Se considera a la pérdida sanguínea dentro de las primeras 24 horas en proporción de 500cc a más.
- Tardía: Se considera al sangrado anormal, presentado después de las 24 horas post parto y antes de los 42 días.
- Según su origen: Están consideradas en:
 - Origen Uterino: Pueden ser atonía, hipotonía, placentación anormal (acretismo placentario, placenta previa), retención de estos placentarios, rotura uterina, inversión uterina (14, 25).
 - Origen No uterino: Desgarros vaginales, hematomas, o Coagulopatías (14, 25).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- INTRODUCCIÓN

La gestante con formula obstétrica: G5 P 4004, de 38 semanas y 5 días por ecografía precoz, finalizando en una cesárea, intervención complicada, con presencia de atonía uterina posterior al procedimiento, por lo que se aplicó el tratamiento con Misoprostol, lo cual se aplicó a tiempo y se pudo evitar una histerectomía, al evaluar el presente caso clínico, es posible el reforzamiento de conocimiento y capacidades de los profesionales, para un manejo adecuado ante la presencia de un cuadro de similar magnitud.

Se considera necesario la capacitación y experticia por parte del personal egresado de la especialidad, permitiendo que el personal profesional, desarrolle competencias necesarias para responder adecuadamente a la problemática de salud que actualmente cursa nuestro país, es idóneo potenciar los recursos humanos o mediante reforzamiento de sus competencias de especialistas de alto riesgo Obstétrico.

2.2.- OBJETIVO

- Analizar y detallar el caso clínico y las complicaciones en una gestante atendida después de 3 cesárea anterior.

- Reconocer y contrastar el tratamiento y manejo de la emergencia obstétrica en la gestante con la bibliografía presentada.

2.3.- TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

Atención de gestante que ingresa en Trabajo de parto con antecedente de cesárea anterior 3 veces en un Hospital del tercer nivel.

A. ANAMNESIS:

Fecha: 03 agosto del 2017

Hora de Ingreso: 11:45 hrs.

Servicio de Origen: Emergencia

Datos de Filiación

Edad : 35 años

Raza : Mestiza.

Ocupación : Ama de casa

Grado de instrucción: Secundaria completa.

Estado civil : Casada.

Religión : católica

Procedencia : Lima.

Antecedentes personales:

Antecedentes Médicos: niega

Antecedentes Quirúrgicos: Cesáreas (2004, 2007 y 2009)

Hemioplastia (2004)

Antecedentes de transfusiones: niega

Alergia a Medicamentos: ninguna.

Antecedentes Gineco obstétricos:

Menarquia : 15 años

Régimen Catamenial: 3/28 días

Inicio de Relaciones Sexuales: 19 años

Parejas sexuales: 02

Métodos de PPF: Ampolla trimestral

PAP: No Patológico (2016)

Última menstruación: 05 de noviembre del 2016

Fecha probable de parto: 16 de agosto del 2017

Ecografía Precoz: 03 de enero del 2017 (07 semanas 6 días)

Edad gestacional: 38 semanas 5 días por Eco precoz.

Formula obstétrica: G5 P 4004

GESTACIÓN 1: Parto Vaginal (1999)

RN Masculino, Peso al Nacer: 3200grs.

GESTACIÓN 2: Cesárea por DCP (2004)

RN Femenino, Peso al Nacer: 3500grs.

GESTACIÓN 3: Cesárea por DCP (2007)

RN Masculino, Peso al Nacer: 2900grs.

GESTACIÓN 4: Cesárea por cesárea anterior 2 veces (2009)

RN Femenino, Peso al Nacer: 3350grs.

GESTACIÓN 5: GESTACIÓN ACTUAL.

Enfermedad actual:

Mujer Gestante de 35 años ingresa al Hospital desde el servicio de emergencia, refiriendo dolor tipo contracción uterina frecuentes, las cuales se inician aproximadamente hace 2 horas, acompañado de dolor lumbar, con presencia de mucosidad con sangre, paciente refiere percibir movimientos fetales.

B. EXPLORACIÓN FÍSICA

EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Aparentemente Regular estado General (AREG).

Lucido y Orientado, en Tiempo, Espacio y Persona (LOTEP)

- Presión arterial (PA) : 130/80 MmHg.
- Frecuencia Cardiaca : 82 por minuto.
- Temperatura : 37° Centígrados.
- Respiración : 19 por minuto.
- Talla : 1.60 centímetros.
- Peso : 79.5 kg.

Funciones Biológicas:

APETITO: Disminuido, refiere no haber consumido alimentos desde la cena del día anterior.

ORINA: aumentado, refiere orinar “Cargado”

SED: Conservado, refiere tomar 3 litros de agua por día.

SUEÑO: Conservado, refiere dormir de manera ininterrumpida 4 horas continuas.

Estado general sensorio: Normal.

Piel y Mucosas: tibias e hidratadas

Aparato Cardio vascular: Normal.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen : Ocupado por útero grávido

Extremidades: Edemas +/-

Reflejos Osteotendinosos: ++/++++

EVALUACIÓN OBSTÉTRICA:

ABDOMEN:

Altura Uterina: 35 cm.

Situación Posición y Presentación: Longitudinal cefálico derecho

Dinámica uterina: Frecuencia: 2-3 contracciones en 10 minutos; De duración: 30''

Segundos Intensidad: ++/+++

Frecuencia Cardíaca Fetal: 140 Latidos por minutos.

Genitales Externos: Presencia de tapón mucoso

TACTO VAGINAL: Hallazgos encontrados:

- Dilatación: 2 centímetros.
- Incorporación: 80 %
- Altura de Presentación: 3/5.
- Variedad en la Presentación: Occípito Iliaca derecha Anterior (OIDA).
Membranas Ovulares: Integras.
- Pelvis: Limite.
- Presencia de tapón mucoso.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE INGRESO:

1. G5 P4004 de 38 semanas 5/7x Eco Precoz.
2. Trabajo de parto fase Latente.
3. Cesárea Anterior 3 veces
4. Añosa
5. Periodo Intergenésico (PIN) largo

PLAN DE TRABAJO:

- Parto por Cesárea.
- Se solicita exámenes Pre quirúrgicos:

- Placa de Tórax.
- Monitoreo Electrónico Fetal (NST)
- Riesgo Quirúrgico.
- Hemograma
- Recuento de Plaquetas
- Perfil de Coagulación
- Glucosa, Urea y Creatinina
- Exmen de Orina
- Pruebas Cruzadas

TRATAMIENTO:

1. Nada Vía oral (NPO)
2. Vía Endovenosa con Cloruro de Sodio 9 0/00 a 45 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Dinámica Uterina + Latidos Cardiacos Fetales)
4. Control funciones vitales y Control Sangrado vaginal (CFV, CSV)
5. Cefazolina 2grs EV 30 minutos pre Sala de Operaciones (SOP)
6. Pasa a observación para riesgo quirúrgico.
7. Se programa para SOP.

Barrido Ecográfico:

- Feto Único en Longitudinal cefálico Derecho (LCD)
- Peso: 3250 +/- 184 gramos.
- Latidos cardiacos fetales: 143 x minuto.

- Placenta: corporal Posterior.
- Grado: III/III
- Perfil Biofísico:
 - Movimientos Fetales: Presentes (2)
 - Tono Fetal: Conservados (2)
 - Movimientos Respiratorios: Presentes (2)
 - Volumen de líquido Amniótico: Adecuado (2)
- Líquido amniótico: Adecuado.

Conclusión:

- Gestación única de 37 semanas 3/7 por Biometría fetal.
- Perfil Biofísico 8/8

TABLA N° 04

LABORATORIO CLÍNICO	VALOR
Hemoglobina	12.9grs
Hematocrito	36%
Plaquetas	187, 000 pmc
Tiempo de Protrombina Total	27,8 segs.
Fibrinógeno	496 mg/dl
Grupo y Factor Rh	O positivo
Test Rápido de VIH	No Reactivo

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

- 12:00 hrs Se canaliza vía periférica segura con abocath N°18.
- 12:07 horas. Se coloca brazalete de identificación.
- 12:10 horas Laboratorista toma muestra de laboratorio.
- 12:15 horas Se lleva muestra para pruebas cruzadas.
- 12:22 horas. Paciente acude a rayos X para placa de tórax.
- 12:32 horas Paciente retorna de rayos X.
- 12:35 horas Se traslada paciente a observación de emergencia previa coordinación.

EVALUACIÓN EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA.

Fecha: 03 de agosto del 2017

12:40 hrs Paciente gestante ingresa al Servicio, en silla de rueda en compañía de personal técnico y familiar, procedente de emergencia, previa coordinación. Paciente ingresa con vía permeable con abocath N° 18 y cloruro de sodio 9 0/00, evaluada por medico Gineco Obstetra en tópico de emergencia, paciente refiere dolor tipo contracción uterina y refiere percibir movimientos fetales, paciente ingresa para NST y e espera de resultados de laboratorio y efectivizar Riesgo Quirúrgico.

EVALUACIÓN OBSTÉTRICA:

Al Examen: Paciente en Aparente Regular Estado General (AREG)

Control de Signos Vitales:

Presión Arterial : 112 / 74 mmhg

Frecuencia Cardiaca : 96 por minuto.

Temperatura : 37.1° Centígrados.

Frecuencia Respiratoria: 19 por minuto.

Abdomen:

Posición, Situación y presentación: Longitudinal Cefálico Derecho

Frecuencia Cardiaca Fetal: 152 x´

Genitales Externos:

Sangrado Vaginal: Negativo

Perdida de Líquido Amniótico: Negativo.

Tacto Vaginal: Diferido

Miembros Inferiores: Edema +/-+++

DIAGNÓSTICO:

1. Gesta5 Para4004 de 38 semanas 5/7x Eco Precoz.
2. Trabajo de parto fase latente.
3. Cesárea Anterior 3 veces
4. Añosa
5. PIN largo

PLAN DE TRABAJO:

- Parto por cesárea.

- Control Obstétrico (DU + LCF)
- NST
- Espera de resultados de laboratorio
- Riesgo Quirúrgico

Se inicia **NST**: 13hrs y concluye a las 13:27hrs

Resultados del NST: Se encontraron los siguientes hallazgos

- Línea de base: 148 por Minuto.
- Variabilidad: 10 por Minuto.
- Movimiento Fetal: Presentes
- Aceleraciones: Presentes.
- Desaceleraciones: Ausentes
- Dinámica uterina:

Frecuencia: 1 a 2 en 10 minutos

Duración: 35 Segundos.

Intensidad: +/+++

Resultado: Feto Activo Reactivo.

Evolución Obstétrica.

Fecha: 03 de agosto del 2017.

13: 45 horas Se recaba resultados de laboratorio, se administra cefazolina 2 gramos endovenoso y se ubica a Médico Internista para evaluación y realización de riesgo quirúrgico.

Abdomen: Latidos Cardiacos Fetales: 148x´,

Dinámica Uterina: 1-2 en 10 minutos, con una Intensidad + / +++ y una duración de 35 segundos.

13:55 Médico Internista evalúa a paciente y realiza Riesgo Quirúrgico: Dos – II.

14: 07 hrs paciente pasa a Sala de Operaciones, previa coordinación, a la evaluación:

PRE QUIRÚRGICOS: 03 de agosto 2017.

TABLA N° 05

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADOS
Leucocitos	8,42 mil
Abastionados	0%
Hemoglobina	9,40 gr/dl
Hematocrito	29,5 0%
Plaquetas	232,000
Fibrinógeno	3,68
Tiempo Parcial de Protrombina	9,67
Glucosa	82 mg/dl
Urea	14,98 mg/dl
Creatinina	0,53 mg/dl

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

TABLA N° 06

EXAMEN COMPLETO DE ORINA	VALOR
PH	6,0
Densidad	1020
Glucosa	Negativo
Cuerpos Cetónicos	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	4 a 8 campo
Hematíes	0 a 2 campos
Células Epiteliales	Escasa Cantidad

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

REPORTE OPERATORIO

Fecha: 03 de agosto 2017

Hora de Ingreso: 14:12 horas

Hora de termino: 15:50 horas

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO:

1. G5 P4004 38ssx Eco I trimestre
2. Cesárea anterior 3 veces
3. Trabajo de Parto fase latente
4. Anemia Leve

OPERACIÓN: Cesárea Segmentaria Transversal más Bloqueo Tubárico

CIRUJANO: Gineco Obstetra

ANESTESIÓLOGO: Médico Asistente

AYUDANTES: MR2 de Gineco Obstetricia

ANESTESIA: Raquídea

HALLAZGOS:

Hora de Nacimiento: 14:58 horas

Sexo: Femenino

Apgar: 9 - 9

Cordón: 45 centímetros

Placenta: Normo inserta

Líquido: Claro sin mal olor

PROCEDIMIENTO:

- Incisión: Pfannestiel
- Losange de cicatriz anterior: SI
- Colocación de valva Supra púbica: SI
- Histerotomía Segmentaria Transversa
- Extracción del Producto: Cefálico
- Extracción de la Placenta: Manual
- Exteriorización Uterina: SI
- Histerorrafia en planos: DOS
- BTB: SI Especificar: trompas uterinas (Salpinguectomia)
- Síntesis de Pared por planos:
 - Peritoneo: catgut Musculo: Catgut
 - Aponeurosis: Vicryl TCSC: Catgut
 - Piel: Nylon

15:13 horas Control de funciones vitales: PA: 90/52 Mmhg Pulso: 114X

Saturación de Oxígeno: 98% Frecuencia Respiratoria: 22X

COMPLICACIONES: Paciente posterior al retiro de Placenta de manera Manual, cursa con sangrado uterino anormal, se realiza Masaje uterino, al cual no cede el sangrado, paciente presenta un cuadro de **ATONÍA UTERINA**, se realiza tratamiento Médico con Misoprostol 800ugs sub lingual.

15:30 horas se toma Análisis de Gases Arteriales (AGA)

TABLA N° 07

AGA: RESULTADOS	
Tipo de muestra: Arterial	
VALORES DE GASES EN SANGRE	
↑Ph	7.452
↓pCO ₂	30.7 mmhg
↑pO ₂	111 mmhg
VALORES DE OXIMETRIA	
↓ctHb	7.2 gr/dl
↓Hcto	22 %
sO ₂	97.2
FO ₂ Hb	1.2 %
↑FCOHb	1.2 %
FHHb	1.8 %
↓FMethb	0.1 %
VALORES DE ELECTROLITOS	
cK ⁺	3.8 mmol/L
↓cNa ⁺	132 mmol/L
↓cCa ²⁺	1.14 mmol/L
↑cCl ⁻	108 mmol/L
VALORES DE METABOLITOS	
CGlu	76 mg/dl
Clac	0.9 mmol/L

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

15: 40 horas Control de funciones vitales: PA: 101/62 Mmhg Pulso: 119 por minuto. Saturación de Oxígeno: 98% Frecuencia Respiratoria: 19 por minuto.

DIAGNÓSTICO POSOPERATORIO:

1. Post Cesárea más Bloqueo Tubárico Bilateral por Cesárea Anterior 3 veces más Trabajo de Parto: Fase latente.
2. Atonía uterina
3. Anemia Moderada

INDICACIONES:

1. Pase a Recuperación
2. Transfusión 02 paquetes globulares
3. Metoclopramida 10mg 1 ampolla endovenoso STAT
4. Ranitidina 50 mg 01 ampolla endovenoso STAT
5. Dexametasona 4mg endovenoso STAT
6. Tramadol 100mg sub cutáneo cada 8 horas
7. Control Estricto de sangrado vaginal y tono uterino
8. Control estricto de funciones vitales.
9. Gravol 50 mg
Metamizol 2grs
Codeína 60 mg
ClNa 9 % 100cc

Endovenoso lento STAT

REPORTE DE RECUPERACIÓN:

16:00 horas Paciente mujer adulta, ingresa al servicio post operatorio

Inmediato, ventila espontáneamente, vía periférica en miembro superior izquierdo permeable. A la palpación útero contraído apósito seco y limpio. Loquios escasos.

16:05 horas Se transfunde Primer paquete globular control de funciones

Vitales: PA: 132/80 MmHg Frecuencia Cardiaca: 101 por minuto.

Saturación de Oxígeno: 98% Respiraciones: 21 por minuto.

Temperatura: 37.9° Centígrados.

Se administra metoclopramida más dexametasona y ranitidina endovenosa diluida lenta. Se administra Tramadol 100mg subcutáneo STAT. Paciente refiere dolor abdominal, trae catéter epidural, medico refiere retirar.

16:10 horas Se administra gravol con metamizol más codeína diluido en

Cloruro de sodio al 9‰ 100 mililitros endovenoso lento según indicación médica.

Control de funciones vitales: PA: 126/74 MmHg Frecuencia

Cardiaca: 98 por minuto. Respiración: 20 por minuto.

Saturación de Oxígeno: 99%

PLAN DE TRABAJO:

- ✓ Monitorizar Funciones Vitales.
- ✓ Valoración de EVA: 9/10.
- ✓ Administración de tratamiento endovenoso.
- ✓ Masaje uterino.
- ✓ Control de sangrado vaginal.

17:15 horas Evaluación sin dolor EVA: 0/10. Alta de recuperación por Medico Anestesiólogo.

17:20 horas Paciente despierta, ventila espontáneamente, vía endovenosa periférica permeable. Útero contraído. Apósito seco, pasa a su servicio estable sin signos de alarma. Control de funciones vitales PA: 122/75 Mmhg Frecuencia Cardiaca: 94 por minuto. Saturación de Oxígeno: 100%.

CONTROL DE PUERPERIO

CONTROLES OBSTÉTRICOS

17:20 horas Se recepciona paciente en camilla procedente de recuperación

Con vía periférica permeable con Cloruro de sodio 9 ‰ + oxitocina 30UI, frasco con 1000mililitros por pasar, con sonda foley permeable.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general y lucida orientada en tiempo y espacio.

Control de funciones vitales:

Presión Arterial: 130/80 Mmhg, Temperatura: 37.9° Centígrados,

Pulso 104 por minuto. Respiración: 20 por minuto.

Piel y Mucosas: Tibias Semi hidratadas

Mamas: Blandas.

Abdomen: Depresible, Apósito: Seco

Útero: a Nivel de cicatriz umbilical.

Loquios: hemáticos (+)

Diuresis: Sonda foley permeable

Diagnóstico

- Post Operada de cesárea más Bloqueo tubárico bilateral por Cesárea anterior 3 veces más trabajo de parto.
- Atonía uterina en remisión

17:30 horas Se administra transfusión sanguínea, de segundo paquete globular.

P. A.: 124/70 Mmhg. Frecuencia Cardiaca: 105 por Minuto.

Temperatura 37,3°Centígrados. Respiración: 20 por minuto.

Se gradúa a 15 gotas en 20 minutos, luego a 60 gotas por minuto.

- 18:30 horas Inicia primer frasco de Dextrosa al 5% a 1000 mililitros más hipersodio 02 ampollas más oxitocina 30UI. Se realiza masaje uterino, se verifica sangrado vaginal escaso.
- 19:30 horas Paciente queda en reposo con vía permeable con primer frasco de Dextrosa más agregado 900cc por pasar y segundo paquete globular por pasar.
- 20:00 horas Se encuentra paciente en reposo, con Dextrosa más agregados 900cc por pasar y segundo paquete globular por pasar. Control de signos vitales:
- P.A.: 120/70mmhg Pulso: 86 por minuto.
- Temperatura: 37.1° centígrados Respiración: 18 por minuto.
- Piel y Mucosas: Tibias Semi hidratadas
- Mamas: Blandas.
- Abdomen: Blando y depresible, Apósito: Limpio y seco
- Útero: a Nivel cicatriz umbilical.
- Loquios: hemáticos (+)
- Diuresis: Sonda foley permeable
- 20:30 horas Se termina de pasar segundo paquete globular.
- 22:00 horas Se administra ranitidina 50mg más metoclopramida 10mg

Endovenoso diluido lento, y cloruro de sodio 9 % más tramal 100mg y dimenhidrinato 50 mg endovenoso lento.

04 de AGOSTO 2017

00:00 horas Paciente tranquila sin molestias, control de Signos vitales:

P. A.: 110/74 Mmhg Frecuencia Cardíaca: 89 por minuto.
Temperatura: 36.8° centígrados. Respiración: 18 por minuto.

Se administra segundo frasco de Dextrosa 5% mas Hipersodio 20% mas oxitocina 30UI.

06:00 horas Paciente estable, no refiere molestias. Control de signos vitales:

P A: 100/70 Mmhg Frecuencia Cardíaca: 80 por Minuto.
Temperatura: 36.9 ° Centígrados. Frecuencia Respiratoria: 18 por minuto.

08:00 horas Se encuentra paciente en reposo, refiere leve dolor en herida operatoria.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general y lucida orientada en tiempo y espacio.

Control de funciones Vitales:

Tensión Arterial: 110/70 Mmhg, Temperatura: 37.1° Centígrados,
Pulso 74 por Minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.

Piel y Mucosas: Tibias hidratadas

Mamas: Secretantes y blandas

Abdomen: Depresible, con Apósito: Seco y limpio

Útero: a Nivel de Cicatriz umbilical.

Loquios: hemáticos (escaso)

Diuresis: Sonda foley permeable

Diagnóstico:

- Puérpera de cesárea más bloqueo tubárico bilateral por cesárea anterior 3 veces
- Trabajo de parto.
- Anemia leve

Condición de la paciente favorable, y sin cambios sustanciales hasta el 06 de agosto del 2017, que se produce el alta con indicaciones.

2.4 DISCUSIÓN

- 1) Paciente es evaluada en emergencia, por el médico asistente, deja indicado una ecografía obstétrica, manejo expectante y análisis de laboratorio. Posterior a la cesárea se evidencia sangrado aumentado y se activa CLAVE ROJA.
- 2) El caso clínico nos presenta una complicación que afecta a las gestantes con antecedentes de 1, 2 o 3 cesáreas anteriores, lo cual vendría a ser un problema de salud Pública en la actualidad, tomando en cuenta la incidencia en aumento de cesáreas en nuestro país.
- 3) En el caso clínico se evidencio la prestación brindada se dio cuando la paciente llego en labor de parto, observando que la gestante demoro en reconocer los signos de alarma y que, a pesar de tener cesáreas anteriores, tuvo una demora en la toma de decisiones y de solicitar ayuda, las cuales forman parte de las 4 demoras consideradas, dentro de la mortalidad materna.
- 4) Posteriormente se observa que la complicación principal es la hemorragia posparto, la cual en nuestro país representa la primera causa de mortalidad materna, y la segunda a nivel de ESSALUD. Debiéndose encontrar el foco de manera inmediata, el cual puede en el caso clínico se desprende de una atonía uterina. Teniendo en cuenta que ante la hemorragia no tratada o tratada tardíamente se presenta un cuadro de Shock Hipovolémico, que pone

en riesgo el estado materno, pudiendo ocasionar con posterioridad incluso una falla multiorgánica, con posterior muerte materna.

- 5) La atonía uterina post parto, presentada después de un parto vaginal o una cesárea es más riesgoso puesto que la pérdida sanguínea va a depender del tratamiento oportuno que se dé a la emergencia, y de que la paciente responda adecuadamente al tratamiento.

- 6) El caso clínico presentado es de suma importancia puesto que se tiene que tomar en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento donde se realice la intervención, puesto que tendría que estar debidamente equipado para el tratamiento adecuado, contar con banco de sangre, y una unidad de cuidados intensivos, ante una eventualidad.

2.5 CONCLUSIONES

- 1) En el caso clínico presentado es importante recalcar que las pacientes con antecedente de cesáreas anteriores, tienen alto riesgo de presentar rotura uterina, la cual está estrechamente relacionado con la hemorragia post parto, es por ello que se debe de tener en consideración los factores de riesgo presentado por nuestras pacientes, considerar las guías de atención tanto nacionales, como institucionales, según capacidad resolutive, además de la operatividad de los Comités de mortalidad materna de los diferentes niveles de atención, para la discusión de los casos de morbimortalidad maternas ocurridos en la jurisdicción, y de esta manera sensibilizar tanto al personal asistencial, como a los directivos para poder utilizar los recursos y logística necesaria para combatir con la problemática de la salud materna.

- 2) Se evidencia la demora en buscar ayuda por parte de la paciente, considerando que es su quinta gestación y con antecedente de 3 cesáreas, sin embargo, llego a la institución en trabajo de parto. Además de contar con Anemia al final del embarazo, a pesar del gran riesgo de sangrado post parto por los antecedentes. Se evidencia la falta de seguimiento nutricional, puesto que llega al final del embarazo con anemia, resaltando la atención no oportuna durante el control prenatal.

- 3) Importante definir la necesidad de la participación del obstetra especializado en la atención de la emergencia obstétrica, puesto que es el personal idóneo para realizar un manejo temprano y adecuado, en los casos de atonía

Uterina. El personal obstetra, debe estar presente desde el primer nivel de atención, para el fortalecimiento de la comprensión y educación tanto a la gestante como a la familia sobre la detección oportuna de los signos de alarma, para una atención oportuna y una referencia adecuada.

- 4) Se evidencio una demora en la referencia oportuna de la paciente a un nivel de mayor complejidad, considerando los antecedentes de riesgo que presenta la paciente, por lo cual debió de tener un seguimiento oportuno desde las primeras semanas de gestación, mediante una referencia oportuna, tanto para el control prenatal como para la atención de parto.
- 5) Teniendo a la hemorragia obstétrica como causa principal de mortalidad materna es necesario la sensibilización a los profesionales de salud que conforman el equipo de salud de acuerdo a la capacidad resolutive.
- 6) Concientización, educación a la población sobre la importancia y la necesidad de la donación de sangre, para un adecuado abastecimiento de los servicios de banco de sangre.

2.6 RECOMENDACIONES

- 1) Trabajar en la resolución de la demora en la atención, brindando educación a la gestante como a la familia, según nivel de atención. Realizar consejería a las pacientes, tanto gestantes como puérperas sobre los cuidados en el embarazo, señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, en las atenciones prenatales.
- 2) Reforzar la atención desde el primer nivel de atención, para que las pacientes sean atendidas por Obstetras especializadas, quien tengan un manejo adecuado y oportuno de la paciente, para una referencia oportuna en los casos de alto riesgo obstétrico. Además, que se use los Protocolos de atención en los diferentes servicios.
- 3) Se debe implementar todo un sistema de consejería post parto, con diferentes temas, anticoncepción, lactancia materna, cuidados puerperales e higiene, a las pacientes sobre la importancia del parto institucional con el objetivo de prevenir mayores índices de muerte materno-neonatal.
- 4) Las obstetras Especialistas estamos en la potestad de aportar con recomendaciones, además documentos de gestión para el aporte en la mejora de la atención brindada a nuestras pacientes, en los establecimientos de salud donde laboramos, se plantea en el caso clínico presentado, optimizar los recursos humanos y logísticos que nos permita una adecuada preparación para afrontar la emergencia obstétrica como se presenta en el caso clínico.

- 5) Conocer y desarrollar un plan de contingencia de carácter multidisciplinario, con participación de la sociedad civil y autoridades locales, para trabajar en la resolución de la primera demora que es el reconocimiento de las señales de peligro, tanto en la gestante como en la familia.

- 6) Contar con equipo multidisciplinario completo para la atención oportuna tanto en la referencia de la paciente de manera temprana, como en la resolución de la complicación en el tercer nivel de atención, para ello necesitamos la colaboración de más obstetras especializadas, para un manejo adecuado de la emergencia obstétrica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez M, Álvarez E, García S. Roturas uterinas completas. Rev. Ginecología Obstetricia México. 2010. Vol. 81: 716 – 726.
2. Montoya C, Claudina C. Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de Occidente: Incidencia y factores asociados. Rev. Medicina Honduras. 2014, vol. 82 N°2.
3. Sepúlveda D, Soto G, Galván M. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. Rev. Gineco. Obsta. México. 2015. Vol. 83; N° 743-749.
4. García M, López D, Monzalbo C. Parto después de una cesárea ¿Una opción segura? Rev. Gineco. Obste. Vol. 83 Pág. 69-87. México. 2015.
5. Vargas A, Lazo M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev. Gineco. Obste. Perú 2013. Vol. 59; Pág. 261-266.
6. Reyes C. Resultados adversos Maternos Perinatales en gestantes sometidas a Cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a Cesárea, Hospital Lazarte Echegaray. Univ. Antenor Orrego. Perú. 2014.
7. Mamani C. Confirmación post operatoria de las indicaciones para la realización de las cesáreas en las gestantes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica. 2015.
8. Cabrera S. Histerectomía Obstétrica en el Hospital Docente San Bartolomé, Perú. 2003-2015.

9. Gil M. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Univ. R. Palma. Perú. 2016.
10. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto; sitio web de la OMS (www.who.int), Organización Mundial de la Salud; 20 Avenue Apia, 1211 Ginebra 27, Suiza. 2014.
11. Gary F, Kenneth J, Jeanne S, Leve N, Steven L, Dashed S, Bárbara L, Catherine Y, Brian M, Sheffield; Williams Obstetricia 24e, 2015. Décima edición, McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES.
12. Mascaró P, Ayala F, Alvarado C, Mesaría F, Mejía H, Gamboa J. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Materno Perinatal. Primera Edición. Perú. 2010.
13. A. Pellicer A. Obstetricia y Ginecología. 2da Edición. España. Editorial Panamericana. 2014.
14. Avalos E, García O, Aspare I. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto; Ministerio de Salud. 2008.
15. Hinojosa A. Influencia del Trabajo de Parto Prolongado en asfixia perinatal en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad social. Univ. Reg. Autónoma de los Andes. Ecuador. 2013
16. Suárez eraem. Via de parto tras Cesarea Anterior: factores asociados. Prog Obste Gineco. 200; 46(6): p. 250.
17. Cabrera J, Ramos S, Siccha G, Chomba M, Morales C. Histerectomía Obstetrica en el Hospital San Bartolomé. Peru. 2003 al 2015.

18. Huanca D, Ticona M. Factores de Riesgo de la Mortalidad perinatal en Hospitales del Minsa. Rev. Cuba. de Obstetricia y Ginecología. Peru.2011. Vol. 37(3):431- 443.
19. Altamirano P, Factores de Alto Riesgo asociados a Hemorragia Post Parto Inmediato en el Hospital María Auxiliadora en el 2009. Univ. R. palma. Perú. 2012.
20. Ávila J, Carrasco M, Tavera M. Características Epidemiológicas de la Mortalidad Neonatal en Perú, 2012. Revista Medicin. Experimental y Salud Pública. Perú. 2015; Vol. 32: 423-30.
21. Arango A, Canchila C, Paternina C, Laguna H, De la Barrera A. “Prevención de la hemorragia post parto”. Universidad de Cartagena, F. de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Colombia. 2009.
22. Ojeda P, Ortiz A, Medina S, Miño L, Dra. Irati G; Hemorragia Puerperal, Universidad Nacional del Nordeste, Revist. de Postgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 206 – 2011.
23. Chote E, Fernández D, Vallejos C, Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Ministerio De Salud. Perú. 2010.
24. Casta S, Manejo del Riesgo Obstétrico. Segunda Edición. Edit. Medica Panamericana. España. 2016.
25. Al-Zirqi I, Forsen L, Vanes S, Stray-Pedersen B. Prevalenc and risk factors of severe obstetric hemorrhage International Journal of Obstetrics & Gynecology. 2008; Vol. 115:1264–1273.

26. Santos Y, Paraguaná J, Sandoval J. Factores de riesgo de la hemorragia posparto. Estudio caso control, Hospital N. Sergio Vernales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2004. Disponible: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/pariguana_lj/pdf/pariguana_ljTH.2.pdf
27. Cabero L, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Edit. Panamericana. España. 2013.
28. Huanca D, Ticona M, Mortalidad Perinatal. Rev. de Ginecología y Obstetricia. Perú. 2004. Vol. 50: 64-70
29. Reyes O. Riesgo de hemorragia posparto en una gran multípara: estudio retrospectivo observacional. Rev. Clín. en Ginecología y Obstetricia 2011; Vol. 38 (5): 169 -172.
30. Cols y Vélez.; Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia. Rev. Obste. Ginecología; Colombia. 57(3): 147-155, 2006.