



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA
DE 39.2 SEMANAS DE EMBARAZO
CON DISTOCIA DE DILATACION**

AUTOR

Gino Geovanny Gutiérrez Guerrero

TUTOR

Dr. Hugo Franco Alvarado

Babahoyo- Ecuador

Guaranda- Ecuador

202



INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	2
ÍNDICE DE IMAGENES	4
ÍNDICE DE TABLAS	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
TITULO DEL CASO CLINICO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCION	10
I MARCO TEORICO.....	11
DEFINICION DE PARTO.....	11
FASES DE LA ETAPA DEL PARTO.....	11
PARTOGRAMA	13
INDUCCION Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	15
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONE DE LA INDUCCION DEL PARTO	17
DEFINICION DE DISTOCIA	18
CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DISTOCIA DE DILATACIÓN.....	18
HEMORRAGIA POST PARTO	19
ATONIA UTERINA.....	20
CAUSAS DE LA ATONÍA UTERINA.....	20
FACTORES DE RIESGO	20
SÍNTOMAS DE LA ATONÍA UTERINA.....	21
DIAGNÓSTICO DE LA ATONÍA UTERINA	21
TRATAMIENTO DE ATONIA UTERINA	21



1.1	JUSTIFICACION	23
1.2	OBJETIVOS	24
1.2.1	OBJETIVO GENERAL	24
1.2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
1.3	DATOS GENERALES	25
II.	METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO	26
2.1	ANALISIS DE MOTIVO DE CONSULTA	26
	ANTECEDENTES.....	27
2.2	PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD (ANAMNESIS).....	28
2.3	EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)	28
2.4	INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZAZDOS	29
2.5	FORMULARIO DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	31
	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	31
	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	32
	DIAGNOSTICO DEFINITIVO.....	32
2.6	ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS ONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	32
2.7	INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	33
2.8	SEGUIMIENTO.....	34
2.9	OBSERVACIONES.....	35
	CONCLUSIONES.....	36
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
	ANEXOS	39



ÍNDICE DE IMAGENES

Imagen 1 Dilatación del cuello.....	12
Imagen 2 Representación gráfica de la curva de Friedman	13
Imagen 3 Partograma.....	15
Imagen 4 PARTOGRAMA	40
Imagen 5 MONITOREO FETAL 1	41
Imagen 6 MONITOREO FETAL 2	41
Imagen 7 Paquete Globular.....	42
Imagen 8 Colocación de implante	42
Imagen 9 Exámenes de laboratorio.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Test de madurez cervical	16
Tabla 3 DATOS GENERALES	26
Tabla 5 EXAMENES DE LABORATORIO.....	31
Tabla 6 MONITOREO ELECTRONICO FETAL	31



DEDICATORIA

A Dios por delante de todo, quien día tras día me permitía seguir con salud y vida, dándome la fortaleza necesaria para seguir adelante, tras cada caída, era quien me ayudaba a levantarme y continuar hacia delante

A mi familia, quien fue el motor de todo esto, quienes me brindaban el apoyo más que necesario para continuar paso tras paso, alcanzando el éxito que de tal manera todos esperaban, buscando la manera para que yo pudiera seguir a delante con sus consejos, con sus ánimos y su carisma, y seguir siendo la persona humilde, sencilla y risueña que siempre he sido

A mis amigos, que, con sus consejos y locuras, apoyaron cada decisión y pensamiento que tomaba, explicándome sus experiencias para que no cometiera sus mismos errores y continuar por un camino diferente.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a la universidad técnica de Babahoyo por abrirme las puertas, después de llegar de tan lejana ciudad me acogió con respeto y humildad, quienes por medios de becas y proyectos me ayudaron a seguir con mis estudios.

A mi ex docente, Obst. Vanessa Albuja por enseñarme el valor de los pacientes, y del permanente estudio que este requiere.

A mis profesores, quienes con lucha y constancia me ayudaron a forjar el camino para culminar de manera exitosa.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



TITULO DEL CASO CLINICO

CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 39,2 SEMANAS DE
EMBARAZO CON DISTOCIA DE DILATACION



RESUMEN

Durante el embarazo, las madres crean un vínculo afectivo con el ser que llevan en su vientre esperando tener un buen trabajo de parto sin complicaciones, existen mujeres que cursan una gestación tranquila pero en algunas ocasiones durante la labor de parto aparecen dificultades que limitan el nacimiento del producto estas pueden ser distocias de dilatación, del canal de parto y de presentación , las cuales provocan afecciones para el binomio materno fetal obligando a los profesionales de salud a tomar decisiones alternas para corregir el problema y de esta manera garantizar un equilibrio hemodinámico de la madre y el feto pero sobre todo mantener un buen estado físico y emocional.

En este trabajo investigativo me enfocare en el caso clínico de una paciente de 17 años de edad que experimento su primer embarazo tranquilo sin alteraciones, pero en el momento del trabajo de parto tuvo una distocia de dilatación que le impedía la salida del feto por la cavidad vaginal.

Es importante manejar una conducta obstétrica adecuada en estos casos para evitar complicaciones materno – fetales que pueden llegar a ocasionar la muerte si no se interviene de manera apropiada y oportuna ante este tipo de distocias.

PALABRAS CLAVE: Distocia de dilatación, inducción de parto, conducción de parto, hemorragia, atención del parto.



ABSTRACT

During pregnancy, mothers create an affective bond with the being they carry in their womb, hoping to have a good labor without complications, there are women who have a quiet pregnancy but sometimes during labor, difficulties appear that limit the birth. These can be dilatation, birth canal and presentation dystocia, which cause conditions for the maternal-fetal pairing, forcing health professionals to make alternate decisions to correct the problem and thus guarantee a hemodynamic balance of the product. mother and fetus but above all maintain a good physical and emotional state.

In this investigative work I will focus on the clinical case of a 17-year-old patient who experienced her first quiet pregnancy without alterations, but at the time of labor she had a dilatation dystocia that prevented her from exiting the fetus through the cavity. vaginal.

It is important to manage an appropriate obstetric behavior in these cases to avoid maternal-fetal complications that can lead to death if it is not intervened appropriately and in a timely manner in the event of this type of dystocia.

KEY WORDS: Dilation dystocia, labor induction, labor conduction, hemorrhage, labor care.



INTRODUCCION

La primera etapa del parto conocida como Dilatación es el periodo de tiempo que comprende desde el inicio de las contracciones uterinas regulares de parto hasta la dilatación completa del cérvix que es hasta los 10 cm. En un parto normal, la dilatación hasta 4-5 cm puede durar más de 6 horas y es conocida como fase latente, y más de 3 horas la dilatación de 5 a 10 cm que es conocida como fase activa del trabajo de parto, sin importar la cantidad de hijos que tenga la mujer, en algunas ocasiones cuando este proceso no ocurre de manera normal se denomina distocia de dilatación. (Sanitaria, 2021)

Ecuador tiene aproximadamente 300.000 nacimientos al año de los cuales un 15% de gestantes pasan por dificultades graves que pueden ocasionarles la muerte ya sea en el embarazo o durante la labor de parto. Durante el 2013 a nivel mundial fallecieron 289.000 mujeres en gestación y el parto o posterior a este. La atención del trabajo de parto como un estado fisiológico normal deber ser exhaustivamente vigilado por los profesionales de salud para evitar problemas maternos y perinatales. (Publica, 2015)

El presente proyecto lo realice basado en el caso clínico de una primigesta de 17 años que ingreso para atención de parto eutócico vaginal, pero presento una distocia de dilatación por trabajo de parto prolongado, que puso en riesgo su vida y la del producto ocasionándole una hemorragia por atonía uterina por lo que quiero recalcar la importancia de realizar un buen manejo obstétrico durante la labor de parto a este tipo de distocias para evitar la morbilidad materna perinatal.



I MARCO TEORICO

DEFINICION DE PARTO

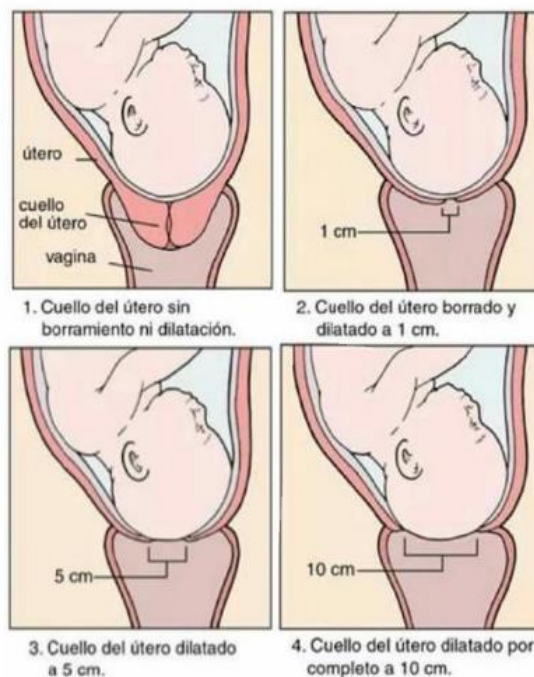
se ha definido según la organización mundial de la salud (OMS) al parto fisiológico, como aquel que inicia espontáneamente desde las contracciones manteniéndose constante hasta el alumbramiento, el bebe nace de manera natural en la posición cefálica cumpliendo las 37 a las 42 semanas de gestación completas, de tal manera que la madre y el niño estén en excelentes condiciones. (Arnau Sánchez, y otros, 2012)

FASES DE LA ETAPA DEL PARTO

el trabajo de parto se divide en fase latente y fase activa las cuales tienen diferentes definiciones la fase inicial del trabajo de parto o fase latente ocurren al culminar la etapa de embarazo y el comienzo de las contracciones esporádicas, luego tenemos a la fase activa del trabajo de parto, esta se divide en 3 partes, la primera parte sucede cuando las contracciones ya son más intensas, con mayor duración y frecuencia. la segunda parte va a estar dada por el borramiento y la dilatación completa del cuello uterino que va a dar origen a la expulsión del feto, y la tercera parte conocida como el alumbramiento en la que se expulsa de manera natural al feto, la placenta y sus anexos (Andina, 2002)

Durante el período latente con presencia de contracciones uterinas estándar, la transformación cervical es incluso hasta los 4cm de dilatación, con una duración cerca de 6.4 horas en mujeres primigestas y 4.8 horas en las mujeres multípara.

En la fase activa con presencia de contracciones uterinas estándar, la modificación cervical es desde los 4cm a los 10 cm de dilatación acompañado de una actividad uterina regular. todo varía entre las embarazadas y de su fisiología, en las mujeres nulíparas la duración promedio es de 8 horas y poco probable más de 18 horas, mientras que en las multíparas la duración promedio es de 5 horas y poco probable más de 12 horas, debemos recordar que el progreso de la dilatación es de 1,1 cm por hora en las nulíparas y 1.3 cm por hora en las



multíparas. (PUBLICA, 2014)

Imagen 1 Dilatación del cuello

FUENTE: (DAZA, 2021)

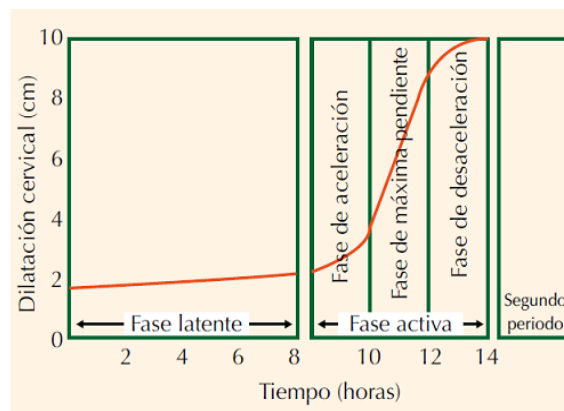
Si existe alguna preocupación de distensión durante la primera etapa del trabajo de parto se debe considerar el incremento de la dilatación y de factores obstétricos que estén ocasionando esta prolongación no solamente basarse primordialmente en la demora de dilatación, la decisión de inmiscuirse va a estar mediada a cargo del médico especialista en ginecobstetricia. (PUBLICA, 2014)

PARTOGRAMA

El partograma es una muestra grafica en la que se representa el progreso de la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación del feto en correlación con el tiempo en el trabajo de parto (RIOFRIO & SOLANO, 2013)

“La presentación grafica del trabajo de parto en el documento conocido como partograma fue insinuado en un inicio por Friedman, el cual observando la dilatación del cérvix y el descenso del producto determino la prognosis del parto e incluyo la curva con la cual se grafica el grado de dilatación y el tiempo de trabajo de parto.

Friedman afirmo que la fase latente se caracterizara por la dilatación y el borramiento hasta los 4cm, luego una fase activa mediada por dos fases, una de aceleración de en mesurada progresión de dilatación y luego una fase de desaceleración en la que el cuello cervical se dilata hacia los 10cm en la cual se



produce el periodo expulsivo “(RIOFRIO & SOLANO, 2013)

Imagen 2 Representación gráfica de la curva de Friedman

FUENTE: (SANTILLAN, 2018)

Antes de ser aplicado clínicamente el partograma, tuvo que ser evaluado para poder diferenciar entre un parto normal y uno anormal, cabe recalcar que el buen



uso del partograma nos lleva a detectar anomalías en el trabajo de parto, (Mauro Parra C.1, 2017)

El partograma nos permite distinguir el progreso del parto céfalo vaginal y optar por el nivel de atención del cual este requiera, también, nos ayuda a determinar factores de riesgo que puedan complicar de manera negativa el trabajo de parto. Nos sirve como fuente de datos clínicos que nos va a permitir una buena vigilancia epidemiológica al momento de la atención del parto. (Jaramillo, 2017)

Se debe tener en cuenta que para graficar el partograma hay que tener varios datos clínicos de la paciente desde sus datos personales, hora de ingreso al espacio de salud y la exploración del médico para determinar el grado de dilatación y borramiento del cérvix, grado de descenso del feto, estado de las membranas, actividad uterina, para así graficar el partograma y definir el estado del parto. (Jaramillo, 2017)

Se debe graficar el partograma desde el nivel de dilatación en la que se encuentra la paciente e iniciar la curva de alerta. Normalmente la curva de dilatación estará dentro de la curva de alerta. En caso de que la curva de dilatación (color azul) salga fuera del rango de la curva de alerta (color rojo), se va a conocer que hay una distocia del parto que puede ser materna o fetal.” (Jaramillo, 2017)

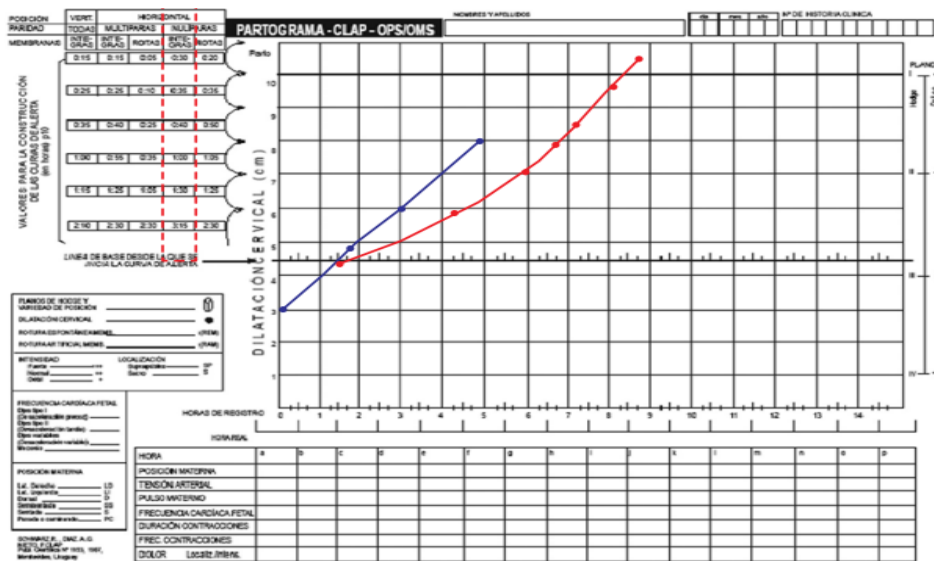


Imagen 3 Partograma

FUENTE: (Jaramillo, 2017)

INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La maduración del cérvix esta mediada por los cambios, consistencia, posición y forma del conducto cervical, para que el parto se lleve a cabo de la manera más fisiológica posible. (González-Boubeta & Cid-González, 2018)

La inducción y la conducción son maneras de acelerar el proceso a base de variados métodos con el fin de mejorar las condiciones cervicales y activar las contracciones uterinas como recurso para que el parto sea por vía vaginal cuando esta tenía otro tipo de procedimiento. (González-Boubeta & Cid-González, 2018)

Para poder realizar de una buena inducción o conducción va a depender del estado cervical de la que se inicie el parto, y para ello nos acogemos al test de Bishop.



Bishop en 1964 invento una manera de valorar las condiciones del cuello uterino, mediante el tacto vaginal basándose en la consistencia del cuello, posición, consistencia, acortamiento, dilatación y el descenso fetal, dándole una puntuación de 0 a 3, esta suma de los puntos nos va a permitir decidir la inducción o conducción del trabajo de parto” (González-Boubeta & Cid-González, 2018)

	0	1	2	3
DILATACIÓN	0 CM	1 A 2 CM	3 A 4 CM	< DE 5 CM
BORRAMIENTO	0 A 30%	40-50%	60 A 70 %	80 A 100%
CONSISTENCIA	FIRMA	INTERMEDIA	BLANDA	
POSICIÓN	POSTERIOR	MEDIA	ANTERIOR	
ENCAJAMIENTO	LIBRE	INSINUADO	1 ER PLANO	2DO PLANO

Tabla 1 Test de madurez cervical

0-4 PUNTOS: FRACASO DE INDUCCIÓN DE PARTO VAGINAL

5-7 PUNTOS: ÉXITO EN EL 70% EN MADURACIÓN DEL CERVIX

8 A MÁS PUNTOS: ÉXITO DE 90% EN MADURACIÓN DEL CERVIX

FUENTE: (González-Boubeta & Cid-González, 2018)

La inducción del trabajo de parto consiste en estimular las contracciones uterinas cuando estas aún no han iniciado con el fin de provocar el nacimiento del bebé. Existen indicaciones y contraindicaciones que van a determinar la ejecución de la maduración del cérvix.

Se debe consumir en madres embarazadas sanas sin patologías, porque la paciente lo solicita o el especialista a cargo. El medicamento más utilizado es el misoprostol en bajas dosis de 25ug cada 2 horas hasta 100ug por vía oral, con este esquema es efectivo para una buena maduración de conducto cervical ya que es el medicamento de elección por su bajo costo y más eficaz. (Caravallo & DeAbreu, 2016)



La conducción se realiza por varias razones como, por ejemplo: embarazo prolongado, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, restricción del crecimiento intrauterino, Oligoamnios, hipertensión, desprendimiento de placenta, entre otras. (CLINIC, 2021)

Entre los riesgos tenemos

Inducción fallida en la que el cuello no madura y habría la posibilidad de una cesárea, una bradicardia por el uso continuo de oxitocina, infecciones por una ruptura prematura de membranas, rotura uterina ya sea por una cesárea anterior o por otra cirugía uterina. La dosis de elección se inicia con oxitocina 10 UI en solución salina al 0.9% “ (CLINIC, 2021)

Las dificultades que se pueden exteriorizar son diversas si no se utiliza el procedimiento de la mejor condición. La conducción del trabajo de parto radica en extender las contracciones uterinas que ya empezaron de carácter natural o espontánea. (CLINIC, 2021)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONE DE LA INDUCCION DEL PARTO

Indicaciones: Aumento de la presión producida por la gestación, rompimiento prematuro de las membranas ovulares, corioamnionitis, daño del bienestar fetal por disminución del desarrollo intrauterino del feto o por incompatibilidad RH, dificultades patológicas maternas como renales pulmonares o endocrinológicas, óbito fetal, peligro de parto anticipado, vivienda lejana, anomalías fetales, periodo intergenésico prolongado. (Caravallo & DeAbreu, 2016)

Contraindicaciones: placenta mal insertada, vasa anterior, anomalía en la presentación del producto, distocias funicas, infección por herpes genital, cesáreas anteriores, gestaciones gemelares o múltiples, aumento de líquido amniótico, patologías cardíacas de la madre, taquicardia o bradicardia fetal, multiparidad, trastornos hipertensivos como la eclampsia, preeclampsia, distocias del Canal del parto. (González-Boubeta & Cid-González, 2018)



DEFINICION DE DISTOCIA

La distocia de dilatación se define como incapacidad del cuello del útero de borrarse y dilatarse para que se produzca el parto, se considera la causa principal de alteración de parto fisiológico razón por la cual es objeto de atención y estudio en la práctica médica gineco- obstétrica, debido a que es el motivo esencial de cesárea de emergencia, ocasionando problemas de origen materno y fetal que podrían producir la muerte, y además un incremento del índice económico relacionado a cuidados médicos hacia los pacientes. (MORENO & CHICA, 2017)

CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DISTOCIA DE DILATACIÓN

Las primordiales causas de anomalías en la graduación del trabajo de parto son:

Disminución de la contractilidad uterina (contracciones del parto). Es el principio transcendental de la prolongación o la detención del parto en la fase de dilatación. En estos casos, las contracciones uterinas no consiguen la intensidad adecuada o no se sistematizan adecuadamente para poder dilatar el cuello del útero. La contractilidad uterina se puede evidenciar mediante palpación, monitorización externa y monitorización interna. La información que aportan los diferentes tipos de monitorización es similar. Se reflexiona que las contracciones inferiores a 200 Unidades Montevideo son escasas para que un parto progrese con normalidad. (Sanitaria, 2021)

Disconformidad céfalo-pélvica, es decir, inconvenientes para que la cabeza fetal atraviese la pelvis materna. En frecuente se provoca por una mala posición o presentación de la cabeza fetal más que por una disconformidad entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre. Es difícil predecirla antes del parto. Durante el parto, se puede preocuparse por una superposición exagerada de los huesos del cráneo fetal. También puede promover por deformaciones en la pelvis materna (raquitismo, luxaciones, fracturas, etc.). (Sanitaria, 2021)



Anillo de Bandl es una causa de obstrucción al parto derivada por la procesión de un anillo muscular grueso entre las partes superior e inferior del útero. El diagnóstico se establece por observación al practicar una cesárea. (Sanitaria, 2021)

Anestesia epidural es algunas instancias no considera en influir en la duración de la fase de dilatación y sobresalta mínimamente a la de expulsión. Por ello, nunca debe ser negada a las gestantes que la soliciten en base a un posible aumento de la duración del trabajo de parto. (Sanitaria, 2021)

La obesidad de la madre depende con duraciones más largas del estado de dilatación. La representación más adecuada es dar más tiempo a estas pacientes en la evolución de sus partos. (Sanitaria, 2021)

HEMORRAGIA POST PARTO

La hemorragia posparto se determina como la pérdida de sangre que sobrepasa los 500 mL en un parto vaginal y los 1.000 mL en un parto por cesárea, se considera que fines clínicos toda pérdida de sangre con posibilidad a ocasionar inestabilidad hemodinámica tiene que definirse como una hemorragia posparto (ECUADOR, 2013).

La hemorragia post parto se subdivide en:

- Hemorragia posparto primaria o inmediata la cual se da dentro de las 24 horas después del parto se estima que entre un 70% de los casos de este tipo de hemorragia está producida por atonía uterina y se ocasiona debido a la dificultad del útero para contraerse de manera adecuada después de la expulsión del feto. (ECUADOR, 2013)
- Hemorragia posparto secundaria o tardía La HPP secundaria o tardía ocurre entre las 24 horas y seis semanas después del parto la causa fundamental para que esta clase de hemorragia se produzca es la retención de membranas ovulares, infecciones o ambos casos.(ECUADOR, 2013).



ATONIA UTERINA

La atonía uterina se caracteriza como la imposibilidad del útero para contraerse después del alumbramiento, lo que ocasiona un fallo de hemostasia en el sitio placentario, como consecuencia se produce una hemorragia abundante en el postparto inmediato, más de 500 ml de sangre en caso de ser parto vaginal o más de 1000 ml si es parto por cesárea en las primeras 24 horas. Está considerada como una verdadera emergencia, ya que este sangrado está relacionado por sus manifestaciones clínicas a producir, hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock hipovolémico. Se caracteriza por ser la principal causa de muerte materna a nivel mundial, primordialmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. (GOMEZ, 2019)

CAUSAS DE LA ATONÍA UTERINA

Los orígenes o componentes por los cuales se puede producir atonía uterina es cuando la fibra muscular del panel del útero abandona su función de contracción, consiguen ser desemejantes las procedencias, como por ejemplo que el útero se haya sobre distendido y no poder volver a recobrar su forma o la pierde la capacidad de contracción esto se produce en caso de embarazos gemelares o múltiples. (SAVIA.ORG, 2018)

En otras instancias puede producirse por la fatiga del músculo liso ya sea porque el parto se prolongue y dure más de lo normal, o que ocurra una alguna alteración de la anatomía del útero, como miomas, o de su funcionamiento que incapacite que este se contraiga, o que posterior al parto, queden restos de la placenta o grandes coágulos dentro de la cavidad uterina. También la atonía uterina puede darse por lesiones o traumatismos como los que pueden ocurrir en una cesárea, o en el caso de una rotura uterina. (SAVIA.ORG, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Se ha determinado que los factores de riesgo que pueden favorecer a la aparición de atonía uterina son: sobre distensión del útero, agotamiento uterino que puede



ser provocado por el exceso de oxitocina, uso relajante uterinos, placenta previa, casos previos de hemorragia postparto en embarazo anterior, corioamnionitis, alteraciones uterinas anatómicas como las anomalías de Müller, desprendimiento de placenta normo inserta, la administración de fármacos toco líticos que son inhibitorios de las contracciones uterinas, miomas uterinos y restos corioplacentarios en la cavidad uterina . (GOMEZ, 2019)

SÍNTOMAS DE LA ATONÍA UTERINA

La atonía uterina se caracteriza por una hemorragia de gran importancia variable, que puede ser intensa y de aparición repentina brusca que puede sobresalirse por la vagina y los genitales en algunas ocasiones e evidencia hay grandes coágulos de sangre dentro del útero. (SAVIA.ORG, 2018)

DIAGNÓSTICO DE LA ATONÍA UTERINA

El diagnóstico de la atonía uterina se establece mediante la valoración del examen físico. El medico después de que se produzca el parto, procede a la palpación del abdomen en donde se evidencia que el útero se encuentra blando y ha incrementado de tamaño, y al dar un masaje uterino sobre el abdomen, observa la salida de sangre y coágulos en grandes cantidades por los genitales. Además, el ginecólogo explora el canal del parto, vagina y cuello del útero, para detectar alguna clase de desgarro. (SAVIA.ORG, 2018)

TRATAMIENTO DE ATONIA UTERINA

Valuar a la paciente: La atonía uterina es la procedencia más común de hemorragia postparto, pero es necesario apartar la presencia de la retención de restos ovulares y de membranas y las lesiones del canal del parto, se debe prestar atención la representación de sangrado descomunal espontáneamente el fondo del útero blando y alto que desciende a relajarse. Es aconsejable realizar una inspección de la cavidad uterina para localizar el origen del sangrado. La



hemorragia puede ser abundante por lo que se debe actuar rápidamente. (GOMEZ, 2019)

Cuadro Clínico: Aumento de la frecuencia cardíaca y vasoconstricción compensatoria que mantiene la presión arterial, posteriormente se producirá hipotensión. Activar clave roja y contar con personal capacitado que ayude a controlar la hemorragia. (GOMEZ, 2019)

Monitorizar presión arterial, oximetría, pulso, electrocardiograma y diuresis. Canalizar vía venosa de grueso calibre. Extracción de sangre para realizar biometría hemática. Resucitación: Lo esencial es restaurar volumen de sangre derramado se aconseja usar lactato de Ringer 300 ml/100 ml de sangre perdidos. Mantener vía aérea permeable, administrar Oxígeno 10l/min y por ultimo colocar sondaje vesical para controlar diuresis. (GOMEZ, 2019)

Se debe ejecutar masaje uterino y obtener un diagnóstico diferencial con la retención de restos y lesiones en el canal. Monitorear perseverantemente signos vitales y estado neurológico de la paciente. (GOMEZ, 2019)

Administrar uterotónicos:

Oxitocina 10 UI/mL intramuscular (o 5 UI unidades internaciones intravenoso lento), o 20-40 UI (unidades internacionales) en 1000 mL de solución cristaloide en extracto intravenoso a 250 mL/h o Misoprostol 800 µg sublingual (4 tabletas de 200 mcg) o Ergonovina o Metilergonovina (en desaparición de contraindicaciones) 0,2 mg Intramuscular, se adquiere frecuentar cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un período de 24 horas.” (GOMEZ, 2019)

Reposición hemática: Administrar de 2 a 5 concentrado de glóbulos rojos hasta que la hemoglobina es mayor a 8 mg/dl y Hematocrito mayor a 21%. Administrar plasma y plaquetas si recuento plaquetario menos a 20000 o detección precoz de Coagulación extravascular diseminada. (GOMEZ, 2019)

Si la paciente sigue con atonía uterina se recomienda incrementar la perfusión continua de oxitocina y de ser necesario repetir la administración de metilergometrina c/2-4h máximo 5 dosis. Administrar Misoprostol, Cytotec 200



mcg vía rectal. En el caso de que el sangrado no pare realizar taponamiento mecánico: el cual se puede realizar utilizando 4 compresas impregnadas en Amchafibrim u otro hemostático o taponamiento con sonda Foley o Sengstaken-Blakemore o Bakri, inflando balón con 500 ml de suero salino. Se es efectivo mantener 12-24 h máximo. (GOMEZ, 2019)

Si la atonía uterina prosigue se debe administrar hemabate, carboprost 250 mcg Intramuscular. Embolización arterial selectiva progresiva Como último recurso, medidas quirúrgicas: ligadura arterias uterinas, capitonaje de B Lynch e incluso se debe considerar realizar histerectomía. (GOMEZ, 2019)

Reevaluar: Debemos realizar una valoración continua del fondo uterino, realizando masaje moderado. Valorar presión arterial, pulso, saturación Oxígeno, estado general de la paciente y controlar diuresis. Reevaluar sangrado, repitiendo determinación de biometría hemática y factores de coagulación cada 30 min. (GOMEZ, 2019)

1.1 JUSTIFICACION

La muerte materna es un conflicto grave de salud pública que casusa daño especialmente en los países con economía baja y causan un desbalance individual, familiar, social y económico. Aproximadamente 800 mujeres en estado de gestación o puerperio fallecen diariamente en el mundo, según lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud.

La distocia de dilatación es una de las complicaciones obstétricas considerada como una patología de tipo benigna que interfiere al momento del trabajo de parto, causando insuavidad al feto en este proceso fisiológico, esta distocia



conlleva a la formación anormal en la curva de Friedman graficada así en el partograma de manera anormal, con la que se asegura que hay un problema en esta etapa del parto la que debe ser corregida de manera oportuna y viable para la vida que está por llegar.

En Ecuador existen algunos casos de mujeres que, cursando un embarazo normal en el trabajo de parto, durante la dilatación presentan dificultades que ocasionan inestabilidad el momento fisiológico del parto y llegan a complicarse, poniendo en riesgo la salud del feto.

Este documento lo realice para incentivar la importancia de conocer cuáles son las posibles causas de distocia de dilatación que pueden ocurrir en el trabajo de parto y provocar complicaciones graves e incluso la muerte de la madre y el feto si no se brinda un tratamiento a tiempo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Explicar la atención realizada a primigesta de 17 años con distocia de dilatación.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS



- ✓ Diferenciar la inducción y conducción de la labor de parto.
- ✓ Describir las causas que pueden ocasionar distocia de dilatación
- ✓ Describir el protocolo de manejo para la distocia de dilatación.

1.3 DATOS GENERALES

NOMBRE	XXX
EDAD	17 AÑOS
LUGAR DE NACIMIENTO	GUARANDA
FECHA DE NACIMIENTO	14-10-2002



NACIONALIDAD	ECUATORIANA
ESTADO CIVIL	SOLTERA
SEXO	MUJER
LATERALIDAD	DIESTRA
RELIGION	CATOLICA
ETNIA	MESTIZA
LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA) (CANTON) (BARRIO)	PICHINCHA, QUITO, LUCHA DE LOS POBRES
PROFESION / OCUPACION	ESTUDIANTE
NIVEL DE ESTUDIO	BASICO SUPERIOR
DISCAPACIDAD	NO
SEGURO SOCIAL	NO

Tabla 2 DATOS GENERALES

Fuente: Base de datos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Gino Gutiérrez

II. METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DE MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 17 años que acude a casa de salud por presentar dolor abdominal tipo contracción que se irradia a región lumbar de +/- 7 horas de evolución, la misma que se irradia a la región lumbar, acompañándose así de pérdida de tapón mucoso en escasa cantidad.



ANTECEDENTES

✓ **PERSONALES**

NO REFIERE.

✓ **FAMILIARES**

NO REFIERE.

✓ **QUIRURGICOS**

NO REFIERE.

✓ **GINECO-OBSTETRICOS**

MENARQUIA: 15 años

CICLOS MENSTRUALES: Regulares (3-5 días)

DISMENORREA: No

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 17 años

PAREJAS SEXUALES: 1

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN: 19 de noviembre del 2019

EDAD GESTACIONAL: 39.2 semanas de gestación

FECHA PROBABLE DEL PARTO: 26 de agosto del 2020

ECOGRAFIAS: 3

CONTROLES PRENATALES: 8

TEST DE PAPANICOLAU: no se realiza

TEST VIH, SIFILIS, CHAGAS: no reactivos

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL: Ninguna



2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD (ANAMNESIS)

Paciente femenino de 17 años de edad con embarazo de 39.2 semanas de gestación, se realizó medición de signos vitales los cuales se encontraban dentro de los parámetros normales, prueba de bienestar fetal , exámenes de laboratorio complementarios en donde se detectó anemia y trombocitopenia luego médico tratante de Gineco-obstetricia decide que paciente iba a ser hospitalizada para evolución espontanea de trabajo de parto y posteriormente atención de parto eutócico céfalo vaginal, pero las horas iban pasando y no progresaba su dilatación, razón por la cual se decidió conducir el parto y pese de tener actividad uterina regular paciente no dilata y se realiza cesárea de emergencia en la cual paciente presento hemorragia intraparto por atonía uterina con sangrado de 1700ml la cual fue corregida con sutura hemostática de B-Lynch y se transfunde dos paquetes globulares para mantenerla hemodinámicamente estable.

2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril e hidratada, con signos vitales dentro de parámetros normales

- ✓ **FRECUENCIA CARDIACA:** 75 x min
- ✓ **FRECUENCIA RESPIRATORIA:** 22 x min
- ✓ **TEMPERATURA:** 36.8 °C
- ✓ **TENSION ARTERIAL:** 110/60mmhg



- ✓ **SATURACION DE OXIGENO:** 95%
- ✓ **ESTADO DE CONCIENCIA:** Alerta
- ✓ **PROTEINURIA:** Negativo

Paciente con score mama (0)

EXAMEN FISICO

- ✓ **PIEL:** turgencia y elasticidad conservada. Faneras (pelo) color negro de textura fina que concuerda con la edad y el sexo, (uñas) de color normal, antihigiénicas, cortas.
- ✓ **CABEZA:** normo cefálica, fosas nasales húmedas, orofaringe no congestiva.
- ✓ **CUELLO:** móvil, sin evidencia de adenopatías palpables.
- ✓ **TORAX:** expansible y simétrico, cardiopulmonar con ruidos normales, mamas secretoras de leche materna.
- ✓ **ABDOMEN:** globular, aumentado de tamaño, ocupado por útero gestante, con una altura de fondo uterino (AFU) de 37cm y actividad uterina (AU) de 1/10/20 seg, feto único vivo con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, perceptibles por la madre.
- ✓ **(RIG)Región inguino-genital:** se evidencia genitales normales de nulípara, salida de tapón mucoso en escasa cantidad, al tacto vaginal se evidencia dilatación: 3cm
 - borramiento: 30%
 - cérvix: posterior
 - consistencia del cuello uterino: semiblando
 - descenso fetal: I plano
 - test de Bishop: 4
- ✓ **EXTREMIDADES**
 - sin evidencia de edema

2.4 INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS



COMPONENTE	FECHA DEL REPORTE			
		20/08/2020	23/08/2020	24/08/2020
HEMATOLOGICO		20/08/2020	23/08/2020	24/08/2020
	HEMATOCRITO	31,4 %	28.3 %	25.1%
	HEMOGLOBINA	9.6 g/dl	9.3 g/dl	8.0 g/d
	SEGMENTADOS	66	89	77
	PLAQUETAS	136.000 mm ³	135.000 mm ³	194.000 mm ³
	LEUCOCITOS	8.800 mm ³	20.600 mm ³	17.300 mm ³
	MONOCITOS	3%		6%
	LINFOCITOS	29%	7%	17%
	GRUPO SANGUINEO	O Rh (+)		
	TIEMPO DE PROTOMBINA	12.0 seg		
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	34.0 seg		
	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84	85	88
	UROANALISIS	DENSIDAD	1010 mg/dl	
PH		7.5		
HEMOGLOBINA		+		
PIOCITOS		3-5		
ERITROCITOS		3-5		
BACTERIAS		+		
MOCO		+		



QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA	81.8 mg/dl		
	UREA	18.4 mg/dl		
	CREATININA	0.84 mg/dl		
SEROLOGIA	VIH	Negativo		
	VDRL	negativo		

Tabla 3 EXAMENES DE LABORATORIO

Exámenes de laboratorio de la paciente ver en Anexo 6

Fuente: Base de datos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Gino Gutiérrez.

PRUEBA DE BIENESTAR FETAL

MONITOREO FETAL ELECTRONICO	20/08/2020	Monitoreo fetal reactivo	Categoría 1
-----------------------------	------------	--------------------------	-------------

Tabla 4 MONITOREO ELECTRONICO FETAL

Monitoreo fetal electrónico ver en Anexo 2 y 3

Fuente: Base de datos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Gino Gutiérrez.

2.5 FORMULARIO DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

Luego de valoración por médico tratante de Gineco-obstetricia se decide ingresar a paciente para atención de parto céfalo vaginal por test de Bishop favorable.

✓ LABOR DE PARTO FASE ACTIVA



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Posteriormente de dejar a paciente en evolución espontanea se realiza tacto vaginal donde se evidencia que paciente continua con iguales centímetros de dilatación del cérvix a pesar de mantener actividad uterina regular, al ingreso motivo por el cual se decide conducción de trabajo de parto

- ✓ DISTOCIA DE DILATACION CIE 10 (O.631)
- ✓ DISTOCIA DINAMICA DE PARTO CIE 10 (O.629)

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Después de esperar que la oxitocina haga su efecto al realizar la conducción de trabajo de parto, se realiza tacto vaginal a la paciente en donde nos encontramos que seguía el cuello del útero con los mismos centímetros de dilatación y graficarlos en el partograma se concluyó que la conducción del parto fallo ya que la fase activa de labor de parto se estaba demorando más de lo normal llegando al diagnóstico definitivo de:

- ✓ DISTOCIA DE DILATACION CIE 10 (O.631)

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS ONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Origen del problema

Paciente desencadena distocia de dilatación de cérvix, la cual no progresa a pesar de la administración de uterotónicos para conducción de trabajo parto y de tener buena actividad por lo que se realizar cesárea para evitar complicaciones maternas y fetales.

Actividades realizadas:



Tacto vaginal en el cual se evalúa Test de Bishop y control obstétrico reportando una dilatación de 3cm, borramiento de 30%, cérvix posterior, actividad uterina 1/10/20 segundos, se grafica en el partograma y se decide en dejar a la paciente en evolución espontánea para parto céfalo vaginal.

Finalización de la gestación por cesárea de emergencia debido a distocia de dilatación con el fin de evitar complicaciones.

Sutura de B-Lynch para corregir hemorragia intraparto provocada por atonía uterina.

Transfusión de dos paquetes globulares para ayudar a mejorar los valores de hemoglobina.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

De acuerdo a lo descrito en la guía de práctica clínica de la atención del trabajo de parto, parto, post parto y parto inmediato del ministerio de salud pública es importante realizar el tacto vaginal para evaluar las condiciones cervicales, garantizando la privacidad de la paciente, realizando este cada 4 horas para evitar riesgos de infección y malestar a la paciente. (Publica, 2015)

La hemorragia posparto se caracteriza por el desgaste de sangre que sobresale de los 500 mL en un parto cefalovaginal y mayor de 1.000 mL en cesárea. Para conclusiones médicas, todo quebranto de sangre con posibilidad de producir desequilibrio hemodinámico debe pensarse que se trata de una Hemorragia Post parto según lo indicado en la guía de práctica clínica de atención y tratamiento de hemorragia post parto del ministerio de salud del Ecuador razón por la cual se demostró que paciente tenía hemorragia después de la expulsión del feto debido a atonía uterina. (ECUADOR, 2013)

Terminación de parto por cesárea de emergencia debido a distocia de dilatación, según lo establecido por la guía de práctica clínica de atención de parto por



cesárea, la cual indica que se debe realizar dicho procedimiento si se presenta alguna complicación que pueda poner en riesgo la vida de la madre y del feto. (Salud, 2016)

La guía práctica clínica de Hemorragia post parto del ministerio de salud pública recalcar que, si fallan la administración de uterotónicos para corregir una hemorragia post parto por atonía uterina, se debería tomar la decisión de realizar un taponamiento uterino, traje antishok, o sutura de B-Lynch como se realizó en el manejo de hemorragia de la paciente de este caso clínico. (ECUADOR, 2013)

Transfusión de paquetes globulares de acuerdo a lo recomendado por el ministerio de salud pública en la guía de hemorragia post parto la cual establece que se debe realizar transfusión sanguínea en pacientes que han disipado demasiada sangre, más de 1000 ml en cesárea y 500ml en parto, en caso de no encontrar en el establecimiento de salud paquetes globulares, se administrara soluciones cristaloides. (ECUADOR, 2013)

2.8 SEGUIMIENTO.

Primer día de puerperio:

Paciente se encuentra estable, asintomática, score mama 0, refiere dolor en sitio de herida quirúrgica de leve intensidad, al examen físico abdomen depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, altura de fondo uterino en 0-1, región inguino genital con loquios hemáticos en moderada cantidad.

Médico tratante solicita exámenes de laboratorio (biometría hemática de control post transfusión y química sanguínea) además de administrar analgésicos para el dolor y continuar antibioticoterapia.

Segundo día de puerperio:

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable ha permanecido tranquila, no refiere molestias, score mama 0, examen físico dentro de los parámetros normales abdomen con útero contraído, sitio de herida quirúrgica sin signos de infección y región inguino genital con loquios hemáticos en adecuada cantidad,



medico tratante prescribe administración de hierro parenteral para mejorar valores de hemoglobina y corregir anemia además solicita biometría hemática.

Tercer día de puerperio:

Paciente continúa evolucionando favorablemente, en buenas condiciones de salud, no manifiesta sintomatología alguna, score mama 0, valoración física dentro de los parámetros normales se retira vía intravenosa y se solicita administración de profilaxis de hierro vía oral después de valorar exámenes de laboratorio realizados.

Cuarto de día de puerperio

Paciente orientada en tiempo espacio y persona, hemodinámicamente estable, asintomática, examen físico céfalo caudal dentro de los parámetros normales, score mama 0 razón por la cual se da asesoría en nutrición, lactancia y planificación familiar y alta hospitalaria con las siguientes indicaciones:

- ✓ Paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días
- ✓ Ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días
- ✓ Sales de hierro 1 tableta diaria por 30 días
- ✓ Etonogestrel 68mg implante subdérmico
- ✓ Asesoría en planificación familiar
- ✓ Signos de alerta
- ✓ Contrareferencia a centro de salud

2.9 OBSERVACIONES

Es de carácter importante y constante el buen manejo del partograma y de la inducción del trabajo de parto ya que nos puede prevenir al aumento de muertes materno-fetales por complicaciones de cualquier tipo durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.



CONCLUSIONES

La distocia de dilatación es una inconveniente que se puede presentar en el trabajo de parto es muy importante como obstetras conocer las causas por las que ocurren estas distocias con la finalidad de evitar complicaciones en la madre y el feto ocasionen problemas en su salud.

Durante el trabajo parto en algunas gestantes el cuello del útero tarda en dilatarse razón por la cual hay que conocer y saber diferenciar las etapas del parto además de graficar correctamente en el partograma la curva de alerta ya que nos orientara que manejo obstétrico tenemos que ejecutar y de esta manera ayudar que la labor de parto sea un proceso llevadero y no traumático para las pacientes.

La inducción y conducción del trabajo de parto ayudan a la maduración del cérvix para que este pueda dilatarse, pero en algunas ocasiones se producen distocias de dilatación que impiden este proceso fisiológico del parto, hay que saber cuándo y cómo se deben realizarlas ya que pueden ayudar al parto o poner en riesgo a la madre y al feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andina, D. E. (2002). Trabajo de parto y parto normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 63-74.

Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *Dialnet*, 225-247.



- Caravallo, A., & DeAbreu, L. (2016). INDUCCIÓN DEL PARTO. *OBSTETRICIA MODERNA*, 2-10.
- CLINIC, M. (2021). *Inducción del trabajo de parto*. Obtenido de MAYO CLINIC:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141>
- CONTRA, D. P. (27 de NOVIEMBRE de 2018). *PRO Y CONTRA*. Obtenido de
<https://proycontra.com.pe/cuales-son-las-fases-del-parto-4/>
- DAZA, I. S. (2021). *UDOCZ*. Obtenido de
<https://www.udocz.com/read/139246/asistencia-clinica-del-parto>
- ECUADOR, M. D. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. Quito: Caracola Editores.
- GOMEZ, V. F. (2019). *MANEJO DE LA ATONÍA UTERINA*. Obtenido de
<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>
- GONZALES, D. B. (2015 de ABRIL de 2015). *Slide Share*. Obtenido de
<https://www.slideshare.net/dayanabustos35/hemorragias-postparto/8>
- González-Boubeta, R., & Cid-González, C. (2018). Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. *Matronas Prof*, 24-29.
- Guzmán, C., Lizana, S., Lattus, J., Narváez, P., & Seguel, A. (2017). Sutura de B-Lynch en hemorragia postparto por inercia uterina. Experiencia Hospital Dr. Luis Tisné Brousse 2013-2016. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 717-752.
- H.KARLSSON, & SANZ, C. P. (2021). Hemorragia postparto. *Scielo*, 159-167.
- Jaramillo, B. A. (2017). Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR – OPS/OMS. *Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia*, 25-48.



Mauro Parra C.1, J. A. (2017). Revista chilena de obstetricia y ginecología.

PARTOGRAMA EN MUJERES MULTÍPARAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO, 160-164.

MOLDENHAUER, J. S. (Enero de 2021). *MANUAL MSD*. Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>

MORENO, D. R., & CHICA, D. A. (2017). PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, ENERO DEL 2015 - JUNIO DEL 2016, CUENCA-ECUADOR. *FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA*, 10-12.

PUBLICA, M. D. (2014). *ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO INMEDIATO*. QUITO: ISBN.

Publica, M. d. (2015). *Atencion del trabajo de parto, parto, postparto inmediato*. Quito: La Caracola Editores.

RIOFRIO, C. K., & SOLANO, C. S. (2013). Partograma y distocia del trabajo de parto. *UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA*, 20-24.

Salud, M. d. (2016). Artencion de parto por cesarea. *Guia de practica clinica*, 20-33.

Sanitaria, S. (2021). *redaccion medica*. Obtenido de

<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/anomalias-progresion-parto>

SANTILLAN, A. A. (2018). Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecología y obstetricia de México*, 301-309.

SAVIA.ORG. (08 de NOVIEMBRE de 2018). *SAVIA*. Obtenido de

<https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/atonia-uterina>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



ANEXOS

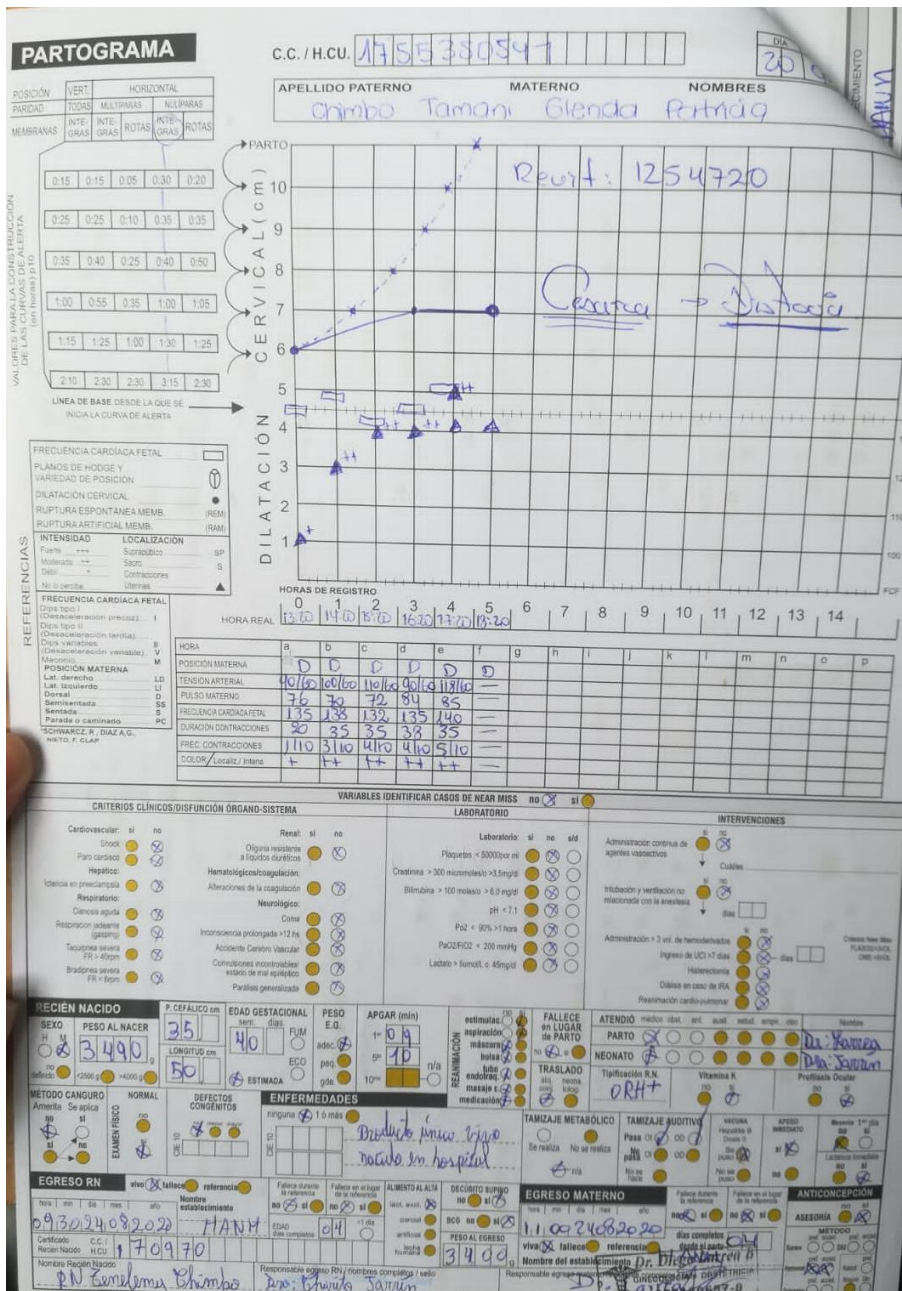


Imagen 4 PARTOGRAMA

Anexo1: Registro de distocia de dilatación en formulario 051

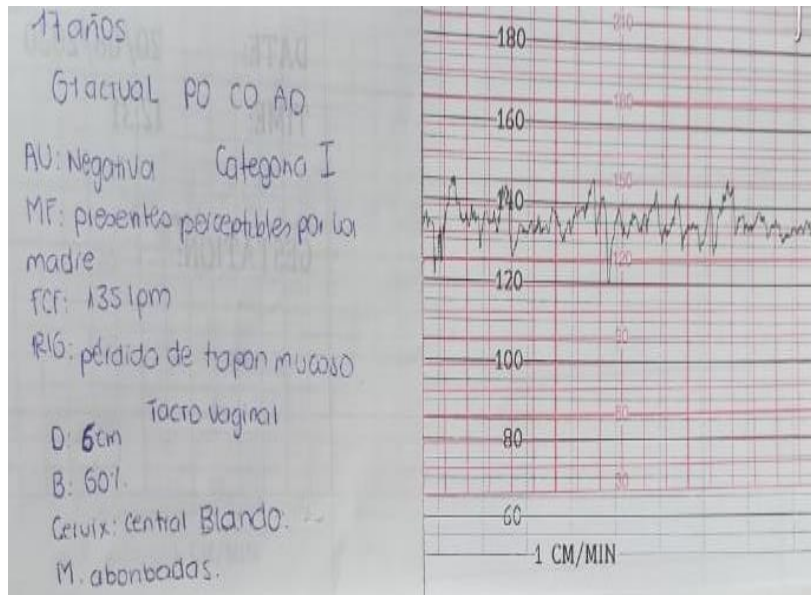


Imagen 5 MONITOREO FETAL 1

Anexo 2: Registro del bienestar fetal en monitoreo electrónico.

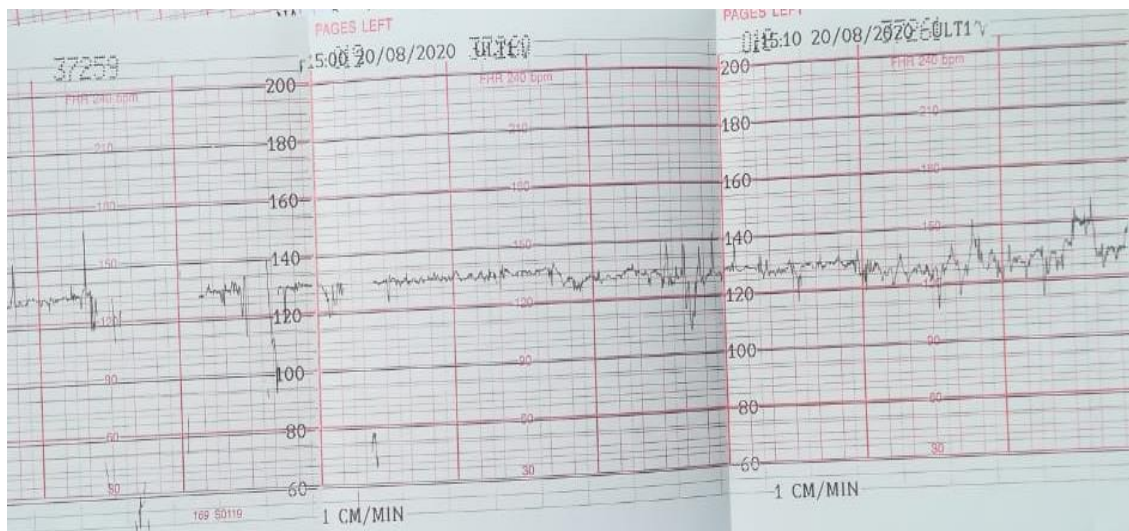


Imagen 6 MONITOREO FETAL 2

Anexo3: Monitoreo electrónico fetal dentro que indica frecuencia cardiaca fetal



Imagen 7 Paquete Globular

Anexo4: Nota de enfermería de la colocación de glóbulos rojos sin capa leucoplaquetaria.

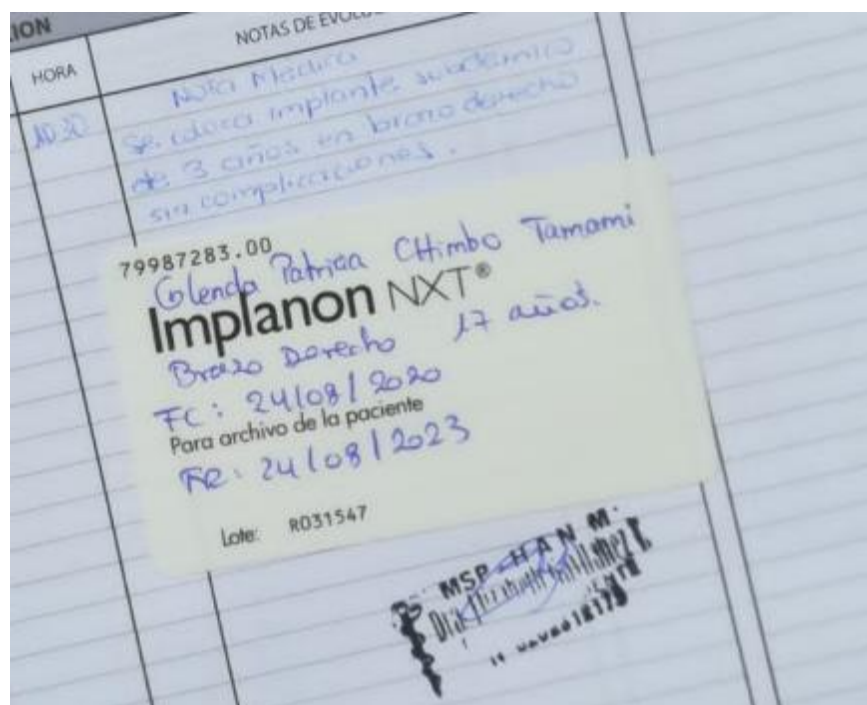


Imagen 8 Colocación de implante

Anexo 5: Nota medica de la colocación de implante subdérmico para planificación familiar.

HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		SEXO (M-F)	HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA	
HANN		Glenda Patricia Chiribo Tamami		F	1	1755350541	
COMPONENTE	1	2	3	4	5	6	
FECHA DE TRANSCRIPCIÓN	20/08/2020	23/08/2020	24/08/2020				
RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN	JRO. Mónica	JM. Serran	JRO. Salomey				
FECHA DEL REPORTE	20/08/2020	23/08/2020	24/08/2020				
1. HEMATOLOGICO	HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA	31.4 / 9.6	28.3 / 9.3	25.1 / 8.0			
	SEDIMENTACIÓN						
	PLAQUETAS	136000	135000	194000			
	LEUCOCITOS	8.800	80600	17300			
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY BAS SEG 66 MON 3 EOS LIN 24	CAY BAS SEG 89 MON EOS 4 LIN 7	CAY BAS SEG 77 MON 6 EOS LIN 17	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN	CAY BAS SEG MON EOS LIN
	HCM / CMHC	114CH					
	GRUPO SANGUINEO / FACTOR Rh						
	T. PROTROMBINA / TTP	121.0 34.0					
	T. COAGULACIÓN / T. SANGRIA						
		84	95	88			
2. URONALISIS	DENSIDAD / pH	1010 / 7.5					
	PROTEINA / GLUCOSA	+					
	CETONA / HEMOGLOBINA						
	BILIRUBINA / UROBILINOGENO						
	NITRITO / LEUCOCITOS						
	PROCTOS / ERITROCITOS	3-5 / 3-5					
	BACTERIAS	+					
3. COPROLOGICO	FLIMORFOS / CRISTALES						
	MOCO / GRASA						
	PARÁSITOS						
	SANGRE OCULTA						
4. QUÍMICA SANGUÍNEA	GLUCOSA AYUNAS / GLUCOSA 2 HORAS	81.8					
	UREA / CREATININA	15.4 / 10.84					
	BILIRUBINA TOTAL / DIRECTA						
	ACIDO URICO / PROTEINA TOTAL						
	ALBUMINA / GLOBULINA						
	ALT (TGP) / AST (TGO)						
	FOSFATASA ALC / FOSFATASA ACIDA						
	COLESTEROL TOTAL / HDL						
	COLESTEROL LDL / TRIGLICERIDOS						
	HIERRO SÉRICO / AMILASA						
5. SEROLOGIA	LATEX / ASTO						
	VDRL	ND+POSITIVO					
	AGLUTINACIONES FEBRILES	ND+POSITIVO					
6. BACTERIOLOGIA							
7. OTROS	Revelo rápida Covid	Negativa					

CONCENTRADO DE LABORATORIO (1)

Imagen 9 Exámenes de laboratorio

Anexo 6: Resultados de los exámenes realizados a la paciente.