

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MANEJO OBSTÉTRICO A GESTANTE CON PREECLAMPSIA
SEVERA ATENDIDA EN EL HOSPITAL II CÉSAR
GARAYAR GARCÍA. IQUITOS 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. Miluska Stephany Urrunaga Mego

Obsta. Elsa Luz Vela Manrique

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MANEJO OBSTÉTRICO A GESTANTE CON PREECLAMPSIA
SEVERA ATENDIDA EN EL HOSPITAL II CÉSAR
GARAYAR GARCÍA. IQUITOS 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Obsta. Miluska Stephany Urrunaga Mego
Obsta. Elsa Luz Vela Manrique

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobadas por **UNANIMIDAD** ante el siguiente jurado:



Dra. Anahi Choque Santos
Presidenta



Mtra. Cynthia Lisset Sanchez Montánchez
Secretaria



Mgr. Maria Yamile Salazar Anco
Vocal



Mgr. Maria Yamile Salazar Anco
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mgr. María Yamile Salazar Anco**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 12085-2023-FACS-UNJBG del 15 de junio del 2023, de la Trabajo Académico titulado: **MANEJO OBSTÉTRICO A GESTANTE CON PREECLAMPSIA SEVERA ATENDIDA EN EL HOSPITAL II CÉSAR GARAYAR GARCÍA. IQUITOS 2022**, presentado por la Obsta. Miluska Stephany Urrunaga Mego y la Obsta. Elsa Luz Vela Manrique. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **16 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

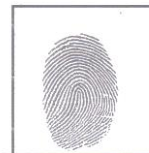
Tacna, 26 de setiembre del 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: María Yamile Salazar Anco
DNI: 004302038



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Miluska Stephany Urrunaga Mego



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Elsa Luz Vela Manrique



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el privilegio de la vida, por nuestra amada familia y por siempre darnos motivos para crecer y salir adelante.

A nuestra familia, por siempre estar cuando los necesitamos, por la paciencia infinita y por el amor incondicional que nos brindan.

A nuestra asesora Mgr. María Yamile Salazar Anco, por su dedicación y paciencia, sin su guía y correcciones, no habiéramos podido llegar a esta etapa tan anhelada por nosotras.

DEDICATORIA

A nuestros padres: Alex y Maritza - Luz y Miguel
Quienes con amor y cariño nos han impulsado a perseguir nuestras metas
y enseñarnos que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A nuestros esposos, Hamilton y Piérol.
Porque siempre nos han brindado su apoyo incondicional para poder
cumplir todos nuestros objetivos y no abandonarlos frente a las
adversidades.

A nuestros hijos, Stephano - Yuming y Alessandro.
Quienes son nuestra mayor fuente de alegría y que nos han enseñado
tanto sobre el amor y la paciencia, dándonos la fuerza y la inspiración
para luchar por nuestros sueños.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO: MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 DEFINICIÓN DE PREECLAMPSIA.....	8
2.2 CLASIFICACIÓN	10
2.3 INCIDENCIA	11
2.4 ETIOLOGÍA.....	11
2.5 FACTORES DE RIESGO.....	12
2.6 FISIOPATOLOGÍA.....	14
2.7 FORMAS CLÍNICAS.....	16
2.8 EXÁMENES AUXILIARES.....	17
2.9 TRATAMIENTO.....	18
2.10 COMPLICACIONES	28
CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO	30
3.1 HISTORIA CLÍNICA	30
CAPÍTULO: DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	48

RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	56

RESUMEN

El presente estudio académico, aborda la revisión de un caso clínico de preeclampsia complicado con síndrome de HELLP en un establecimiento de nivel II-2. **Objetivo:** Identificar los signos y síntomas, el manejo clínico y la complicación de la preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022. **Método:** Análisis documental. **Resultados:** La cefalea y la presión arterial 180/120 mmHg fueron los signos y síntomas que se detectaron en la evaluación clínica, en el manejo clínico se usó clave azul y se termina la gestación por cesárea de emergencia; la complicación fue el síndrome de HELLP en la etapa de puerperio. **Conclusiones:** El manejo clínico se hizo siguiendo las guías clínicas del manejo de las emergencias obstétricas del Ministerio de Salud, a pesar de la complicación en el puerperio, tanto la madre como el recién nacido fueron dados de alta con evolución favorable.

Palabras Claves: Preeclampsia, preeclampsia severa.

ABSTRACT

The present academic study addresses the review of a clinical case of preeclampsia complicated by HELLP syndrome in a level II-2 establishment. **Objectives:** Identify the signs and symptoms, clinical management and complication of severe preeclampsia at Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022. **Method:** Document analysis. **Results:** Headache and blood pressure 180/120 mmHg were the signs and symptoms that were detected in the clinical evaluation, in clinical management blue code was used and the pregnancy was terminated by emergency cesarean section; The complication was HELLP syndrome in the postpartum stage. **Conclusions:** The clinical management was carried out following the clinical guidelines for the management of obstetric emergencies of the Ministry of Health, despite the complication in the puerperium, both the mother and the newborn were discharged with favorable evolution.

Keywords: Preeclampsia, severe preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

Un problema de salud pública, es la preeclampsia, debido a su importante tamaño e impacto social. Está ligada al desarrollo de hipertensión más allá de las 20 semanas, con o sin proteinuria, y con una amplia gama de síntomas y signos que complican la patología. Es una condición irreversible del embarazo, afecta a varios sistemas y representa un número importante de mortalidad materna y perinatal (1).

La preeclampsia es una afección, cuya incidencia varia a nivel global, ocurre aproximadamente entre el 2% y el 10% de los embarazos y es precursora de la eclampsia. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los industrializados (2). El 25% de los casos ocurre en América Latina y el Caribe; en el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud informa que una de las causas más prevalentes de muerte materna en el Perú son los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Dado que, en 2022 representaron el 21,6% (3).

Por otro lado, en la región Loreto, la preeclampsia es la segunda causa de muerte en las gestantes, según datos epidemiológicos de la Gerencia Regional de Salud (GERESA). Ante esta problemática es relevante el análisis del caso clínico, debido a que esta patología es muy frecuente en la región y ocasiona daños a la madre y al feto, que puede terminar en el fallecimiento de ambos; en este contexto es relevante la revisión del manejo del caso clínico, lo que conducirá al desarrollo de protocolos de atención, a fin de uniformizar el manejo de aquellas pacientes con esta complicación que acuden al Hospital Iquitos César Garayar García.

Los objetivos propuestos de esta investigación, es analizar el manejo adecuado de la preeclampsia severa, a su vez, la identificación oportuna de los signos y síntomas que se desarrollan durante la patología, en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La preeclampsia contribuye significativamente a las altas tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal que se muestran a escala global en cuestiones de salud pública. Según una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preeclampsia causada por la hipertensión es responsable de alrededor de 166 mil muertes. Ocurre entre el 5% y el 10% de los embarazos, pero en los países en desarrollo la tasa de mortalidad es entre 5 y 9 veces mayor (4).

En el Perú es importante reconocer que esta enfermedad ostenta una notoria responsabilidad en la defunción materna y perinatal y es catalogada como la causa secundaria en las defunciones maternas. El Ministerio de Salud (MINSA) a través del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) registró 13% de prevalencia de trastornos hipertensivos en el embarazo, de los cuales el 4.79 % presentó preeclampsia severa en el año 2022, en ese mismo año las muertes maternas a causa de preeclampsia representaron el 22% y, hasta mayo del 2023 se había alcanzado 18.5% del total de

todas las defunciones maternas (5; 6).

Un estudio realizado por Arotoma, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - Perú (7) encontró preeclampsia severa en el 90,8% de las pacientes con trastornos hipertensivos, determinado por los signos y síntomas, factores sociodemográficos, antecedentes obstétricos, personales y familiares de preeclampsia.

En la región Loreto, datos obtenidos de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la GERESA, en 2023 se han notificado 22 muertes maternas directas e indirectas, de ello 14 muertes maternas son por causa directa y la preeclampsia ocupa el segundo lugar con el 12.5%. (8).

Para reducir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad en el feto y la madre, la preeclampsia y sus complicaciones deben abordarse sistemáticamente comenzando con la fase previa a la concepción, las primeras etapas del embarazo y la forma en que se presenta clínicamente la enfermedad. Como tal, la estrategia debe ser rápida, interdisciplinaria y exitosa (9). En este sentido, el manejo adecuado y oportuno de esta complicación, es una de las intervenciones eficaces para disminuir la tasa de morbilidad y

mortalidad. Así, lo demuestra León (10) en una paciente de 22 años de edad, cuyo diagnóstico principal fue preeclampsia severa, el manejo siguió los procedimientos según el flujograma de emergencias obstétricas, logrando ser dada de alta a los tres días de hospitalización sin mayores consecuencias en la salud de la madre y el recién nacido.

El Hospital Iquitos César Garayar García, por ser uno de los establecimientos de referencia de la región Loreto, se atiende un promedio de 250 pacientes por mes con diagnóstico de trastornos hipertensivos, de ellos el 10% desarrollan preeclampsia, ocurriendo un caso de muerte materna en el 2023, complicado con síndrome de HELLP (11). Por consiguiente, se debe unificar el manejo clínico en estos casos de pacientes y disminuir los daños al binomio madre niño.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es el manejo clínico de la paciente con preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Según la evidencia científica disponible, se sabe que la preeclampsia es una condición multisistémica cuya causa aún no ha

sido completamente comprendida y que, a nivel global, se posiciona como uno de los principales desafíos en términos de morbimortalidad materna y perinatal, concomitantemente con hemorragia e infección (12).

Para reducir la morbilidad y mortalidad de la preeclampsia y los efectos secundarios que ésta causa, se debe iniciar la evaluación con la fase previa a la concepción y las primeras etapas del embarazo, para poder observar la forma en que se presenta clínicamente la enfermedad. Como tal, la estrategia debe ser rápida, interdisciplinaria y exitosa (8).

En este sentido, en el caso clínico se da a conocer el manejo clínico de la preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022. Estos hallazgos permitieron unificar los criterios para el manejo adecuado y oportuno de la preeclampsia, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materno perinatal, por ello se considera relevante el estudio del caso clínico.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Describir y analizar el manejo clínico de la paciente con preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los signos y síntomas en el manejo clínico de preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.
- Verificar si se realizó la interpretación adecuada de los exámenes de laboratorio en el manejo clínico de preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.
- Conocer el manejo clínico de preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.
- Detectar las complicaciones de preeclampsia severa en el Hospital II César Garayar García, Iquitos 2022.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEFINICIÓN DE PREECLAMPSIA

Enfermedad hipertensiva específica del embarazo que acarrea consigo un compromiso multisistémico. Es visto como una aflicción del estado de gravidez que está relacionada con la irrupción de hipertensión, comúnmente después de la conclusión de las primeras 20 semanas de gestación, que puede estar o no acompañada de proteínas en la orina y se acompaña de una variedad de síntomas, como cefalea y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Cabe destacar que esta enfermedad es irreversible, dado que esta afección compromete diversos órganos y sistemas, es responsable de una significativa tasa de mortalidad materna y perinatal, tanto para la progenitora como para el feto (13).

A pesar de la diligente y asidua labor investigativa, tanto la etiología como la fisiopatología de la preeclampsia siguen siendo un enigma sin resolver. La hipertensión y proteínas en la orina sitúan al endotelio como objeto de estudio. La preeclampsia se distingue por el alza de la presión sanguínea, que se caracteriza por una constricción vascular periférica y una pérdida de la elasticidad arterial. Se han descrito vías y mecanismos fisiopatológicos complejos en la

preeclampsia, los cuales han sido relacionados con factores genéticos e inmunológicos (11).

Según el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), menciona a la proteinuria como componente vital para la confirmación del diagnóstico de preeclampsia. Es de suma importancia contar con una sólida sospecha de la presencia de preeclampsia en mujeres que manifiestan hipertensión arterial igual o superior a 140/90 mmHg, aun cuando manifieste sintomatología que denote afectación de órganos vitales, tales como los trastornos visuales (compromiso cerebral) o la cefalea, la oliguria (compromiso renal), el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio (compromiso hepático), sin descartar la afección respiratoria y la plaquetopenia, inclusive en valores inferiores a 150 000/mL. Sin dejar de lado las implicaciones en el feto, tales como la presencia de disminución de los movimientos fetales, restricción del crecimiento, oligohidramnios y nacimiento prematuro (11).

Durante la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio se manifiesta la preeclampsia, la cual, aunque suele ser más común en el último trimestre, puede ser de intensidad leve o severa y desarrollarse en un ritmo lento o rápido. La falta de atención oportuna ante esta condición puede acarrear consecuencias muy graves tanto para la madre como para el feto, siendo el síndrome de

HELLP y la eclampsia algunos de los riesgos más destacados (14).

2.2 CLASIFICACIÓN (12), (15)

Preeclampsia sin Signos de Severidad	Preeclampsia con Signos de Severidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o mayor de dos mediciones diferenciadas por un lapso de 6 horas. • Presión arterial media no debe de ser inferior a 105 mmHg. • Proteinuria: Excreción de proteínas mayor o igual a 300mg en un periodo de 24 horas o una lectura mayor igual o superior a 1+ en una tira reactiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de presión arterial que registre a 160/110 mmHg o más. • Presión Arterial Media que alcance o supere a 126mmHg. • Proteinuria: Superior en 2g/L en muestra recolectada durante un periodo de 24 horas, o bien si la albúmina alcanza una intensidad de 3+ en una muestra aislada de orina. • Además, puede manifestarse una inflamación generalizada. • Anasarca • Oliguria <500 ml en un plazo de 24 horas. • Lesión en un órgano vital. • Hemólisis. • Plaquetas inferiores a 100 000 mm^3. • Disfunción hepática con un aumento de transaminasas. • Edema Agudo en pulmón. • Insuficiencia Renal Aguda.

2.3 INCIDENCIA

La OMS valora que la prevalencia de preeclampsia se acrecienta siete veces más en los estados en vías de progreso que en las naciones desarrolladas. Día a día se registra el fallecimiento de cerca de 830 mujeres a nivel mundial por factores prevenibles asociadas con la gestación y el alumbramiento, además, de manera anual se calcula un número que ronda las 303 000 defunciones maternas a nivel global (16).

En Perú, su presencia oscila entre un 5% y un 7% de todos los embarazos. La preeclampsia se alza como el segundo factor preponderante de defunción materna con un 31.5% de los decesos; además, es la primera fuente de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (6).

2.4 ETIOLOGÍA

La etiología y patogenia de la preeclampsia son desconocidas, está empezando a ganar peso la teoría que atribuye un origen inmunológico al deterioro de la formación placentaria. La preeclampsia se origina en la placenta, que comienza con una invasión citotrofoblástica y finaliza con una extendida disfunción del endotelio maternal. Se ha estudiado la posible conexión entre varios

factores de riesgo y la aparición de la enfermedad (17).

No obstante, se han presentado varias especulaciones en lo que respecta a su procedencia, y entre ellas se cuentan: (13)

- ✓ Predisposición genética.
- ✓ Alteraciones de la coagulación.
- ✓ Desequilibrio en la coagulación.
- ✓ Aumento de estrés oxidativo.
- ✓ Respuesta inflamatoria exagerada.
- ✓ Mala adaptación inmunológica.
- ✓ Inadaptación cardiovascular.
- ✓ Daño endotelial vascular.
- ✓ Invasión trofoblástica anormal o deficiente implantación.

2.5 FACTORES DE RIESGO (18)

Edad materna

La presencia de hipertensión y eclampsia son frecuentes durante el período gestacional en la población más joven. No obstante, la preeclampsia severa no está fuertemente asociada con la edad extrema.

Primipaternidad

Se ha registrado que en un 20 a 25% de los casos de mujeres multíparas que presentaron preeclampsia y síndrome de HELLP,

tuvieron parejas nuevas, en contraste con el 3.4% observados en el grupo de referencia.

Exposición al esperma

Se ha señalado que, la longitud del tiempo de cohabitación sexual es un factor importante que afecta significativamente la manifestación de la enfermedad.

Paridad

Se puede afirmar con certeza que las mujeres que están en su primer embarazo tienen una mayor predisposición a padecer preeclampsia y eclampsia, independientemente de su edad. A pesar de ello, si una mujer de 35 años o más está en su primer embarazo, es muy probable que presente preeclampsia.

Historia personal de preeclampsia

Haber detenido preeclampsia en embarazos anteriores, en particular, cuando se presenta en su forma temprana o severa, se ha establecido como un elemento de importancia que aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome en gestaciones futuras.

Historia familiar de preeclampsia

La aparición de preeclampsia en madres, hijas, hermanas y abuelas presentan una incidencia de 2 a 5 veces por encima que la

observada en hijas y hermanas políticas. Un estudio efectuado en Noruega por Lie, evidenció que la asociación fue mayor en hermanas completas (OR: 2.2, IC95%: 1.9-2.5), mientras que no se encontró significancia estadística en el caso de hermanas medias (OR: 1.6, IC95%: 0.9-2.6).

Antecedentes familiares hipertensivos

Los hijos y descendientes de mujeres que presentaron trastornos hipertensivos durante el periodo gestacional experimentaron índices estadísticamente elevados de trastornos hipertensivos, dando a entender una predisposición consanguínea.

2.6 FISIOPATOLOGÍA

Actualmente, no se dispone de un paradigma fijo que explique la fisiopatología de los trastornos hipertensivos que acontecen durante la gestación. Varios criterios se han establecido en las investigaciones, pero la mayoría concuerda en que esta patología surge principalmente por una falla trofoblástica que desencadena una alteración de las arterias ubicadas en la región uterina, disminuyendo el aporte útero-placentario de la madre al feto, desencadenando alteraciones y permitiendo cambios fisiopatológicos que implican riesgos tanto para la gestante como para el neonato (19).

Cambios hemodinámicos anormales en preeclampsia.

Múltiples estudios longitudinales y transversales en mujeres con preeclampsia han demostrado que la supresión de la actividad de la renina plasmática, la presión arterial alta, la disminución de la tasa de filtración glomerular y el desarrollo frecuente de edema son más consistentes con una circulación vasoconstrictoras que con una verdadera hipovolemia y falta de llenado. La hipercoagulabilidad, una característica del embarazo normal, puede ser exagerada en preeclampsia y es causada por una mayor generación de trombina, fibrinógeno y proteína C activada resistencia y proteína S reducida y fibrinólisis (17).

Placentación anormal y patogénesis del síndrome de preeclampsia materno.

El diámetro de las arterias espirales uterinas aumenta durante el embarazo como resultado de la remodelación del endotelio y del músculo liso vascular, estimulada por la liberación de proteasas del trofoblasto endovascular y las células naturales killer (NK). El fracaso de la remodelación de la arteria espiral es una característica de la preeclampsia y conduce a una disminución de la perfusión uteroplacentaria con estrés oxidativo placentario.

En la actualidad, se sabe que en las mujeres que desarrollan preeclampsia existe un trastorno de la placenta que se caracteriza por un desequilibrio de factores angiogénicos y antiangiogénicos. Los niveles elevados de tirosina quinasa 1 soluble similar al FMS (sFLT-1), un inhibidor del factor de crecimiento endotelial, la reducción del factor de crecimiento placentario (PLGF) y, por lo tanto, un aumento de la ratio sFLT-1/PLGF, se han reportado tanto en mujeres con preeclampsia establecida como en las mujeres antes del desarrollo de la enfermedad. De esta manera, estos marcadores son útiles para descartar la preeclampsia, y también para el diagnóstico de mujeres con sospecha de la misma (20).

A semejanza de la preeclampsia, la eclampsia es de etiología incierta, siendo su principal signo la aparición de una crisis convulsiva, derivada de la vasoconstricción cerebral, en combinación con trastornos sistémicos de índole hepáticas, renales, hematológicas, neurológicas y cardiovasculares (18).

2.7 FORMAS CLÍNICAS

La sintomatología no siempre se hace presente especialmente en la fase incipiente de la preeclampsia, y la presentación clínica puede presentar variaciones en distintas mujeres.

Existen ciertos síntomas asociados a la preeclampsia que, a pesar de haber sido considerados como elementos diagnósticos en el pasado, hoy en día han perdido su relevancia clínica, como es el caso del edema. Este síntoma, presente en alrededor del 70% de los embarazos, no es suficiente para establecer un diagnóstico de preeclampsia por sí solo. Por esta razón, es crucial que se identifiquen y se comprendan los signos de alerta de esta patología para su oportuno diagnóstico y tratamiento (12).

2.8 EXÁMENES AUXILIARES (17, 18)

Exámenes auxiliares	Según Guía de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno y Perinatal 2023 ¹⁴
Exámenes de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Perfil de coagulación: plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTA), lámina periférica • Examen de orina: con tira reactiva o con ácido sulfosalicílico (ASS) para la detección de proteína cualitativa. • Examen de orina: proteinuria de 24 horas para su detección cuantitativa. Solicitar cociente de proteína / creatinina urinaria. • Pruebas de función hepática: TGO, TGP,

	<p>bilirrubinas (totales y fraccionadas) y deshidrogenasa láctica, proteínas totales y fraccionadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de función renal: creatinina, úrea y ácido úrico. • LDH • AGA • Déficit de base
Monitoreo fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de latidos cardíacos fetales de manera permanente. • Ecografía Doppler (crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico) • Doppler de arteria umbilical y múltiples vasos. • Monitoreo cardiotocográfico. • Perfil biofísico fetal.
Imágenes	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de tórax • Ecografía pulmonar y/o gasometría arterial (si existe signos de insuficiencia respiratoria) • Ecografía abdominal (para descartar de hemoperitoneo, hematoma y ruptura hepática)

2.9 TRATAMIENTO

2.9.1 Manejo pre parto de preeclampsia severa

1. Iniciar tratamiento

Colocar dos vías endovenosas

- Cloruro de Sodio 9‰ a 40 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio (SO₄Mg) en una cantidad de 10 gr (5 amp al 20%), el cual se diluirá en 1 litro de Cloruro de Sodio 9‰. Una

vez preparada, pasar a chorro (400 cc) y posteriormente 30 gts/min.

- Durante la administración de sulfato de magnesio, se monitorea detalladamente los reflejos osteotendinosos, la frecuencia respiratoria y la producción de orina de la madre. Se debe administrar al 10% Gluconato de calcio IV, diluido en un volumen de 20cc si se da una sobredosis de sulfato de magnesio que se manifiesta con paro respiratorio, hiporreflexia y oliguria.
- Administrar Labetalol, en dosis de 200 mg VO cada 8h como primera opción terapéutica, En caso de que no sea efectiva, se puede optar por Metildopa, en dosis de 1 gr VO cada 12 hrs.
- Si la presión arterial tiene un valor de más de 160/110 mmHg, se debe considerar la administración de Nifedipino VO a una dosis de 10 mg. En caso de que la reducción de la presión no sea suficiente después de 30 minutos, se podrá administrar una dosis adicional, sin exceder un máximo de 50 mg diarios, procurando siempre mantener entre 90 y 100 mmHg la presión diastólica.
- Colocar una sonda Foley N° 14 o 16 para una medición precisa del volumen de la orina. Se recomienda utilizar una bolsa colectora de orina para facilitar el monitoreo y control del volumen de diuresis.

- Administrar oxígeno (3 L/min) a través de una cánula binasal.
- Monitorización de las funciones vitales de la paciente gestante.
- Monitorización fetal: frecuencia cardíaca fetal, la actividad fetal y la actividad contráctil uterina.
- En caso de que la edad gestacional del feto sea más de 37 semanas, se deberá evaluar la finalización del embarazo. En cambio, si se encuentra entre las 34 y las 37 semanas, se deberá proceder con la culminación del embarazo.
- Si se encuentra evidencia de algún tipo de daño en órganos blanco, es imperativo llevar a cabo la atención del parto mediante una intervención quirúrgica (cesárea).
- Llevar a cabo la explicación detallada y la obtención del consentimiento informado por parte de la paciente y/o sus familiares, sobre la intervención médica y los riesgos que pudieran surgir (15).

2. Medidas generales

- Los agentes antihipertensivos incluyen metildopa, Nifedipino o labetalol oral.
- Independientemente al tipo de desorden hipertensivo del embarazo, se recomienda el uso de antihipertensivos si la PA \geq 140/90 mmHg. El objetivo de presión arterial en el tratamiento

con antihipertensivo debe ser PA entre 130 – 140/80-90 mmHg.

- Los fármacos antihipertensivos deben reducirse o suspenderse si la PA diastólica cae < 80 mmHg.
- El tratamiento ha demostrado reducir la probabilidad de desarrollar hipertensión materna grave y posiblemente otras complicaciones, como plaquetopenia y hipertransaminasemia con síntomas.
- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)s y los bloqueadores de receptores de angiotensina (ARA)s no deben ser usados en mujeres embarazadas (categoría D de la FDA).
- Dieta normoproteica y normosódica en pacientes con preeclampsia e hipertensión gestacional. Dieta hiposódica en pacientes con HTA crónica (18).

3. Monitoreo materno

- Monitoreo respiratorio: saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca materna.
- PA horaria, y si el control es adecuado, cada 4 horas.
- Diuresis horaria mediante sonda Foley y balance hídrico cada 24 horas.
- Control de peso diario.

- Control de sintomatología materna.
- Exámenes de laboratorio.
- Radiografía de tórax, ecografía pulmonar y/o gasometría arterial si existen signos de insuficiencia respiratoria. Indicación de oxigenoterapia y necesidad de soporte ventilatorio según evolución.
- Monitoreo hemodinámico invasivo en Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) en casos seleccionados bajo la indicación del Médico Intensivista.
- Considerar la toma de ecografía abdominal para descarte de hemoperitoneo, hematoma y ruptura hepática a paciente con criterios de severidad (18).

4. Monitoreo Fetal

- Evaluación de latidos cardíacos fetales permanentes.
- Evaluación integrada de bienestar fetal que incluya biometría fetal; líquido amniótico; evaluación Doppler de múltiples vasos con ecografía al diagnóstico inicial y luego en intervalos de 1 semana si la evaluación inicial es normal (más ductus venoso en < 32 semanas) y más frecuentemente de acuerdo al protocolo de manejo en presencia de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), monitoreo cardiotocográfico y perfil biofísico fetal de

acuerdo a criterio individualizado del caso.

- Monitorización cardiotocográfica fetal hasta cada 12 horas de acuerdo a criterio individualizado (18).

5. Hidratación

Estratificación de las pacientes para aplicar el modo de hidratación:

- **Paciente sin signos de hipoperfusión**

Colocación de vía endovenosa periférica con un catéter N° 18.

Se debe usar a 80mL/hora con soluciones cristalinas balanceadas o cristaloides.

- **Paciente con hipoperfusión**

1. Parámetros de deshidratación: sed, orina colúrica, acidosis metabólica, déficit de base ≤ -6 , densidad urinaria ≥ 1020 , índice de briones < 0.15 .

2. Hidratación: colocar vía endovenosa periférica con un catéter N° 18. Iniciar hidratación con soluciones cristalinas balanceadas (Isofundin) con retos de fluidos a 30 cc/kg en las primeras 2 a 3 horas.

3. Evaluación mediante interconsulta por médico intensivista para manejo y posibilidad de monitoreo hemodinámico para optimizar la hidratación en UCIM.

4. Considerar mantener hidratación a 50 ml/kg/hora con monitoreo estricto (18).

2.9.2 Manejo de Eclampsia:

1. Llevar a cabo las intervenciones pertinentes para tratar la preeclampsia severa, y en caso de producirse una convulsión, es fundamental llevar a cabo las siguientes medidas de forma simultánea:
 - a. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital.
 - b. Asegurar que los familiares estén informados adecuadamente sobre las intervenciones médicas previstas y las complicaciones potenciales, y obtener su consentimiento informado.
 - c. Posicionar al paciente decúbito lateral izquierdo.
 - d. Colocar una intubación orofaríngea, un tubo de mayo o una traqueotomía para asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
 - e. Monitoreo constante de la ventilación y oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsioximetría), y para controlar la hipoxemia administrar oxígeno en una concentración adecuada.
 - f. Vía endovenosa permeable.
 - g. Monitoreo riguroso de la hemodinámica:
 - Control riguroso de la producción de orina por hora.
 - Control riguroso de la Presión Venosa Central (PVC).
 - h. Valorar posibles disfunciones fisiológicas:

- Función renal (ácido úrico, creatinina, análisis de orina)
 - Función hepática (TGO, TGP)
 - Perfil de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y recuento de plaquetas).
 - Descartar la presencia de Síndrome de HELLP.
- i. Administración de medicación:
- Tratamiento anticonvulsivo:
 - Cloruro de Sodio al 9‰ con Sulfato de Magnesio 10 mg, a chorro (400 cc) seguida de 30 gts x min.
 - Tratamiento antihipertensivo:
 - Comenzar la terapia con Labetalol 50 mg por IV durante 10 minutos, seguido de 1-2 mg por kg/h IV como primera opción. Si esto no es posible, administrar Metildopa de 1 gr VO cada 12 hrs.
 - Si la presión arterial inicial incrementa en 30 mmHg en la presión sistólica y/o diastólica, o si se alcanza una presión arterial de 160/110 mmHg o superior, se recomienda la administración de Nifedipino 10 mg VO. Si la presión arterial no disminuye después de 30 min, se puede repetir la dosis, de 50 mg en 24 hrs como máximo.
- j. Tras estabilizar las convulsiones, la gestante y el feto serán valorados para comprobar el estado de salud antes de finalizar

el embarazo.

k. Estabilización de la paciente:

1. Oxigenoterapia.
2. Presión venosa central.
3. Control de factores de la coagulación.
4. Corrección de oliguria.
5. Fluidoterapia.

l. Si las condiciones maternas y fetales son favorables, se debe considerar la vía vaginal como la opción preferida para la finalización del embarazo (18).

2. Profilaxis de convulsiones

- a. Mujeres con eclampsia deben recibir sulfato de magnesio para prevenir convulsiones recurrentes.
- b. Se administrará 40cc (4gr) en 20 minutos y se continuará con 20cc (2gr) por hora.
- c. Si los signos y síntomas de toxicidad de SO_4Mg son claros, administrar gluconato de calcio 10% (10mL de solución salina EV en 10 minutos) de manera inmediata hasta que pasen los síntomas y se puede repetir a los 20 minutos.
- d. Se debe distinguir los signos de toxicidad de los efectos adversos del SO_4Mg que incluyen: enrojecimiento de la piel,

sabor metálico en la boca, sudoración, náuseas y vómitos, pesadez en el pecho, palpitaciones y disminución de la presión arterial inicialmente.

- e. Las pacientes con manejo expectante con preeclampsia severa serán monitorizadas en la unidad de Preeclampsia severa.

2.9.3 Manejo post parto de preeclampsia severa

1. Monitoreo estricto de funciones vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, diuresis, balance hídrico en forma horaria las primeras 24 – 48 horas.
2. Uso de oxitócico para reducir el riesgo de hemorragia.
3. Están contraindicados los fármacos ergóticos, aunque la paciente presente la presión arterial normal en el parto.
4. Analítica controla las 12 horas del parto. Repetir hasta obtener analítica normal post retirada del SO₄Mg. Control estricto de laboratorio dos veces por semana o según evolución y días de hospitalización requeridos de acuerdo a criterio clínico.
5. La terapia antihipertensiva administrada anteparto debe ser continuada luego del nacimiento. La metildopa, sin embargo, debe ser evitada por la asociación a depresión. Los antihipertensivos en general pueden ser usados en una mujer lactante. Las

pacientes con hipertensión arterial (HTA) crónica pueden retornar a sus regímenes pre-embarazo en colaboración con Cardiología o Medicina Interna.

6. La presión arterial objetivo con tratamiento antihipertensivo postparto debe ser menor a 140/90 mmHg, como el objetivo antenatal.
7. Control de la hipertensión severa con Nifedipino. Tener en cuenta que la hipertensión después de una fase inicial de mejoría, puede presentar un empeoramiento entre el 3° y 6° día.
8. La infusión de SO₄MG se mantendrá hasta 24 horas postparto. Si transcurridas las 24 horas persisten signos o síntomas de severidad, se mantendrá por 24 horas más.
9. La lactancia materna está recomendada.
10. Para tratamiento de dolor en las post-operadas se puede indicar paracetamol. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) pueden ser usados si otros analgésicos son ineficaces o si hay patología renal u otro riesgo para esto.
11. En caso de preeclampsia severa no dar de alta antes de las 72 horas postparto, aunque esté asintomática.

2.10 COMPLICACIONES (15, 18), (21)

Materna	Fetales
✓ En relación al parto:	✓ Morbilidad neonatal por

<p>hemorragia, desprendimiento de placenta, déficit neurológico (6%), coagulación intravascular diseminada (6%), riesgo neumonía por aspiración (7%), edema pulmonar (5%), falla renal (4%), arresto cardiopulmonar (4%) y muerte (1%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) tenemos: hemorragia cerebral, encefalopatía hipertensiva, edema cerebral. ✓ Eclampsia ✓ Síndrome HELLP ✓ Rotura hepática. 	<p>hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipoglucemia e infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) ✓ Si la nutrición fetal se ve comprometida en las primeras etapas, puede haber riesgo de microcefalia. ✓ Parto pretérmino: retraso de crecimiento, enfermedad pulmonar crónica, distrés respiratorio, sepsis, parálisis cerebral, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. ✓ Defunción fetal en etapa tardía. ✓ Defunción neonatal.
---	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA

3.1.1 Anamnesis

3.1.1.1 Filiación

- a) Nombre : RNTR
- b) Edad : 25 años
- c) Nivel de estudios : Secundaria incompleta
- d) Ocupación : Ama de casa
- e) Estado civil : Conviviente
- f) Procedencia : Distrito : San Juan.
Provincia : Maynas
Departamento : Loreto
- h) Fecha de ingreso: 10/08/ 2022
- i) Hora de ingreso: 19:40 horas

3.1.1.2 Enfermedad actual

Paciente acude a emergencia obstétrica por presentar dolor de cabeza de leve intensidad, también refiere dolor tipo contracción uterina de leve intensidad que se irradia desde la región del hipogastrio hasta la región lumbo sacra; desde hace más o menos

un día, percibe movimientos fetales activos, niega otras molestias,
niega otro signo de alarma.

Funciones biológicas:

Apetito : Normal
Sed : Normal
Sueño : Disminuido
Micción : Normal

3.1.1.3 Antecedentes

- a) Personales : Niega alergias, niega cirugías.
- b) Patológicos : Niega patologías.
- c) Gineco Obstétricos:
 - Menarquia : 12 años.
 - Régimen catamenial : 7 días (Irregular)
 - Inicio de relaciones sexuales: 14 años.
 - N° Parejas sexuales : 2
 - MAC : Preservativo
 - F.O. : G0 P000
- d) Embarazo Actual:
 - FUR : 17/11/21
 - Confiable : SI
 - FPP : 24/08/2022
 - EG : 38 semanas por FUR
 - CPN : No
 - Controlada : No
- e) Familiares:
 - Mamá : Hipertensión Arterial.

- f) Socioeconómicos : Sin dato
g) Alimentación : Sin dato
h) Hábitos nocivos : Ninguno.

3.1.1.4 Examen físico

10/08/2022 ATENCION EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

- a) General
Paciente en aparente regular estado general, nutricional e hídrico. Lúcida en tiempo, espacio y persona.
- b) Funciones Vitales
Presión Arterial: 180/120 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 84 x'.
Frecuencia Respiratoria: 20 x', Temperatura: 36°C
Peso: 67.600 kg. Talla: 1.55 m
- c) Piel y Faneras : ligera palidez, tibias, elásticas e hidratadas.
- d) Cabeza : normocráneo, sin alteración.
- e) Cuello : sin alteración.
- f) Tórax : sin dato.
- g) Mamas : blandas, secretantes, no dolorosas a la palpación, con pezones no formados.
- h) Cardiovascular : Latidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- i) Abdomen : Ocupado por útero gravídico.
- AU: 30cm
 - SPP: Longitudinal Cefálica Izquierda.
 - LCF: 140 por minuto
 - MF: ++
 - Du: Ausente.
 - PPF:3100gr.
- j) Genitourinaria : Micción espontánea.
- k) Tv : Cervix posterior sin modificaciones.

- l) Columna Vertebral y Extremidades: sin alteraciones
- m) Linfático : Sin adenopatías.
- n) Neurológico : Glasgow 15.
- o) Extremidades Inferiores: Edemas (++).
- p) Reflejos Osteotendinosos: ++

3.1.1.5 Impresión diagnóstica

1. Primigesta de 37 semanas por ultra sonido (I trimestre).
2. No trabajo de Parto.
3. Preeclampsia Severa.

3.1.1.6 Tratamiento y evolución

EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Fecha: 10/08/2022 (20:15 horas)

Se activa Clave Azul y se administra:

1. Primer frasco: Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml + Sulfato de Magnesio 20% 5 ampollas vía endovenosa, 400 ml a chorro luego a 30 gotas x min.
2. Segundo frasco: Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml, 30 gotas x min.
3. Nifedipino 10mg Tableta. Vía Oral. Dosis única
4. Cefazolina 2 gr. Ampolla. Vía endovenosa. Dosis única.
5. Metoclopramida 10mg. Ampolla. Vía endovenosa. Dosis única.
6. Se solicita Hemograma Completo, Tiempo de Coagulación y Sangría.

7. Perfil de preeclampsia: Recuento de Plaquetas, glucosa, úrea, creatinina, albúmina, globulina, bilirrubina total y fraccionada, Aspartato aminotransferasa (TGO), Alanina aminotransferasa (TGP), Deshidrogenasa Láctica (DHL).
8. Sonda Foley
9. Control de diuresis
10. Preparar para SOP

INFORME OPERATORIO: INICIO DE LA OPERACIÓN:

21:52 horas

Hallazgos operatorios:

Recién nacido de 36 semanas por CAPURRO, vivo de sexo masculino

Hora de nacimiento: 21: 57 horas, Apgar 9-9, peso: 2520 gr.

Talla: 50 cm, PC: 34 cm, PT: 31 cm

Placenta: normo inserta

Sangrado vaginal: 600 cc

Complicaciones: ninguna

POST OPERATORIO (22:40 horas)

PA: 140/90mmHg FC: 78x' FR: 20 x' T°: 36.6 °C

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata.
2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa.
3. Anemia moderada.

Indicaciones terapéuticas:

1. Nada por vía oral por 8 horas, luego dieta blanda + líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml + Oxitocina 30 UI ampolla. Vía endovenosa a 30 gotas x min. I y II Frascos.
3. Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml + Sulfato de Magnesio 20% 5 ampollas vía Endovenosa a 33 gotas x min x 24 horas.
4. Cefazolina 1 gr. Ampolla. Vía endovenosa cada 8 horas.
5. Tramadol 100mg. Ampolla. Vía endovenosa cada 12 horas.
6. Dimenhidrinato 50mg. Ampolla. Vía endovenosa cada 12 horas.
7. Nifedipino 10mg. Ampolla. Vía oral. Condicional a Presión Arterial $\geq 160/110$ mmHg.
8. Metildopa 250mg. Tableta. Vía oral cada 8 horas.
9. Sonda Foley permeable y permanente.
10. Control de funciones vitales (CFV) + Observación de signos de alarma (OSA) + Control de sangrado vaginal (CSV).
11. Control de la presión arterial cada 2 horas.
12. Balance hidroelectrolítico (BHE).
11. Se solicita hemograma, Aspartato aminotransferasa (TGO), Alanina aminotransferasa (TGP), Deshidrogenasa Láctica (DHL), úrea, creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH).
13. Curación de herida quirúrgica, cada 12 horas.
14. Reevaluación con resultados.

HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESPECIALES.

Evolución:

Fecha: 11/08/2022 (07:00 horas)

PA: 108/22mmHg FC: 72x' FR: 20 x' T°: 36.5 °C

Hemoglobina: 10.5 gr/dl Plaquetas: 146 xdl.

Diagnóstico

1. Puérpera inmediata 8 horas.
2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa.
3. Anemia moderada.

Indicaciones terapéuticas:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml + Oxitocina 30 UI ampolla, vía endovenosa a 30 gotas x min. Terminar II Frasco, luego vía salinizada.
3. Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml + Sulfato de Magnesio 20% 5 ampollas vía endovenosa a 33 gotas x min completar 24 horas luego retirar.
4. Cefazolina 1 gr. Ampolla, vía endovenosa cada 8 horas.
5. Tramadol 100mg. Ampolla, vía endovenosa cada 12 horas.
6. Dimenhidrinato 50mg ampolla, vía endovenosa cada 12 horas.
7. Metildopa 250mg tabletas, vía oral cada 8 horas.
8. Nifedipino 10mg. Tabletetas, vía oral condicional a Presión Arterial $\geq 160/110$ mmHg.
9. Sonda Foley permeable y permanente.
10. Balance hidroelectrolítico (BHE).

12. Se solicita hemograma, Aspartato aminotransferasa (TGO), Alanina aminotransferasa (TGP), Deshidrogenasa Láctica (DHL), urea, creatinina, LDH, Bilirrubina total y fraccionada.

Fecha: 13/08/2022 (08:00 horas)

PA: 120/80mmHg FC: 72x' FR: 20 x' T°: 36.5 °C

Hemoglobina: 9.1gr/dl. Deshidrogenasa Láctica: 604UI/L.

Aspartato aminotransferasa: 43, mg/dl.

Alanina aminotransferasa: 12mg/dl.

Plaquetas: 133xdL.

Diagnóstico

1. Puérpera mediata 2 días.
2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa.
3. Anemia moderada.
4. Síndrome de HELLP.

Indicaciones terapéuticas

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio 0.9% x 1000ml. vía endovenosa a 30 gotas x min.
3. Cefazolina 1 gr ampolla, vía endovenosa cada 8 horas.
4. Tramadol 100mg ampolla, vía endovenosa cada 12 horas.
5. Dimenhidrinato 50mg ampolla, vía endovenosa cada 12 horas.
6. Metildopa 500mg tableta, vía oral cada 8 horas.
7. Nifedipino 10mg vía oral condicional a PA \geq 160/110 mmHg.

8. Cloruro de Sodio 0.9% x 500ml + Hierro Sacarato 300mg. vía endovenosa lento y diluido en 2 horas.
9. Control de diuresis.
10. Vigilar signos de irritación cortical.
11. Control de funciones vitales (CFV) + Observación de signos de alarma (OSA) + Control de sangrado vaginal (CSV).
12. Se solicita urea, creatinina, tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de protrombina (TPT y TP).

Fecha: 14/08/2022 (07:00 horas)

PA: 150/100mmHg, FC: 72x',FR: 20 x',T°: 36.5 °C, SO₂: 98%
Hemoglobina: 9.1gr/dl LDH: 604 UI/L, TGO: 43mg/dl
TGP: 17mg/dl, Plaquetas: 133 xdl, Bilirrubina Totales:
0.33mg/dl, BD: 0.01mg/dl BI: 0.32mg/dl, Urea: 18mg/dl
Creatinina: 0.90mg/dl

Diagnóstico

1. Puérpera mediata 3 días.
2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa.
3. Anemia moderada.
4. Síndrome de HELLP.

Indicaciones terapéuticas

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Vía salinizada.
3. Nifedipino 10mg tableta, vía oral PRN a PA \geq 160/110 mmHg.
4. Metildopa 500mg tableta, vía oral cada 6 horas.
5. Cefalexina 500mg tableta, vía oral cada 8 horas.

6. Sulfato ferroso 300mg tableta, vía oral cada 24 horas.
7. Vigilar signos de irritación cortical.
8. Interconsulta a cardiología.

Fecha: 15/08/2022 (07:00 horas)

PA: 150/90mmHg, FC: 72x' FR: 20 x' T°: 36.4 °C

Hemoglobina: 9.4 gr/dl.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata 4 días 9 horas.
2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa.
3. Síndrome HELLP resuelto.
4. Anemia moderada.

Indicaciones terapéuticas

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Cefalexina 500mg tableta, vía oral cada 8 horas.
3. Paracetamol 500mg tableta, vía oral cada 8 horas.
4. Sulfato ferroso 300mg tableta, vía oral cada 12 horas.
5. Metildopa 500mg tableta, vía oral cada 6 horas.
6. Interconsulta a cardiología.
7. Captopril 25mg vía oral cada 24 horas.

Fecha: 16/08/2022 (07:00 horas)

PA: 140/80mmHg, FC: 80x' FR: 20 x' T°: 36.2 °C

Hb: 10.5gr/dl

Impresión diagnóstica

1. Puérpera mediata 5 días 9 horas

2. Post operada de cesárea de emergencia por preeclampsia severa
3. Síndrome HELLP resuelto
4. Anemia moderada

Indicaciones terapéuticas

Indicaciones de alta

1. Cefalexina 500mg tableta, vía oral cada 8 horas x 5 días.
2. Paracetamol 500mg tableta, vía oral cada 8 horas x 3 días.
3. Sulfato ferroso 300mg tableta, vía oral cada 12 horas x 30 días.
4. Losartan 50mg tableta, vía oral cada 12 horas x 7 días.
5. Hidroclorotiazida 25 mg ½ tableta vía oral cada 24 horas x 7 días.
6. Carvedilol 6,25 mg ½ tableta vía oral cada 12 horas x 7 días.

3.1.1.7 Exámenes auxiliares

	10/08/2022	11/08/2022	12/08/2022	13/08/2022	14/08/2022	15/08/2022
Glucosa	90 mg/dl					
Urea	13 mg/dl	14 mg/dl	18 mg/dl	29 mg/dl	22 mg/dl	17 mg/dl
Creatinina	0.42 mg/dl	0.59 mg/dl	0.90 mg/dl	0.89 mg/dl	0.64 mg/dl	0.59 mg/dl
Bilirrubina	0.49 mg/dl	-	0.33 mg/dl	0.35 mg/dl	0.38 mg/dl	0.43 mg/dl
B. Directa	0.25 mg/dl	-	0.01 mg/dl	0.20 mg/dl	0.05 mg/dl	0.43 mg/dl
B. Indirecta	0.24 mg/dl	-	0.32 mg/dl	0.15 mg/dl	0.33 mg/dl	0.40 mg/dl
TGO	18 UI/l	28 UI/l	43 UI/l	56 UI/l	43 UI/l	22 UI/l
TGP	15 UI/l	12 UI/l	17 UI/l	25 UI/l	21 UI/l	27 UI/l
LDH	477 UI/l	682 UI/l	604 UI/l	620 UI/l	591 UI/l	677 UI/l
Proteínas totales.	5.9 g/dl					
Proteína Cuantitativa	+++					
Albumina	3.2 mg/dl					

Globulina	2.7 mg/dl					
WBC	7.4 x 10	12.6 x 10	10.8 x 10	8.5 x 10	7.5 x 10	8.0 x 10
Lymph	1.1 x 10	1.3 x 10	1.4 x 10	1.3 x 10	1.2 x 10	1.2 x 10
Mid	0.7 x 10	0.4 x 10	0.5 x 10	0.5 x 10	0.5 x 10	0.3 x 10
Gran	5.6 x 10	10.9 x 10	8.9 x 10	6.7 x 10	5.8 x 10	6.5 x 10
Lymph	14.6%	10.6%	12.6%	15.1%	15.9%	14.6%
Mid	9.5%	3.0%	4.9%	6.4%	6.6%	4.5%
Gran	75.9%	86.4%	82.5%	78.5%	77.5%	80.9%
Hemoglobina	10.5 g/dL	11.2 g/dL	9.1 g/dL	9.6 g/dL	9.4 g/dL	10.5 g/dL
RBC	3.85 x 10	3.77 x 10	3.10 x 10	3.24 x 10	3.27 x 10	3.64 x 10
Hematocrito	32.3%	31.8%	26.2%	27.6%	27.6%	30.9%
MCV	83.9 fL	84.6 fL	84.7 fL	84.9 fL	84.5 fL	84.9 fL
MCH	27.2 pg	29.7 pg	29.3 pg	29.6 pg	28.7 pg	28.8 pg
MCHC	32.5 g/dL	35.2 g/dL	34.7 g/dL	34.9 g/dL	34.0 g/dL	33.9 g/dL
RDW-CV	14.0%	14.00%	14.00%	14.60%	14.60%	15.40%
RDW-SD	40.1 fL	40.1 fL	41.9 fL	42.9 fL	42.9 fL	43.8 fL
Plaquetas	146 x 10	147 x 10	133 x 10	149 x 10	171 x 10	215 x 10
MPV	8.4 fL	8.8 fL	8.4 fL	8.4 fL	8.8 fL	8.6 fL
PDW	15.9	15.8	15.7	15.8	16	15.8
PCT	0.122 %	0.129 %	0.111%	0.125 %	0.15%	0.184%
TC	4'00	-	-	-	-	-
TS	2'00	-	-	-	-	-
EKG						Normal

3.1.1.8 Epicrisis

Fecha de ingreso: 10/08/2022

Fecha de egreso: 16/08/2022

Gestante de 25 años, ingresa por cefalea de leve intensidad y contracciones uterinas de leve intensidad, irradiando desde la región del hipogastrio hasta la región lumbo sacra. Presión arterial 180/120 mmHg, pulso de 84x', respiración 20x', temperatura de 36°C; se inicia manejo con clave azul y es intervenida quirúrgicamente: Cesárea de emergencia. Al tercer día cursa con síndrome de HELLP, el cual se resuelve al segundo día, sin

mayores complicaciones, de evolución favorable y la paciente fue dada de alta al sexto día de hospitalizada con indicaciones médicas. Ver cuadro N° 1.

Cuadro N° 1: Control de funciones vitales

10/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
19:40	180/120 mmHg	84 x´	36°C	20 x´	97%
19:55	160/110 mmHg	88 x´	36.1°C	20 x´	97%
22:30	143/98 mmHg	100 x´	35.8°C	20 x´	99%
22:45	144/94 mmHg	97 x´	36.2°C	20 x´	99%
23:00	149/95 mmHg	97 x´	36.5°C	20 x´	99%
23:15	140/90 mmHg	95 x´	36.5°C	20 x´	100%
23:30	144/88 mmHg	95 x´	36.5°C	20 x´	100%
11/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
00:05	120/80 mmHg	97 x´	36.7°C	20 x´	96%
03:05	150/97 mmHg	100 x´	36.8°C	20 x´	95%
05:20	149/100 mmHg	105 x´	36.7°C	20 x´	96%
07:30	120/80 mmHg	97 x´	36.6°C	20 x´	96%
10:20	120/80 mmHg	97 x´	36.4°C	20 x´	96%
12:20	130/90 mmHg	90 x´	36.3°C	20 x´	96%
14:20	130/90 mmHg	88 x´	36.1°C	20 x´	97%
17:20	120/80 mmHg	80 x´	36.4°C	20 x´	99%
19:25	130/90 mmHg	78 x´	36.4°C	20 x´	96%
12/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
00:25	142/100 mmHg	73 x´	36.4°C	20 x´	97%
02:20	147/88 mmHg	81 x´	36.2°C	20 x´	97%
05:25	150/100 mmHg	78 x´	36.3°C	21 x´	99%
07:25	150/100 mmHg	94 x´	36.1°C	20 x´	98%
10:25	150/100 mmHg	85 x´	36.5°C	20 x´	99%
12:25	150/100 mmHg	86 x´	36.5°C	20 x´	98%
14:25	160/103 mmHg	88 x´	36.4°C	20 x´	99%
17:35	140/90 mmHg	83 x´	36.4°C	19 x´	99%
19:25	164/106 mmHg	86 x´	36.3°C	21 x´	99%
21:25	150/90 mmHg	81 x´	36°C	20 x´	99%
13/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
00:25	160/100 mmHg	86 x´	36.4°C	21 x´	98%
02:25	120/70 mmHg	86 x´	36.3°C	20 x´	98%

05:25	120/70 mmHg	88 x´	36°C	21 x´	99%
07:35	120/70 mmHg	98 x´	36.7°C	20 x´	99%
10:10	140/80 mmHg	95 x´	36.1°C	20 x´	99%
12:15	130/90 mmHg	98 x´	36.5°C	20 x´	99%
17:15	150/80 mmHg	78 x´	37.3°C	20 x´	96%
19:40	160/100 mmHg	77 x´	36.8°C	18 x´	97%
22:00	160/100 mmHg	85 x´	36.8°C	21 x´	98%
14/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
01:54	160/100 mmHg	86 x´	36.6°C	20 x´	98%
05:12	158/100 mmHg	85 x´	36.5°C	20 x´	99%
07:25	160/100 mmHg	84 x´	36.6°C	21 x´	98%
08:30	140/90 mmHg	80 x´	36°C	20 x´	98%
11:00	140/90 mmHg	80 x´	36°C	20 x´	98%
16:00	120/80 mmHg	80 x´	36°C	20 x´	98%
18:00	120/80 mmHg	78 x´	36.2°C	20 x´	98%
19:05	140/90 mmHg	70 x´	36.5°C	20 x´	98%
21:15	130/90 mmHg	78 x´	36.5°C	20 x´	98%
15/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
00:05	120/80 mmHg	80 x´	36.4°C	20 x´	99%
02:10	125/80 mmHg	86 x´	36.2°C	20 x´	99%
04:40	150/90 mmHg	82 x´	36.4°C	20 x´	98%
05:40	160/100 mmHg	86 x´	36.5°C	21 x´	99%
07:00	150/90 mmHg	72 x´	36.4°C	20 x´	98%
09:00	140/90 mmHg	52 x´	36.6°C	20 x´	98%
11:00	140/80 mmHg	79 x´	36.5°C	20 x´	98%
13:00	140/90 mmHg	80 x´	36.4°C	20 x´	99%
18:00	150/90 mmHg	76 x´	36.6°C	21 x´	96%
19:10	140/90 mmHg	78 x´	36.2°C	20 x´	98%
19:10	140/80 mmHg	70 x´	36.5°C	20 x´	98%
16/08/2022	PA	PULSO	T°	FR	SAT. O2
00:30	140/90 mmHg	77 x´	36.2°C	20 x´	98%
02:40	140/90 mmHg	78 x´	36.4°C	20 x´	99%
05:10	140/90 mmHg	80 x´	36.2°C	20 x´	98%
07:00	120/80 mmHg	94 x´	36.3°C	21 x´	97%
08:00	ALTA				

CAPÍTULO IV

DISCUSION

La Enfermedad hipertensiva específica del embarazo acarrea consigo un compromiso multisistémico. Es visto como una aflicción del estado de gravidez que está relacionada con la irrupción de hipertensión, comúnmente después de la conclusión de las primeras 20 semanas de gestación, que puede estar o no acompañada de proteínas en la orina y se acompaña de una variedad de síntomas, como cefalea y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (11).

En su efecto, el Instituto Materno Perinatal, reporta a la pre eclampsia como enfermedad obstétrica de mayor incidencia de las gestantes, representando el 43% de casos de muerte materna (15).

Por consiguiente, cuando se tiene este cuadro de preeclampsia con signos de alarma requiere el traslado a un hospital de mayor resolución, para ser atendida por un especialista en embarazo de alto riesgo. En este caso clínico no hubo traslado o referencia de esta gestante, ya que no contaba con atenciones pre natales, que en su momento nos hubiera permitido identificar las alzas de presión arterial.

Dicho caso es de una gestante primigesta de 25 años, sin atenciones prenatales, que acudió al establecimiento por un cuadro clínico de cefalea persistente de aproximadamente un día, al momento del ingreso se registra una presión arterial de 180/120 mmHg, le realizan proteína cuantitativa (+++) , se diagnostica preeclampsia severa, es manejada con clave azul y

se decide terminar gestación por cesárea de emergencia, se extrajo un recién nacido vivo, de sexo masculino, 36 semanas por CAPURRO, Apgar 9 al minuto y a los cinco minutos; posterior a ello, en el tercer día post parto, se complica con síndrome de HELLP cursa con plaquetopenia, encimas hepáticas elevadas y LDH elevado, los días posteriores de evolución favorable y finalmente es dada de alta al sexto día de su estancia hospitalaria.

La ausencia de atenciones prenatales hizo que no se identificara a tiempo los factores de riesgo de la paciente, por consiguiente, no hubo un seguimiento de la gestante. Un estudio realizado por Sosa et. al. (20) señala, a una gestante que acude al establecimiento por contracciones uterinas, se detecta presión arterial de 175/100 mmHg, sin sintomatología previa asociado a la preeclampsia, no presentó complicaciones y el manejo fue acertado según las normativas del Ministerio de Salud.

En nuestro caso la paciente acude por presentar cefalea intensa y con una presión arterial de 180/120mmHg, el personal de emergencia obstétrica administró a la gestante Nifedipino 10mg tableta vía oral como dosis única, luego indicaron Sulfato de Magnesio 10gr en cloruro de 1000cc pasar 400cc a goteo rápido y luego 600 cc a 30 gotas por minuto. El manejo oportuno y acertado de la preeclampsia contribuye a buenos resultados en la salud de la madre y del niño y de esa manera evitamos complicaciones posteriores.

Siguiendo el protocolo del manejo de la Pre Eclampsia severa según la Guía del Instituto Materno Perinatal publicado en el año 2023, no se cumplió con lo establecido en este caso clínico. Dado a que el Hospital Iquitos César Garayar García no cuenta con un protocolo propiamente dicho y se basan a los protocolos emitidos por el Ministerio de Salud.

Muñoz et. al. (22) indica un cuadro clínico de aproximadamente 12 horas caracterizado por, la elevación de las cifras de tensión arterial (170/90 mmHg), acúfenos, fotopsias, dolor en hipocondrio derecho, es intervenida por cesárea de emergencia, manejada en hospitalización y no presentó complicaciones. La paciente presentaba un cuadro de cefalea desde hace 24 horas sin otros signos de irritación cortical y se encontró una presión de 180/120mmhg., por ello el personal de Gineco Obstetricia realizó la intervención quirúrgica: Cesárea de Emergencia.

Marín et. al. (23) encuentra gestante primigesta de 22 años, con diagnóstico de preeclampsia severa y síndrome de HELLP en la semana 31 de gestación con cefalea, edema en miembros inferiores y dolor abdominal de tipo contráctil, presión arterial de 130/ 90 mmHg; en la cual se decide terminar gestación por cesárea de emergencia, con manejo en la UCI y finalmente fue dada de alta. Por su parte Navarro R. (24) demuestra el manejo oportuno y adecuado en una gestante de 24 años con diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad y síndrome de HELLP, ejecutando adecuadamente el protocolo de atención y la activación de la clave azul disminuye la morbi- mortalidad materno fetal. Es por ello que en el caso clínico se activó de forma oportuna la clave azul, según la guía del ministerio de salud.

Al observar este caso clínico de pre eclampsia severa en emergencia del Hospital Iquitos, se procedió conforme se establece en los procedimientos médicos para estos tipos de caso. Se logró un recién nacido vivo, por su parte la madre al tercer día presentó el descenso de las plaquetas catalogando un síndrome de HELLP que se identificó oportunamente y fue manejada por los especialistas, logrando que la paciente evolucionara favorablemente.

CONCLUSIONES

1. La atención prenatal temprana en una paciente tiene una gran importancia, mediante ello podemos identificar a tiempo los signos o factor de riesgo que se desarrollan durante la gestación. Durante la atención de la paciente se identificó a tiempo los signos y síntomas de la pre eclampsia, logrando el manejo oportuno de este caso.
2. Los exámenes de laboratorio, son pruebas complementarias de diagnóstico de la preeclampsia, en el caso presentado se realizaron las diversas pruebas y permitió la identificación del aumento del LDH, alteración de plaquetas y proteinuria (+++) en el segundo día de hospitalizada, sin embargo, los demás parámetros se mantenían en valores estables.
3. La preeclampsia es el responsable de los elevados índices de morbimortalidad materna perinatal, por ello requiere de un manejo oportuno y acertado. En el caso clínico estudiado, se demostró el manejo estandarizado según las guías de práctica clínica de emergencias obstétricas según capacidad resolutive, elaborado por el MINSA a comparación de la guía técnica del Instituto Materno Perinatal del año 2023.
4. El síndrome de HELLP, en el 30% de los casos se presenta en la etapa de puerperio. En el presente caso clínico, esta complicación se presentó en el tercer día post parto como consecuencia de la preeclampsia severa y de acuerdo a ello los especialistas realizaron las interconsultas correspondientes para resolver esta complicación.

RECOMENDACIONES

1. Ante el riesgo de desarrollar preeclampsia durante el embarazo y/o durante el puerperio, se recomienda a los obstetras encargados de las atenciones primarias la búsqueda activa de las gestantes, a fin de iniciar la atención prenatal en forma precoz, identificar factores de riesgo y sensibilización sobre signos y síntomas de alarma.
2. Los profesionales del departamento de Gineco-Obstetricia deben elaborar las guías de atención y procedimientos de las principales patologías, con el fin de unificar el manejo médico y obstétrico. Al mismo tiempo tener capacitaciones de protocolos y manejo clínicos actualizados.
3. Se recomienda realizar de manera oportuna los exámenes de laboratorio cumpliendo con el protocolo establecido y considerar el control estricto de los resultados de los exámenes de laboratorio que se realizan diariamente, al mismo tiempo realizar exámenes complementarios como ecografía hepática para descartar hematoma o ruptura hepática, contribuyendo así al diagnóstico temprano de las complicaciones.
4. El estudio del presente caso clínico recomienda a los profesionales realizar una historia clínica con información verídica, letra legible y completa. Es de suma importancia que todas las gestantes que aquejan de preeclampsia severa, se tengan en cuenta la detección, seguimiento, control, tratamiento oportuno y se pueda aplicar los protocolos médicos actuales en el manejo de la mencionada patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud pública. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, Vol. 8(2). 2019; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe>
2. Dávila J.; Montenegro E; Macías, A; Tayupanda, J. Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. Mortalidad. 7(2). Revista Científica Mundo de la Investigación y del Conocimiento. 2023; Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2025>
3. Morales, C. Características de la Prescripción de Ácido Acetilsalicílico en Gestantes con Preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Perú, 2022. 2024. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano], Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2024. Disponible en:<https://hdl.handle.net/20.500.12672/21274>
4. Gutiérrez, M.; López, A; Duran, Y. Hipertensión asociada a pacientes gestantes a nivel de Latinoamérica. Journal Scientific, Vol. 7. 2023. Disponible en:<https://www.investigarmqr.com › article › download>

5. Gil F. Situacion de la Mortaliad Materna 2022 y 2023. [En línea] 2023. [Citado el: 22 de Enero de 2024.] <https://www.mesadeconcertacion.org.pe>
6. MINSA. INMP: especialistas recomiendan iniciar control prenatal precoz para prevenir preeclampsia. [En línea] 2023. [Citado el: 1 de Marzo de 2024.] <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias>
7. Arotoma, M; Zúñiga, J; Rosas, N; Córdoba, Wi; Minaya, A;. Perfil clínico epidemiológico de hipertensión inducida por el embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, Perú, 2019. Revista Ciencia Latina, 2023; Vol. 7.2. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala>
8. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología-GERESA Loreto. 2023 - Semana Epidemiológica N° 37. Setiembre 2023, págs. 10-16.
9. Herrera, K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia, 2018, Vol. 3.3. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms>
10. León, V. Manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo - 2023. 2023. [Tesis para optar el título de Obstetricia], Huancayo - Perú: Universidad Peruana los Ángeles. 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/6226>
11. Guevara, E; Meza, L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú.;. 4. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2014; Vol. 60. Disponible en: [http:// www.scielo.org.pe/scielo](http://www.scielo.org.pe/scielo)


12. Luanni, V, y otros Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: a WHO secondary analysis. National Institutes of Health (NIH) (.gov), Marzo de 2014. Vol. 9.3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
13. (NIH), National Institutes of Health. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. [En línea] 2013. [Citado el: 12 de Marzo de 2024.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
14. Mendoza, E. Caso clínico de preeclampsia severa. 2018. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Obstetricia], Arequipa - Perú: Universidad Católica Santa María. 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/home>
15. Vásquez , J. Manual de Ginecología y Obstetricia. 5ta edición. Pág. 144-145. Iquitos; 2020.
16. INMP. Guías. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/inmp>
17. Llallana, I; Samitier, J;. Caso clínico de una gestante hospitalizada por preeclampsia severa. 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería], España: Universidad de Zaragoza. 2016. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/>

18. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. [En línea] 2018. [Citado el: 22 de Marzo de 2024.] https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_1;jsessionid=09665FA0E8585072CD4B1A83308F28BD?sequence=1
19. INMP. Guías de Atención Materno Perinatal. 2023. Disponible en: [Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033](https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033)
20. Personas, MINSA. Dirección General de Salud de las. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. 2007. Pg. 53-62.
21. Muñoz, L, y otros. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. Revista Científica de la Investigación y del Conocimiento. 2020. Vol. 4.4. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
22. Marín, S; González, J. "Síndrome de HELLP como complicación de la preeclampsia severa": reporte de caso; Revista de Ciencias de la Salud, Vol. 2. 2. Disponible en: <https://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/view/85>

23. Navarro, L. Preeclampsia severa y síndrome de HELLP. 2022. [Tesis para optar el título de Obstetricia], Huancayo - Perú: Universidad Peruana de los Andes;2022. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/recent-submissions>
24. Vera, J. Preeclampsia severa y Síndrome de Hellp en embarazo gemelar - Hospital Regional de Moquegua 2019. 2020. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Obstetricia], Moquegua - Perú: Universidad Nacional Carlos Mariátegui;2020. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/>
25. Tapia, W. Resultados de la atención en preeclampsia severa en dos casos clínicos atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho 2017 y 2019. 2019. [Tesis para optar el título de Obstetricia], Lima - Perú: Universidad Norbert Wiener;2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>
26. Melgar, S. Preeclampsia en gestación pretérmino en hospital nivel III- Lima 2021. 2023. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Obstericia], Moquegua - Perú: Universidad Carlos Mariátegui.2023. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/>
27. Muñoz C. de Enriquez, F. Diagnóstico y manejo de preeclampsia severa en un Hospital de nivel II-2, Lima 2017. 2023. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Piura-Perú. Universidad Nacional De Piura. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/unp>

28. Sosa, P; Ortega, L;. Factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y conocer el manejo en la preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata, 2021. 2023. [Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Obstetricia], Tacna - Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.2023. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/home>

ANEXO 2

RE- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EMERGENCIA		
<p style="text-align: center;">Fecha <u>10 08 20</u> Hora <u>19:45</u></p> <p>PP-180/120 Se toma N. glicemia 10,00; se manda a Nota G.O. 21:00 19:55 PP-180/110 Se mide cloro azul. 20:05 cloro 9.1. + Dq. 1.5 20% 20:10 Se da feto viable</p>		
DIAGNOSTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. G. 2. 3. 4. 5. 	PLAN DE TRABAJO
TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cap. 2. 3. 4. 5. 6. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sop. (c. 2. 3. 4. 5. 6.) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Dr. Octavio C. Fernández Campos Ginecología y Obstetricia CMP: 48066 RNE: 44435 Sello y Firma Médico Responsable </div>
NOTAS DE OBSTETRICIA/ ENFERMERIA		
<p style="text-align: center;">Sello y Firma Personal Responsable</p>		

ANEXO 4

REPORTE OPERATORIO

Fecha: 10/08/2022 N° de H. C. 937782
 Nombre: [Redacted] Edad 25 Sexo F
 Departamento / Servicio: 6010 / EMB N° de Cama 07
 AFILIACIÓN: SIS Convenio () Particular ()
 MAGNITUD DE LA OP: Cirugía Mayor Cirugía Menor ()
 PROGRAMACIÓN: Emergencia Urgencia () Electiva ()
 Diagnóstico Pre-Operatorio: 1) G. de 37 ss por US 1 T
2) Preclampsia Severa 3) NLP
 Operación Programada: Cesarea de emergencia
 Diagnóstico Post-Operatorio: EL MISMO
 Operación Efectuada: LA INDICADA

Tipo de Anestesia: <u>Raquidea</u>	Cirujano: <u>Dr. Ostia</u>
Anestesiólogo: <u>Dr. Donlogu</u>	Ayudante(s): <u>MRx Polo</u>
Ayudante:	Circulante: <u>Tac. Loria</u>
Instrumentista: <u>Lic. Susana Novaro</u>	Hora inicio de op: <u>21:52</u> Hora término de op: <u>22:25</u>

Procedimiento realizado / Descripción de la técnica:

- 1) AA + CEE
- 2) Incisión suprapúbica transversa
- 3) Diseción de pared abdominal por planos hasta cavidad
- 4) Histerotomía E histerotomía
- 5) Extracción del RN
- 6) Extracción de placenta @ arcobalaje
- 7) Histerotomía en 2 planos
- 8) Hemostasia de hemostasia
- 9) Llene de cavidad abdominal por planos hasta piel

Hallazgos operatorios:

- RN 0^{ss} APOG 9' 9"
- Placenta Normalizada
- Sangrado 600g aprox.

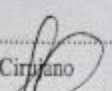
Complicaciones: Ninguna

Estado del paciente al salir del quirófano: Estable Destino: URPA

Requiere ex anatemopatológico: Si () No

OBSERVACIONES

Firma y Sello del Cirujano


 Dr. Osín O. Fernández Campos
 Ginecología y Obstetricia
 CMP: 48066 RNE: 44435

ANEXO 5

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA

HOJA CLINICA

Fecha agosto	10/8/92	11/8/92	12-8-92	13	14/8	15	16/8		
Días Hospitalizada		04	2	03	04	05	6		
Turno	M T A	M T N	M T A	M T N	M T A	M T N	M T N	M T N	M T N
Días - P.P/Operaciones									

TEMPERATURA

Fecha.....	41°
Hora.....	40°
Peso.....	39°
Talla.....	38°
Sexo	
M <input type="checkbox"/>	
F <input type="checkbox"/>	
APGAR.....	37°

PRESION ARTERIAL

250
200
150
100
50
0

RESPIRACIONES

50
40
30
20
10

PULSO

140
120
100
80
60
40
20
0

ALTURA UTERINA

40
32
28
24
20
16
8
4

TALLA..... PESO.....

INGESTA

ORINA-ALBUMINA

VOMITOS

HECES

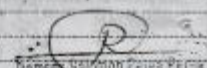
SANGRADO-LOQUIOS

BALANCE HIDRICO

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	SERV.	CAMA N°	HISTORIA CLINICA
------------------	---------	---------	-------	---------	------------------

ANEXO 7

INDICACIONES AL ALTA:
 x Milidopa 500mg 4ch u.o x 7 dias
 Ceftriaxona 500mg 4ch u.o x 8 dias
 Paracetamol 500mg 4ch u.o x 3 dias
 Sulfato Ferroso 300mg 4ch u.o x 30 dias


Ramon Belmont Paredes
 Medico Cirujano Obstetra
 FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:
 061 37 x 10/8
 0 P/F Avere
 0 No T de P

Puerpera Mediate
 por CES
 No laborante
 Cesarea de Emergencia

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

000	KEVINTERIS	007
001	LAMB LEPORINO	023
002	MAIFORMACIONES ORGANICAS GENTALES	030
003	MAIFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	033
004	MAIFORMACIONES SIST DIGESTIVO	038
005	MAIFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	039
006	MAIFORMACIONES SIST URINARIO	050
007	HEMORRAGIA MENSTRUAL	062
008	HEMORRAGIA	063
009	HEMORRAGIA	064
010	HEMORRAGIA	065
011	HEMORRAGIA	066
012	HEMORRAGIA	067
013	HEMORRAGIA	068
014	HEMORRAGIA	069
015	HEMORRAGIA	070
016	HEMORRAGIA	071
017	HEMORRAGIA	072
018	HEMORRAGIA	073
019	HEMORRAGIA	074
020	HEMORRAGIA	075
021	HEMORRAGIA	076
022	HEMORRAGIA	077
023	HEMORRAGIA	078
024	HEMORRAGIA	079
025	HEMORRAGIA	080
026	HEMORRAGIA	081
027	HEMORRAGIA	082
028	HEMORRAGIA	083
029	HEMORRAGIA	084
030	HEMORRAGIA	085
031	HEMORRAGIA	086
032	HEMORRAGIA	087
033	HEMORRAGIA	088
034	HEMORRAGIA	089
035	HEMORRAGIA	090
036	HEMORRAGIA	091
037	HEMORRAGIA	092
038	HEMORRAGIA	093
039	HEMORRAGIA	094
040	HEMORRAGIA	095
041	HEMORRAGIA	096
042	HEMORRAGIA	097
043	HEMORRAGIA	098
044	HEMORRAGIA	099
045	HEMORRAGIA	100
046	HEMORRAGIA	101
047	HEMORRAGIA	102
048	HEMORRAGIA	103
049	HEMORRAGIA	104
050	HEMORRAGIA	105
051	HEMORRAGIA	106
052	HEMORRAGIA	107
053	HEMORRAGIA	108
054	HEMORRAGIA	109
055	HEMORRAGIA	110
056	HEMORRAGIA	111
057	HEMORRAGIA	112
058	HEMORRAGIA	113
059	HEMORRAGIA	114
060	HEMORRAGIA	115
061	HEMORRAGIA	116
062	HEMORRAGIA	117
063	HEMORRAGIA	118
064	HEMORRAGIA	119
065	HEMORRAGIA	120
066	HEMORRAGIA	121
067	HEMORRAGIA	122
068	HEMORRAGIA	123
069	HEMORRAGIA	124
070	HEMORRAGIA	125
071	HEMORRAGIA	126
072	HEMORRAGIA	127
073	HEMORRAGIA	128
074	HEMORRAGIA	129
075	HEMORRAGIA	130
076	HEMORRAGIA	131
077	HEMORRAGIA	132
078	HEMORRAGIA	133
079	HEMORRAGIA	134
080	HEMORRAGIA	135
081	HEMORRAGIA	136
082	HEMORRAGIA	137
083	HEMORRAGIA	138
084	HEMORRAGIA	139
085	HEMORRAGIA	140
086	HEMORRAGIA	141
087	HEMORRAGIA	142
088	HEMORRAGIA	143
089	HEMORRAGIA	144
090	HEMORRAGIA	145
091	HEMORRAGIA	146
092	HEMORRAGIA	147
093	HEMORRAGIA	148
094	HEMORRAGIA	149
095	HEMORRAGIA	150
096	HEMORRAGIA	151
097	HEMORRAGIA	152
098	HEMORRAGIA	153
099	HEMORRAGIA	154
100	HEMORRAGIA	155
101	HEMORRAGIA	156
102	HEMORRAGIA	157
103	HEMORRAGIA	158
104	HEMORRAGIA	159
105	HEMORRAGIA	160
106	HEMORRAGIA	161
107	HEMORRAGIA	162
108	HEMORRAGIA	163
109	HEMORRAGIA	164
110	HEMORRAGIA	165
111	HEMORRAGIA	166
112	HEMORRAGIA	167
113	HEMORRAGIA	168
114	HEMORRAGIA	169
115	HEMORRAGIA	170
116	HEMORRAGIA	171
117	HEMORRAGIA	172
118	HEMORRAGIA	173
119	HEMORRAGIA	174
120	HEMORRAGIA	175
121	HEMORRAGIA	176
122	HEMORRAGIA	177
123	HEMORRAGIA	178
124	HEMORRAGIA	179
125	HEMORRAGIA	180
126	HEMORRAGIA	181
127	HEMORRAGIA	182
128	HEMORRAGIA	183
129	HEMORRAGIA	184
130	HEMORRAGIA	185
131	HEMORRAGIA	186
132	HEMORRAGIA	187
133	HEMORRAGIA	188
134	HEMORRAGIA	189
135	HEMORRAGIA	190
136	HEMORRAGIA	191
137	HEMORRAGIA	192
138	HEMORRAGIA	193
139	HEMORRAGIA	194
140	HEMORRAGIA	195
141	HEMORRAGIA	196
142	HEMORRAGIA	197
143	HEMORRAGIA	198
144	HEMORRAGIA	199
145	HEMORRAGIA	200

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)


000	ABORTO COMPLETO	000	ABORTO INCOMPLETO	001	ABORTO NO ESPECIFICADO (INCLUIDO)	002	ABORTO SEPTICO	003	ABORTO TERAPEUTICO	004	AMENAZA DE ABORTO	005	ANEMIA EN EMBRION/FUERA	006	ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	007	ANOMIA TRUQUE DEL TPO	008	BACTERIEMIA AGUDA (INFECCION DEL SANGRE)	009	CANCER DE CUELLO UTERINO	010	CANCER DE MAMA	011	CARDIOPATIA	012	CITODLOGIA ANORMAL EN ORIN	013	COMA ANESTESIA EN PUERPERO	014	COMA ANESTESIA EN TPO PARTO	015	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	016	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	017	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	018	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	019	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	020	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	021	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	022	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	023	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	024	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	025	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	026	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	027	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	028	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	029	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	030	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	031	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	032	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	033	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	034	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	035	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	036	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	037	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	038	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	039	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	040	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	041	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	042	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	043	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	044	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	045	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	046	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	047	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	048	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	049	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	050	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	051	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	052	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	053	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	054	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	055	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	056	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	057	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	058	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	059	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	060	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	061	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	062	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	063	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	064	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	065	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	066	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	067	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	068	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	069	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	070	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	071	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	072	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	073	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	074	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	075	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	076	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	077	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	078	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	079	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	080	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	081	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	082	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	083	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	084	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	085	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	086	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	087	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	088	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	089	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	090	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	091	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	092	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	093	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	094	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	095	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	096	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	097	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	098	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	099	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	100	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	101	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	102	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	103	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	104	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	105	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	106	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	107	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	108	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	109	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	110	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	111	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	112	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	113	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	114	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	115	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	116	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	117	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	118	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	119	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	120	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	121	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	122	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	123	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	124	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	125	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	126	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	127	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	128	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	129	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	130	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	131	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	132	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	133	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	134	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	135	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	136	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	137	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	138	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	139	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	140	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	141	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	142	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	143	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	144	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	145	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	146	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	147	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	148	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	149	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	150	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	151	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	152	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	153	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	154	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	155	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	156	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	157	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	158	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	159	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	160	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	161	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	162	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	163	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	164	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	165	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	166	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	167	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	168	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	169	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	170	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	171	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	172	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	173	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	174	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	175	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	176	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	177	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	178	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	179	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	180	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	181	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	182	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	183	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	184	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	185	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	186	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	187	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	188	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	189	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	190	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	191	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	192	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	193	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	194	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	195	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	196	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	197	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	198	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	199	COMPLICACIONES EN EL EMBRION	200	COMPLICACIONES EN EL EMBRION
-----	-----------------	-----	-------------------	-----	-----------------------------------	-----	----------------	-----	--------------------	-----	-------------------	-----	-------------------------	-----	------------------------------	-----	-----------------------	-----	--	-----	--------------------------	-----	----------------	-----	-------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----	-----------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------

INDICACION PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZO LA CESAREA

Se Date	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	DESPRENO PLACENTA NORMO INSERTA
CEZAREAN ANTERIOR	PRE TERMINO	ROTURA UTERINA
SUPRIMENTO FETAL AGUDO	POST TERMINO	TOXEMIA (EPH) GESTOSIS
DESORIENTACION FETO-FELVICA	PRESENTACION PODALICA	HEMORRAGIA GENTRAL
ALTERACION DE LA CONTRACTILIDAD	VARIACIONES POSTERIORES	CONDILOMATOSIS GENTRAL
PARTO PROLONGADO	SITUACION TRANSVERSA	OTRA ENFERMEDAD MATERNA
FRACASO DE VOUCION	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	MORTINATO
DESCENSO DEFENIDO DE PRESENTA	SOSP O CERTEZA INFECCION OVUL	AGOTAMIENTO MATERNO
EMBARAZO GEMELAR	PLACENTA PREVIA	OTRA

MEDICACION	MEDICAMENTOS	MEDICACION	MEDICAMENTOS	MEDICACION	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPRIVACAINA UDOCANA Y SIMILARES	ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTA DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL	SANGRE	PLAQUETA GLOBLULAR PLAQUETAS PLASMA
ANESTESIA REGIONAL	BUPRIVACAINA UDOCANA Y SIMILARES		DIHALAZINA METILDOPA NITROGLICERATO DE SODIO	ANTICONVULSIONANTE	OTEPENLIDANTONA SULFATO DE MAGNESIO AMFOPOLINA
ANESTESIA GENERAL	ETER HALOTRANO KETAMINA CLORIDRATO OXIDO NITROSO TIDENTAL SODICO	ANTIBIOTICO	AMIKACINA AMOXICILINA AMPIICILINA AMPIICILINA - GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS - AMINOGLUCOSID CLORAMFENICOL ERITROMICINA GENTAMICINA METRONIDAZOL PENICILINA PENICILINA - GENTAMICINA PENICILINA - GENTAMICINA - CLORAMF	OTRA MEDICACION	ANTIESPASMOLICOS ANTIPROSTAGLANDINAS BETABLOQUEANTES BETAMIMETICOS BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTONICOS CORTICOIDES CRIFETICOS FERROUSO INSULINA PFLUSTALAMINAS
ANALGESICO TRANQUIL	ACIDO ACETILSALICILICO CODEINA SUZEPAN USUBUPROFENO METAMIZOL MORFINA PARACETAMOL PETIDINA (MEPERIDINA)				
OXITOCINA	OXITOCINA				

ANEXO 8



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA

CG.

HISTORIA CLINICA UCOE

FECHA: 11-08-22 HORA: 8:00 REALIZADO POR: _____

1. DATOS DE FILIACION:
 APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 EDAD (25) LUGAR DE NACIMIENTO: Iquitos PROCEDENTE DE: Iquitos
 GRADO DE INSTRUCCION: Superior ESTADO CIVIL: Conjunta OCUPACION: no trabaja
 DIRECCION: Pedro Pablo Kuczynski Antenor 1169 DISTRITO: Iquitos
 N° TELEFONO: 992 728613 OTROS: _____

2. ANTECEDENTES

1. FAMILIARES
 PAPA: Nico
 MAMA: Luz
 OTROS: _____

2. PERSONALES
 ALERGIAS: ninguna
 PATOLOGIAS: ninguna

QUIRURGICOS:
 CESAREAS () ninguna AMEU / LU () _____
 OTRAS CIRUGIAS: ninguna


3. GINECO-OBSTETRICOS
 M: 17/11/21 R/C: 3 1°R.S.: 1 NPS: 0 FUP: _____ PAP: _____
 MAC: 5 CUAL: 1 TIEMPO: _____
 FO: G: 1 P: 1 >PONDERADEFETAL: _____

EMBARAZOS ANTERIORES:
 G0: SEXO / FECHA NAC / PESO AL NAC / TIPO DE PARTO / DONDE / PATOLOGIA / EDAO GESTACIONAL / VIVE O NO / PAREJA
 G1: lactante
 G2: _____
 G3: _____
 G4: _____
 G5: _____
 G6: _____
 G7: _____
 G8: _____

EMBARAZO ACTUAL:
 FUR: 17/11/21 CONFIABLE: Si FPP: 24/08/20 EG: 38
 CPN: 2 CONTROLADA: SI NO US: _____
 PA MAX: _____ PA MIN: _____ IMC: _____ AUMENTO DE PESO: _____
 OTROS: No refiere
 INTERCURRENCIAS: I TRIMESTRE: Alta Refiere
 II TRIMESTRE: No Refiere

<u>[Redacted]</u>	<u>25</u>	<u>UCOE</u>	<u>06</u>	<u>933782</u>
APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SERVICIO	CAMA	N° HISTORIA

ANEXO 9



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA

3. MOTIVO DE INGRESO:
Parto precoz de 36 semanas p.o. - Cesaria
de E. P. G. por Pre-eclampsia severa con
hemorragia vaginal, sig. refusa de
tratamiento con parte

EXÁMEN CLÍNICO

4. EXAMEN FISICO GENERAL:
 PIA: *120/90* FC: *72* FR: *18* T°: *36.5* SATO2: _____ PESO: _____ TALLA: _____

ESTADO GENERAL: *ALER, ALEN, ADEL*
 PIEL Y FANERAS: *T.M.P.*
 SISTEMA LINFATICO: *S.N.*
 CABEZA Y CUELLO: *S.A. C.2-RR*
 APARATO CARDIOVASCULAR: *RV normal en A.P.*
 APARATO RESPIRATORIO: *RV normal en A.P.*
 MAMAS: BLANDAS () TURGENTES () OTROS () *Acutata*
 ABDOMEN: *P. normal, sig. refusa de*
 APARATO URINARIO: *Normal* PPL: () PRU: ()
 APARATO LOCOMOTOR Y EXTREMIDADES: *Normal* ROT: (-) EDEMA: (-) VARICES (-)
 SISTEMA NERVIOSO: *Normal*

5. EXAMEN FISICO PREFERENCIAL

AU: *17* cm DU: *10* SPP: _____ MF: _____ LCF: _____ Pond Fetal: +/- _____

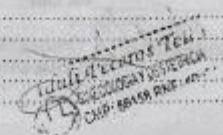
GENITALES EXTERNOS: _____
 ESPECULOSCOPIA: _____
 VAGINA: _____
 TACTO VAGINAL: _____
 CUELLO UTERINO: _____
 D: _____ MO: _____ A.P: _____ V.P: _____ I.A: _____ SANGRE: _____
 ANEXOS: _____ FONDO DE SACO Y PARAMÉTROS: _____
 PELVIMETRIA INTERNA: _____
 COMPATIBILIDAD FETO PELVICA: SI () NO ()
 TACTO RECTAL: *Normal*

6. DIAGNOSTICOS


1. *D. Parto precoz*
2. *D. E. P. G. de E. P. G.*
3. *D. Pre-eclampsia severa*
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

7. PLAN DE TRABAJO

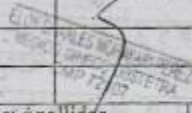
D. Control prenatal
E. RTO + analgesia




ANEXO 12


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA

EVOLUCIÓN MÉDICA

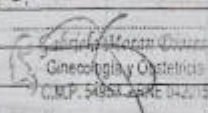
FECHA	HORA	OBSERVACIONES		
11/03/22		E: 25.a G1 P1001		
P/A: 120/80		Paciente post-operada Cesaria CEB por		
FC: 74		Preclampsia Severa, repone sales		
FR: 20		durante la noche. no intercurrida		
T° 36.5		Humidificación constante oxígeno		
		Appto: ARGN, ARGM, ARET		
		Piel: T/M/E		
Mg 100		T.P. H.V. audible en RCP		
LT: 14		CV: R.C. RR		
		Uterus: Blanda Contractil		
		Abdomen: blanda Contractil AU. IS		
		Abdo con Appto. Blanda, útero a gestos		
		sin signos de Pre-eclampsia		
		FC: 74, RR: 20, T: 36.5		
		CV: R.C. RR		
		MET: Normal, No Vómitos		
		ENC: LATE		
		DX: (1) Pre-eclampsia inmediata B1 0900		
		(2) P.O. Cesaria de CEB		
		2.1 Preclampsia Severa		
		(3) Anemia postoperatoria		
		Plan de Control postoperatorio:		
		① ATD + Analgesia		
		② Preclínicas		
		③ Reevaluación con multífolos		
				
Nombre y Apellidos	Edad	Servicio	N° de Cama	N° de Historia Clínica
	25	UCOE	06	933782

ANEXO 16




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO OBSTETRICIA


EVOLUCIÓN MÉDICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES			
15/08/22	09:00	E.25. G1 P000			
		Punto preguera marcado no volver a utilizar			
PC 150/90 mmHg		no dolor			
Fc 72 x					
FE 20x		Examen físico:			
T 36.4		Pálidas, tegumento elasticidad disminuida.			
		Mucosas blancas secretos cefálicos.			
		Abd: b/d, r/o cefálico AV: IV en.			
		Neóns oxidadas en buen estado			
Hta 94/60		ECG: ritmo sinusal			
		ECG: Lector normal sin r/o cefálico			
		ECG: 30m (E)			
		Dr. ① Páramo Médico 0103			
		② PO G. 012			
		21 Penclapom sinón			
		③ Sd. Hda. Hospital 014.2			
		④ Amnion Roderick 050			
		Plan: - Control prenatal			
		- Alta en condiciones			
		- Etc. Cardióloga			
		 Ginecología y Obstetricia C.M.P. 54964 0000 042/15			
Nombre y Apellidos		Edad	Servicio	Nº de Cama	Nº de Historia Clínica
[Redacted]			puerperio	1	933782


ANEXO 17

16/08/2022	E: 25%	G ₁ P1001
DA: 140/30	Dante puzara mediate go refina. molestias ni dolor.	
R: 30		
FR: 20	Examin. físico	
T: 36.2	Del tibia tergo, abstrucl. enroscada	
Sat: 98%	Manos: blandas, secretas de leche	
Hg: 10.5gr/dl	Abd: b/d Utero enruado 20: 12cm	
	Muda oportuna en bari estado	
	64: Ocaso oportuna	
	65: loquias humectas con poca cantidad	
	sin mal olor	
	P.H: Normal (-)	
	Dante Puzara Mediate 5x2gh	
	1) P.O Guinea	
	2) Pseudoparasitosis	
	3) Sd. Kelyp	
	4) Ania Madanda	
	Atto con indicaciones	
	Plan: - Cutil Puzara	
	- CPDs	
		

ANEXO 18




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
10/8/22	23:55	paciente ingresada procedente de SOP AREG, COTEP Pul y mucosas hidratadas Mamas: B/S Abdomen: IV=17cm U/c HOp: 3/6 G. Ext: signos hemáticos p/c s/mo M. Inf: E(-) V(-) Queda en reposo y observación	
11/8/22	5:20	(5) Refiere los dolores en fonda operativa (10) AREG, COTEP Pul y mucosas hidratadas Mamas: B/S Abdomen: IV=17cm U/c H. Op: B/E G. Ext: signos hemáticos p/c s/mo M. Inf: E(-) V(-) (A) Preeclampsia Inmediata (090.9) Base de Embarazo (082.1) PO vs Preeclampsia severa (014.1) (1) Control de preeclampsia	
H. 0953782	Cama: 06	Nombres y Apellido	

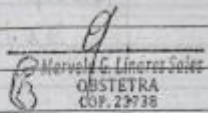
ANEXO 20




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

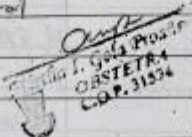

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
11/08/22	12:20	Paciente Puérpera se encuentra en su unidad tranquila Refiere no presenta molestias Al examen: AREG, LOTEP Fyc: Ligera palidez Mamas: blandas secretantes Abdom: blando utero contracto TU: 15 cm HO: sin opaco Gest: lagunas hemáticas en poca cantidad Hem: Edema (+) varicos (+) Rx: (1) Puérpera inmediata (OB-9) (2) Cesarea de emergencia (OB-1) (3) PC o Preclampsia severa (CI-1) PP: control puérperal	
			 Marcel G. Linares Salas OBSTETRA COP. 29738
11/08/22	19:25	Puérpera se encuentra en su unidad estable, refiere bien estar en unidad operatoria. Al examen: AREG, AREG, LOTEP Fyc: ligeramente pálida e hidratada Mamas: blandas secretantes Abdom: TU: 15 cm utero contracto HO: 8/10 opaco Gest: lagunas hemáticas en P/c Hem: Edema (+) varicos (+) Rx: (1) Puérpera inmediata (OB-9)	
H. 933482	Cam: 06	Nombres y Apellidos: _____	

ANEXO 21



 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA


FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
11/08/22	→	P.O. x Dx: ① Preclampsia severa (O14.1) ② Cesarea de emergencia (O82.1) ③ Anemia hem (D50) Rp: ① Control puerperal ② c.e.c.m.t	 Gladys Posada OBSTETRA C.O.P. 31534
12/08/22	05:25	Puerpera en incubadora estable, respiracion buena delir en hemica operativa P/A: 150/110 mmHg P: 78 x' T: 36.3°C R: 21 x' SatO2: 97% M: Inf: E(-) V(+)	
		Dx: ① Puerpera mediata (O90.9) ② P-Os Preclampsia severa (O14.1) ③ Cesarea de emergencia (O82.1) ④ Anemia hem (D50) Rp: ① Control puerperal ② c.e.c.m.t	 Gladys Posada OBSTETRA C.O.P. 31534


ANEXO 22


 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA


FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
12/8/22	07:25	Refiere leve dolor en herida operatoria. AEEG, UOTEP.	
PA: 100/100 mmHg		P/M: ligeramente palida/hidratada.	
P: 94 x'		Mamas: Blandas, secretantes.	
R: 20 x'		Abd: Bja útero contraído JU: 15cm HO: sin opósito.	
T°: 36.3°C		G-ext: Legueros hemáticos en poca cantidad	
		H inf: Edema (-) varices (-)	
		DX: ① puerpera mediata (090.9)	
		② PO x preclampsia severa (O14.1)	
		③ cesarea de emergencia (O82.1)	
		④ anemia leve (D61)	
		RD: control puerperal	
		② GECMT	
12/8/22	14:35	Refiere actualmente estar asintomática, riesgo molestias.	
PA: 140/90 mmHg		DRUG, UOTEP.	
PA: 83 x'		P/M: ligeramente palida/hidratada.	
R = 19 x'		Mamas: Blandas, secretantes	
T° 36.4°C		Abd: Blandas Útero contraído JU: 14 cm.	
SPO2: 99%		HO: sin opósito.	
		G-Ext: Legueros hemáticos en P/E	
		H inf: Edema (-) varices (-)	
H.C. 93342	Cama: 00	Nombres y Apellidos: 	



ANEXO 24




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
13/8/20	5:25	Turno noche. Paciente en su unidad, refiere. P/A: 120/70 Sentarse bien sin molestias. P: 98x. M. Extra AREG-107EP. T: 36. Tórax y Cuj: Algo Ralida. R: 2ul. Mucosa Blanda sin dolor a la Esp: 99% OBG: IV = 17cm Uter - Contracta lo sea. GE: Esp. buena a P.O. nia VLB P: 100% ingesta / 0 99% C: 100% x precipitación B: buena Linc. (3.00) P y F: Control. normal. C: EM R A S E	
13-08-20	07:35	TURNO DIURNO a) Paciente en su unidad de Hproso refiere leve dolor en herida operatoria. b) Al Examen: AREG-107EP P/A: 120/70 mmHg P: 98x. R: 20x. T: 36.9°C SpO: 99% P y F: Regularmente Falida e Hicertada Mamas: Blandas no dolorosas con secreción lac	
N.0933482	Cama: 06	Nombres y Apellidos: _____	→




Marvelo O. Linares Siles
OBSTETRA
COP. 25721


ANEXO 25




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

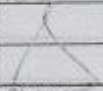

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
		Abdomen: IU: 14cm Utero contraído H.O: Sin opósito, limpio y seco. G. Externos: Lagunas Hemáticas en p/c M. Inferiores: Edemas (-) Varices (-) (A) S/Dp	
		1: Puérpera Mediata 28hrs 20hrs. (096.9) 2: P. Cesaria de Emergencia (083.0) 3: Preeclampsia Severa (074.1) 4: Anemia Moderada (D69)	
		(P) R/O: 1: Control Puérperal 2: Resolución Eventualidad Brumiales A Médico de Turno	 ANEXO 25 OBSTETRA C.O.P. 24162
13/08/22	17:15	(S) Paciente en su unidad refiere que sintió sus latidos. (O) Examen APG - LOTEP P/A: 150/80 P: 78x R: 20x T: 37.3 SpO2: 96% P+F: Ligeramente pálida e hidratada Mamas: blandas no dolorosas con secreción láctea Abdomen: IU: 14cm Utero contraído H.O: Sin opósito, limpio y seco	
13/08/22		Cama: 6 Nombres y Apellido:	

ANEXO 26



 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
	⇒	G. Externas: loquios Hemáticos en P/c M. Internos: Edema (-) Varices (-) (A) Dx: 1- puerpera Mediana 3da 20 hrs (090.9) 2- PO Cesarea de emergencia (082.0) 3- Preeclampsia Severa (014.1) 4) anemia Moderada (D62)	
		(P) RP: 1- control puerperal 2- cualquier eventualidad convenir 6 meses de turno	 Obstetra JESSICA SILVA PONCE OP 32540
13/8/22	19:40	Niega molestias, refiere estar asintomática AREG, LOTER	
PA: 160/100		P/M: Pálida hidratada.	
P: 44 x'		Mamas: Blandas, secretantes	
R: 18 x'		Abd: utero encajado 20:35 cm HD: sin apatito	
T°: 36.8°C		G. Ext: loquios hemáticos en P/c. M. imp: Sin alteraciones. Dx: Puerp. Mediana (090.9) PO x PES. (014.1) Cesarea de emergencia. (082.1) Anemia (D62)	
		Rp: Control puerperal. CEEMT.	 JESSICA CASTILLO CORTES OBSTETRA OP 20048
H. 09337 82	Cama: 06	Nombres y Apellidos:	

ANEXO 27




GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA





EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
14.08.22	05:12	Niega molestias, refiere sentirse bien. AREG, LOTEP.	
PA: 140/100 mmHg		PIM: Poida/hidratada.	
P: 85 x'		Mamas: blandas, secretantes.	
R: 20 x'		Abd: bl, utero en traido IU: 13 cm AO: sin apófito.	
T°: 36.5°C		G. Est: Losivos leucísticos en 71e. M. Inj: Sin alteraciones. Dx: Puberta Mediana (050.9) PO x PES (014.1) Gestac de BUE (082.1) Anemia (D50) Rp: Control prenatal CECMT.	
<i>Tema: Demos</i>			
14/08/22	07:35	(S) Refiere un dolor: un hincado oporcano (6) AREG, LOTEP	
PA = 160/100		Pul y mucosas hidratadas	
P = 79 x'		Uterus: B/S	
R = 21 x'		Abdomen: IU = 14cm. U/C H-Op. B/E	
T° = 36.6°C		G. Est: Losivos leucísticos r/c S/ro	
SO2 = 98%		M. Inf: E(-) V(-)	
		(D) Puberta Mediana (090.9) PO x PES (014.1) Gestac de embarazo (082.1) Anemia (D50)	
H.C.	Cama:	(D) Control de pubertad	

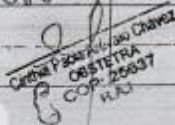


ANEXO 28



 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
14/08/22	18:00	(S) Refusa, no toma ninguna medicina	
PA = 120/80		(S) REG. LOTEP	
P = 78		piel y mucosas hidratadas	
R = 20		Mamas: B/S y m. endurecidas	
T = 36.2		Abdomen: IV: 14 - U/c K. 0/6	
SO ₂ = 98%		G. Est. flogos hemáticos (6 S/MO)	
		H. Inf. = (-) / (-)	
		(D) Papanicolaou Mediate (090.9)	
		PO. x PES (014.1)	
		Cesarea de Emergencia (082.1)	
		Paraxis (D50)	
		(P) Control de puérperas	
14/08/22	19:05	Toro Nudo Punt. rojo notones, malitos algos.	
PA = 140/90		piel: 0916 1096	
P = 70		F. c. lig. pálida	
R = 20		P. D. tibias hializadas	
T = 36.5		abdomen: IV: 14, otros contr. d.	
SO ₂ = 98%		G. E: logias, hemáticos en Pl.	
		D. S: 8 huesos (-) varus (-)	
		(D) Papanicolaou Mediate (090.9)	
		Post. Q. x PES (014.1)	
		Cesarea de Emergencia (082.1)	
		Paraxis (D50)	
H.C. 933782	Cama: 1	Nombres y Apellidos: Control puérperas	 Gabriela Paredes OBSTETRA COP: 25637

ANEXO 29



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

15-08-22


FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
	H: 05:00	Paciente refiere no tener molestias alguna.	
PA: 150/90		Al examen: 2966 to 6p -	
P: 89x		Fc de 130 beats por min	
C: 20		PE: 11: tiras hidratadas	
SP: 98%		Abdomen: 30: 14 Otes (cintura) (108) (propósito)	
		GE: lagunas hemáticas en PE	
		M: 24: 86 (11)	
		1- Pampers Mediate (090.9)	
		2- POK PES (014.1)	
		3- Camisa de Emergencia (082.1)	
		4- Ancho Med (090.0)	
		5- Couches Pampers	
		6- Cortinas	
		7- Almohada	
		8- Sábana	
		9- Toallas	
		10- Jabón	
		11- Guantes	
		12- Bata	
		13- Botas	
		14- Mascarilla	
		15- Gafas	
		16- Silla	
		17- Cama	
		18- Sábana	
		19- Toallas	
		20- Jabón	
		21- Guantes	
		22- Bata	
		23- Botas	
		24- Mascarilla	
		25- Gafas	
		26- Silla	
		27- Cama	
		28- Sábana	
		29- Toallas	
		30- Jabón	
		31- Guantes	
		32- Bata	
		33- Botas	
		34- Mascarilla	
		35- Gafas	
		36- Silla	
		37- Cama	
		38- Sábana	
		39- Toallas	
		40- Jabón	
		41- Guantes	
		42- Bata	
		43- Botas	
		44- Mascarilla	
		45- Gafas	
		46- Silla	
		47- Cama	
		48- Sábana	
		49- Toallas	
		50- Jabón	
		51- Guantes	
		52- Bata	
		53- Botas	
		54- Mascarilla	
		55- Gafas	
		56- Silla	
		57- Cama	
		58- Sábana	
		59- Toallas	
		60- Jabón	
		61- Guantes	
		62- Bata	
		63- Botas	
		64- Mascarilla	
		65- Gafas	
		66- Silla	
		67- Cama	
		68- Sábana	
		69- Toallas	
		70- Jabón	
		71- Guantes	
		72- Bata	
		73- Botas	
		74- Mascarilla	
		75- Gafas	
		76- Silla	
		77- Cama	
		78- Sábana	
		79- Toallas	
		80- Jabón	
		81- Guantes	
		82- Bata	
		83- Botas	
		84- Mascarilla	
		85- Gafas	
		86- Silla	
		87- Cama	
		88- Sábana	
		89- Toallas	
		90- Jabón	
		91- Guantes	
		92- Bata	
		93- Botas	
		94- Mascarilla	
		95- Gafas	
		96- Silla	
		97- Cama	
		98- Sábana	
		99- Toallas	
		100- Jabón	

Comisario Andrés Chávez
OBSTETRA
COP 25637
MAI

ANEXO 30



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA


FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
15/8/22	13:00	De lo acordado, a pedido de la paciente PA: 140/90 P: 80 F: 36.4 R: 100 Mt: 99% EU: 14cm HO: S/A	
15/8/22	14:50	De administración Coleraxin = 500mg VO De administración Dilatid 40 = 50mg VO De administración Paracetol 500mg VO	
15/8/22	15:00	De administración captopril 25mg VO	
15/8/22	15:00	De Paracetol a la madrugada. Reflexo plantar normal, marcha normal. C/Al: sin edema AR: sin rales C/Ext: 15cm/90 P: 76 F: 36.6 R: 100 Mt: 96	
10.5.22	14/8/22	C/Ext: Ligero: pulso Tórax: Blanco con rales Abdomen: Blanco, depresible, blando C/Ext: 10.5cm HO: S/A C/Ext: De administración Paracetol 500mg VO Paracetol 500mg VO H. Em: Edema (+) Adrenal (+) (0909) Dx: Asma Medida 4h y 20hrs Vent. Controlado x PLS (014) Caso de emergencia (0821) Módulo de Urgencias (0992)	
H.C.	Carné:	Nombres y Apellidos:	
999282			

OBSTETRA
COP. 31577

ANEXO 32

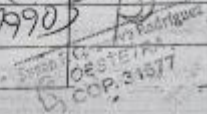


Gobierno Regional de Loreto
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA


FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONA
15/8/22	13:00	De la consulta, a paciente estable PA: 110/90 P: 80 T: 36.4 R: 20 Rt: 97% EU: 14cm HO: 5/1A.	
15/8/22	14:00	De administración Colterim 500mg VO De administración Diltiazem 50mg VO De administración Paracetamol 500mg VO	
15/8/22	15:00	De administración Aspirina 25mg VO	
15/8/22	18:00	De administración Aspirina 25mg VO	
15/8/22	18:00	De administración Aspirina 25mg VO	
10.5.22	14/8/22	Control Ex: Ligero rubor Tórax: Blister no doloroso, cardíaco Abdomen: Blister de 10x13cm HO: 3/1A C. Ext: De piel blanca, tórax de 10x13cm perimetria en parte controlada. H. Ext: Edema (+) (0909) Dr. Hospital Médico 4h, 20hrs Post (control) x P.G. (014) Cama Emergencia (0825) Módulo (0990)	
H.C.	Cama	Nombres y Apellidos	Control parto


 OBSTETRA
 COP. 31577

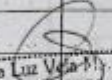
ANEXO 33



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




EVOLUCION OBSTETRICA

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PROFESIONAL
		Turno Diurno	
26/08/21	09:00	Paciente en su unidad asintomática, mltos signos de alarma. Al examen: LOTEP-KNEE.	
PA: 120/80 mmHg		Pál y mucoso. Ligera palidez, bibis e hidratado.	
FC: 94x'			
FR: 21/d		Mucos. Blaudos, constantes de color en p/c	
TD: 36.3			
SP02: 97%		Abdomen: Blando, distensible, no doloroso a la palpación. Uterino contracto en BSW	
		Hec 3/0 líquido y fino	
		Orbitas: Se ve buena. Signos de alarma en el ojo izquierdo, ojo mal ojo.	
		M. sup. Eelus (-) Vms (+)	
		Da: 1. Purpura Moderata ± edes (090.9)	
		2. PCX PES (014.1)	
		3. Anemia de Crónicas (082.1)	
		4. Anemia Moderada (099.0)	
		Rp: - Control Purpura	
		- 207	
		- Ant.	
			 Luz Vela OBSTETRA COP 30062
H.C. 833792	Cama: 01	Nombres y Apellidos:	

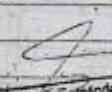
ANEXO 34

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAL GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA




HOJA TERAPÉUTICA

933782
HISTORIA CLINICA


FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA DE SUSPENSIÓN	INDICACIONES Y TERAPEUTICA <small>(Consignar con letra clara las indicaciones de dieta, balance, movilización del paciente, sondas y drenajes, así como la medicación a recibir, con dosis, vía de administración).</small>	FIRMA DEL ENCARGADO
10-03-72 70:15		(EMG)	
		1. NPO	
		2. CFV + O2 + CFV	
		3. NTE + NTE	
		4. Sonda Foley permeable	
		5. Ojeras estirados + BHC	
		6. Cloro 2% + Cloro 2% + Cloro 2%	
		7. Cloro 2% + Cloro 2% + Cloro 2%	
		8. Cloro 10g	
		9. Cefazolin 250-500	
		10. Metoprolol 100 mg	
		11. Parol de Analgesia	
		12. Preparar para 2do	
		 Dr. Celso C. Fernández Campos Ginecología y Obstetricia C.M.P. 48005 R.N.E. 44435	
■■■■■	■■■■■	■■■■■	06
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	CAMA

ANEXO 35

10/08/22	(POST - SOAP)	
22:40	<ol style="list-style-type: none"> 1) NPO por 8 horas; luego 20 G+L00. 2) Nial 8% 1000cc 7. EV XXXjt + Oxitocina 30mc 5 y 10. 3) Nial 9% 1000cc 7. EV 3 y 10 + Nig 804 20x. 5 amp x 24 hrs. 4) Celastrol por EV 8/8h. 5) Tramadol 100mg EV 8/12h. 6) Diclofenaco 50mg EV 7) Metoprolol 10mg VO PNA y PA 160/110mmHg. 8) Aspirina 250mg VO 8/8h. 9) Lactado de Feby puerpera y puerperales. 10) CF 40+60+100. 11) Control de PA 8/8h. 12) D.H.A. 13) S/S de dolor, fiebre, de CV, LRA, ATUS. 14) Cuidado de heridas 8/10 8/12h. 15) Reevaluación en resultados. 	
		 <small> MED. OBSTETRA C.R. 2017 </small>

ANEXO 38

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA" - GINECO-OBSTETRICIA



HOJA TERAPÉUTICA

HISTORIA CLÍNICA

933782

HISTORIA CLÍNICA

FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA DE SUSPENSIÓN	INDICACIONES Y TERAPEUTICA <small>(Consignar con letra clara las indicaciones de dieta, balance, movilización del paciente, sondas y drenajes, así como la medicación a recibir, con dosis, vía de administración).</small>	FIRMA DEL ENCARGADO
12/08/22		1. DC + LAU 2. NaCl 9‰ 1000cc 30gt 3. Cefoselinu 1gr cu 4sh 4. Trimetoprim 150mg 7 cu 4sh 5. Durectoludato 5mg 6. H ₂ O 1‰ 1000cc 7 cu 4sh 7. Metildopa 500mg 10 4sh 8. NaO 1‰ 500cc 7 cu 4sh 9. Hemoferón 300mg en 2 horas 10. Catal de diuresis 11. Vigbr segun de resultados 12. Reevaluación en resultados.	
<p><i>Dr. Ostin C. Fernández Campos</i> Ginecología y Obstetricia CMP: 48066 RNE: 44435</p>			
		<p>APPELLIDO PATERNO</p>	<p>APPELLIDO MATERNO</p>
		<p>NOMBRES</p>	<p>CAMA</p>

ANEXO 40

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL QUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" - GINECO-OBSTETRICIA

HOJA TERAPÉUTICA

HISTORIA CLÍNICA

933782

HISTORIA CLÍNICA


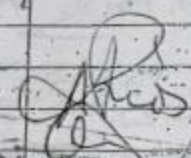
FECHA Y HORA DE INICIO	FECHA Y HORA DE SUSPENSIÓN	INDICACIONES Y TERAPEUTICA <small>(Consignar con letra clara las indicaciones de dieta, balance, movilización del paciente, sondas y drenajes, así como la medicación a recibir, con dosis, vía de administración).</small>	FIRMA DEL ENCARGADO
15/08/22		① Alta en condiciones DC HIRON ② Cetacevina 500g 4/8h VO ③ Paracetamol 500g 4/8h VO ④ sulfato ferroso 300g 4/12h VO ⑤ dobutidopa 500g 4/6h VO ⑥ control por E/O en 7 días ⑦ FU (concentración) ⑧ aspirin 85 mg 1/2 4/8h	 Gabriel Moreno Quiroz Ginecología y Obstetricia C.M.P. 54853 - R.N.E. 042015
16/08/2022	07:00	① DC + LAV ② Cetacevina 500g 4/8h VO ③ Paracetamol 500g 4/8h VO ④ sulfato ferroso 300g 4/12h VO ⑤ Lactulosa 30g 4/12h VO ⑥ Hidroximetilglutirato 25g 1/2 tableta 4/24h VO ⑦ Corvasalid 625g 1/2 Tub. VO 4/12h ⑧ FU ⑨ LAV	 Piedad Perea Perea Médico Gineco Obstetra C.M.P. 679352
			APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] CAMA: [REDACTED]

ANEXO 42

GOBIERNO REGIONAL DE LORITO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL QUOTOS "DON CARAYAB CARILLA"
 OPTO. GINECO OBSTETRICIA

NOTA DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS:
 CAMA N°: 06 HISTORIA CLINICA N°: 933782

FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA
10-08-22	23:50h	Pac. de 25 a., con DX. POC x PES Ingresa al servicio de Urgencia de SOP-URPA. en ARGG, leucida, q. bil. d/UPP profunda en clus 9-1. + ORIT 30 UZ a 30 gotas/h. d Limpia. SF. permeable d/BC. Intestino sin ruidos aumen. H. escaso. se cumple Temperatura. se realiza riego de clama. Dado en	 Rosa Milagros Rivas Pezo Lic. Enfermería CEP: 41773
23-08-22		Paciente a. de 25 años POC x PES. En su estado actual. T. 38.5°C. Tratando en ambiente. ruidos intestinales se c. fr. 70 SA. 1 Se brinda comodidad y confort. Se realiza terapéutica insi- ble. Se brinda comodidad y confort. Se incluye en parte de lista	 Rosa Rios Cárdenas Lic. Enfermería CEP: 15896

ANEXO 43

11-08-22 Paciente adulta joven Dpto
 N P.O. Cesarea x P.E.S, se encuentra
 en su unidad en REO, 20700,
 vía fisiológica profunda C.Hab
 1000 cc + 50ml 5 Amp en HSD, vía
 salivizada en HSI, no cubierto
 con apósito limpio, secos útero
 contraído, sonda Foley permeable,
 eyas sangrado vaginal
 al P/A: 130/80 P. 78 R. 20 T. 36.4°C
 se vigila signos de alarma
 se administrado. Farmacológico
 conforme
 se realiza higiene y confort.
 Se queda en reposo.

12-08-22 Paciente adulta joven de 25 años Dpto. P.O.
 Cesarea x P.E.S, se encuentra en su unidad en
 (D) REO, 20700, con P.O. y mucosas ligeramente pálidas,
 con vía periférica en (HSI). Con apósito limpio y
 seco, con polo delos en reposo.
 1150/100
 94%
 90%
 36°C.
 Se brinda comodidad y confort
 Se controla función de signos vitales
 Se administra Tto. Farmacológico conforme
 Indicación del Kardex.
 *
 Paciente permanece en C.S.A

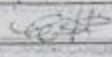
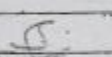
[Signature]
 Norma Gamboa Gamboa
 C.O. de Emergencia
 Hospital de la Cruz Roja
 CEP 50000000

ANEXO 44

GOBIERNO REGIONAL DE LORICO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL "CESAR GARAYAR GARCIA"
 DPTO. GINECO OBSTETRICIA

NOTA DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
 CAMA N°: 06 HISTORIA CLINICA N°: 933782

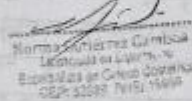
FECHA	HORA	OBSERVACIONES	FIRMA
12-08-22	N	Paciente de 25a, post. cesárea, se encuentra: TAP-REG / piel y mucosas pálidas / r. p. p. / RIJ con LME / litra continua / loquero sacado / se realiza: control de signos vitales observación de signos de alarma. administración de medicamentos: EV y VIO uso puntal + cambio de puntal comodidad y confort consulto al médico en reparto, en caso	
13-08-22	①	Post. cesárea, se encuentra: TAP-REG / piel y mucosas pálidas / r. p. p. / RIJ con LME / litra continua / loquero sacado / se realiza: control de signos vitales observación de signos de alarma. administración de medicamentos: EV y VIO uso puntal + cambio de puntal comodidad y confort consulto al médico en reparto, en caso	

ANEXO 45

13-8-22 Paciente adulta de 25a, con DA.
 (N) recibe POC x PES, en NREB, ventilado espontáneamente con una presión calibrada, abdomen con puntos de nódulo operado, hiccios espontánea.


- Se banda hiccios y confort.
- Se vigila los signos de alarma
- Se administra Intubación percutánea a las 14:00 hrs.

Paciente ponense a OSA



$\frac{14}{22}$ $\frac{08}{22}$	(D)	Pac. de 25a, POC x PES, NREB, apbil, V.S. ponentes, en AC, manos secitantes, br-o limpia, SV3: 4/10, micción espontánea, LV magro, en su unidad, se da banda por médico de turno, se amputa, repulsa, nódulo COs. Onda en apnoe
---------------------------------	-----	---


P/A = 16/100
 P = 84%
 R = 21%
 T = 36%



ANEXO 46

P.O. GIPIDO: Grab I. sup VMI INC Zolam 772285134
 DNI: 93 21486 RECIBO NACIDO

PRIMERA FACE OI STETRUZ
 SEGUNDA FACE OI STETRUZ
 (Huella Plata Derecha)




FECHA 10/8/2022
 HORA 21:57h
 SEXO Masculino
 PESO 2520g
 TALLA 50cm
 APGAR 9-9

P.C. 342
 PT. 315 T 363
 OBSERVACIONES CAP: 363
 Dr: ostin

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA
					433782

RECIBO NACIDO

PRIMERA FACE OI STETRUZ
 SEGUNDA FACE OI STETRUZ
 (Huella Plata Derecha)




FECHA 10/8/22
 HORA 21:57h
 SEXO Masculino
 PESO 2520g
 TALLA 50cm
 APGAR 9-9

P.C. 342
 PT. 315 T 363
 OBSERVACIONES CAP: 363

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLINICA
					433782

ANEXO 47



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
 Cornejo Portugal N° 1710 - Telf.: (065) 28-4731 - 113
 Iquitos - Perú

BIOQUIMICA CÓDIGO 783772


APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD SEXO
			12 F
SOLICITA	N° H/C o F.F.	PROCEDENCIA	CAMA
		Puerperio	01


ANÁLISIS

Glucosa		mg/dl	Bilirrubina	0.43	mg/dl
Urea	17	mg/dl	B. Directa	0.03	mg/dl
Creatinina	0.59	mg/dl	B. Indirecta	0.40	mg/dl
Colesterol		mg/dl	T.G.O.	22	UI/l
HDL - Colesterol		mg/dl	T.G.P.	27	UI/l
LDL - Colesterol		mg/dl	Fosf. Acida		UI/l
LDL		UI/l	Fosf. Alcalina		UI/l
Lípidos		mg/dl	Fosf. Prostática		UI/l
Triglicéridos		mg/dl	Amilasa		UA/dl
Proteínas Totales		g/dl	Acido Urico		mg/dl
Albumina		mg/dl	Calcio		mg/dl
Globulina		mg/dl	Fósforo		mg/dl

Observaciones:

L.H. => 677 UI/l


 Lic. Néstor Alvesmiño Eduar
Laboratorista Médico
 Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
 C.T.M.P. 16948



Medico Superv. / Jefatura
 Fecha de Procesamiento: 15 AGO, 2022 Hora: 11:17 AM


ANEXO 48

HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA EDA

ID: T.MANANA124 Hora: 2022-08-15 10:14
 Nombre: ██████████ Sexo: Edad: 61 años
 N.º h. c. In.: 783772 Dept.: PERPERIO N.º cama: 1


Parámetro		Result.	Rango ref.
WBC		8.0 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#		1.2 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#		0.3 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#		6.5 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L	14.6 %	20.0 - 40.0
Mid%		4.5 %	3.0 - 15.0
Gran%	H	80.9 %	50.0 - 70.0
HGB	L	10.5 g/dL	11.0 - 16.0
RBC		3.64 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HCT	L	30.9 %	37.0 - 54.0
MCV		84.9 fL	80.0 - 100.0
MCH		28.8 pg	27.0 - 34.0
MCHC		33.9 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		15.4 %	11.0 - 15.0
RDW-SD		43.8 fL	35.0 - 56.0
PLT		215 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV		9.6 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.8	9.0 - 17.0
PCT		0.184 %	0.108 - 0.262

Rpta.: LABORATORIO Análiz.: Compr.:



Lic. NORA ALVARESMILLO EDUAR
 Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico y Análisis Patológicos
 C.T.M.P. 15940
15 AGO. 2022

ANEXO 49



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
 Comejo Portugal N° 1710 - Telf.: (065) 26-4731 - 113
 Iquitos - Perú


BIOQUIMICA CÓDIGO 783772

APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD SEXO
			25 F
SOLICITA	N° H/C o F.F.	PROCEDENCIA	CAMA
		Urg	06

ANÁLISIS

Glucosa		mg/dl	Bilirrubina	0.38	mg/dl
Urea	22	mg/dl	B. Directa	0.05	mg/dl
Creatinina	0.64	mg/dl	B. Indirecta	0.33	mg/dl
Colesterol		mg/dl	T.G.O.	43	UI/l
HDL - Colesterol		mg/dl	T.G.R.	21	UI/l
LDL - Colesterol		mg/dl	Fosf. Acido		UI/l
LDL		UI/l	Fosf. Alceina		UI/l
Lípidos		mg/dl	Fosf. Prostatia		UI/l
Triglicéridos		mg/dl	Amilasa		UA/dl
Proteínas Totales		g/dl	Acido Urico		mg/dl
Albumina		mg/dl	Calcio		mg/dl
Globulina		mg/dl	Fósforo		mg/dl

Observaciones:
 LPH 591 UI/L


 Lic. Javier Mesina Eduar
 Tecnólogo Médico
Laboratorista
 C.T.M.R. 15945

V° B° Médico Superv. / Jefatura
14 AGO. 2022

Fecha de Procesamiento: _____ Hora: 8.40 AM

ANEXO 50

HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA FDA
 Hora: 2022-06-14 08:00

ID: T/M 04 Modo: Completa
 Nombre: Sexo: Mujer Edad: 25 años
 N.º h.º clin.: 783772 Dept.: UCOC N.º cama: 6

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	7.5 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#	1.2 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#	0.5 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#	5.8 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L 15.9 %	20.0 - 40.0
Mid%	L 6.6 %	3.0 - 15.0
Gran%	H 77.5 %	50.0 - 70.0
HGB	L 9.4 g/dL	11.0 - 15.0
RBC	L 3.27 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.00
HCT	L 27.6 %	37.0 - 47.0
MCV	84.5 fL	80.0 - 100.0
MCH	20.7 pg	27.0 - 34.0
MCHC	34.0 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	14.6 %	11.0 - 15.0
RDW-SD	42.9 fL	35.0 - 56.0
PLT	171 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV	8.8 fL	8.5 - 12.0
PDW	15.0	8.0 - 17.0
PCT	0.155 %	0.105 - 0.282

Rmte.: Analiz.: Compr.: SIS

L.C. Néstor Alvarado Edar
 Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico y Químico Patología
 C.I.N. P. 16948

ANEXO 51

HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA FDA
 Hora: 2022-06-13 22:32

ID: T/NJ15 Modo: Completa
 Nombre: Sexo: Edad: 25 años
 N.º h.º clin.: 783772 Dept.: UCOC N.º cama: 6

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	8.5 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#	1.3 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#	0.5 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#	6.7 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L 15.1 %	20.0 - 40.0
Mid%	L 6.4 %	3.0 - 15.0
Gran%	H 78.5 %	50.0 - 70.0
HGB	L 9.6 g/dL	11.0 - 15.0
RBC	L 3.24 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.00
HCT	L 27.5 %	37.0 - 54.0
MCV	84.9 fL	80.0 - 100.0
MCH	20.6 pg	27.0 - 34.0
MCHC	34.9 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	14.6 %	11.0 - 15.0
RDW-SD	42.9 fL	35.0 - 56.0
PLT	149 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV	8.7 fL	8.5 - 12.0
PDW	15.8	8.0 - 17.0
PCT	0.125 %	0.105 - 0.282

Rmte.: LABORATORIO Analiz.: Compr.: SIS

L.C. Néstor Alvarado Edar
 Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico y Químico Patología
 C.I.N. P. 16948
 13 AGO. 2022

ANEXO 52

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
 Comejo Portugal N° 1710 - Telf.: (065) 26-4731 - 113
 Iquitos - Perú

BIOQUIMICA **CÓDIGO** 783772

APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD	SEXO
			25	
SOLICITA	N° H/C o F.F.	PROCEDENCIA	CAMA	
		UCOE	06	

ANÁLISIS

Glucosa		mg/dl	Bilirrubina	0.35	mg/dl
Urea	29	mg/dl	B. Directa	0.20	mg/dl
Creatinina	0.89	mg/dl	B. Indirecta	0.15	mg/dl
Colesterol		mg/dl	T.G.O.	56	UI/l
HDL - Colesterol		mg/dl	T.G.P.	25	UI/l
LDL - Colesterol		mg/dl	Fost. Acida		UI/l
LDL		UI/l	Fost. Alcalina		UI/l
Lípidos		mg/dl	Fost. Prostática		UI/l
Triglicéridos		mg/dl	Aamilasa		UA/dl
Proteínas Totales		g/dl	Acido Urico		mg/dl
Albúmina		mg/dl	Calcio		mg/dl
Globulina		mg/dl	Fósforo		mg/dl

Observaciones: LDH = 620 UI/l

Lic. *[Firma]*
 Lic. Nunez Arystimbo Eduar
 Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
 C.T.M.P. 16948

13 AGO. 2022

V° B° Médico Superv. / Jefatura
 Hora: 10:50pm

ANEXO 53


Reporte de Paciente


HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
LABORATORIO CLINICO - AREA: BIOQUIMICA

Código: 783772 (Hombre) Fecha de test: 8/12/2022
 Apellido: ██████████ Nombre: ██████████
 Notas: 25 ANOS
 UCOE

Analisis	Método	Resultado	(Resultado 2da Unidad)	Rango	(Rango 2da Unidad)
CREATININA	JAFFE	0.90 mg/dl		0.700 - 1.300	
UREA	U.V.	18 mg/dl		10.00 - 50.00	
LDH-	SFBC	(*) 604 UI/l	↑	230.0 - 460.0	
GOT	IFCC	(*) 43 UI/l		1.000 - 38.00	
TGP*	IFCC	17 UI/l		1.000 - 42.00	
BILIRRUBINA TOTAL	DPD	0.33 mg/dl		0.010 - 1.000	
BILIRRUBINA DIRECTA	DPD	0.01 mg/dl		0.000 - 0.200	
BILIRRUBINA INDIRECTA	REL	0.32 mg/dl		0.000 - 0.500	

12 ABO. 2022


 Lic. Nuñez Alvestraño Edua.
 Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico y Químico
 C.T.M.P. 15949



ANEXO 54


HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA FDA
 Modb: Completa Hora: 2022-08-12 17:44
 clin.: 03772 Dept.: UCOE Sexo: Mujer Edad: 25 años
 N.º cama:

Instrumento		Result.	Rango ref.
WBC	H	10.8 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#		1.4 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#		0.5 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#	H	8.9 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L	12.6 %	20.0 - 40.0
Mid%		4.9 %	3.0 - 15.0
Gran%	H	82.5 %	50.0 - 70.0
HGB	L	9.1 g/dL	11.0 - 15.0
HbC	L	3.10 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.00
HCT	L	26.2 %	37.0 - 47.0
MCV		84.7 fL	80.0 - 100.0
MCH		29.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC		34.7 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.0 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		41.9 fL	35.0 - 55.0
PLT		133 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV		8.4 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.7	9.0 - 17.0
PCT		0.111 %	0.105 - 0.232

Revis.: LABORATORIO Analiz.: Comput.: SIS

12 AGO. 2022

L.C. YILMAZ Arsenio Cesar
 Titulo: Médico
 Control: División Asesoría Técnica
 C. 0148 10948



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO
 Comejo Portugal N° 1710 - Telf.: (065) 26-4731 - 113
 Iquitos - Perú

BIOQUIMICA **CÓDIGO** 324983

APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD	SEXO
<u>[Redacted]</u>	<u>[Redacted]</u>	<u>[Redacted]</u>	<u>25</u>	
SOLICITA	N° H/C o F.F.	PROCEDENCIA	CAMA	
		<u>Uco e</u>	<u>06</u>	

ANÁLISIS

Glucosa		mg/dl	Bilirrubina		mg/dl
Urea	<u>04</u>	mg/dl	B. Directa		mg/dl
Creatinina	<u>0.59</u>	mg/dl	B. Indirecta		mg/dl
Colesterol		mg/dl	IGD	<u>28</u>	UI/l
HDL - Colesterol		mg/dl	IGP	<u>12</u>	UI/l
LDL - Colesterol		mg/dl	Fost. Acida		UI/l
LDL		UI/l	Fost. Alcalina		UI/l
Lipidos		mg/dl	Fost. Prostática		UI/l
Triglicéidos		mg/dl	Amilasa		UA/dl
Proteínas Totales		g/dl	Acido Úrico		mg/dl
Albumina		mg/dl	Calcio		mg/dl
Globulina		mg/dl	Fósforo		mg/dl

Observaciones: LDH => 682 u/l

Lic. Núñez Alasmilho Eduar
 Titulado Médico
 Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
 C. M.P. 15948
Laboratorista

11 AGO. 2022
 Vº Bº Médico Superv. / Jefatura

Fecha de Procesamiento: _____ Hora: 1:00 PM

ANEXO 56


HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA FDA
Medio Completa

Hora: 2022-08-11 09:26
Sexo: Edad: 26 años
N.º cama: 6

clin.: 329883 Dept.: UCOE

Parametro		Result.	Rango ref.
WBC	H	12.6 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#		1.3 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#		0.4 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#	H	10.9 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L	10.6 %	20.0 - 40.0
Mid%		3.0 %	2.0 - 15.0
Gran%	H	86.4 %	50.0 - 70.0
HGB		11.2 g/dL	11.0 - 16.0
RBC		3.77 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HCT	L	31.8 %	37.0 - 54.0
MCV		84.6 fL	80.0 - 100.0
MCH		29.7 pg	27.0 - 34.0
MCHC		35.2 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.0 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		40.1 fL	35.0 - 56.0
PLT		147 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV		8.8 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.8	9.0 - 17.0
PCT		0.129 %	0.108 - 0.282

Reste.: LABORATORIO Analiz.: Compr.:



Lic. Núñez Alvesmilho Eduar
Escriba Médico
Laboratorio Clínico y Anatómico Patológico
C.T.M.P. 1694B

11 AGO. 2022

ANEXO 57



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y LABORATORIO CLÍNICO
 Cornejo Portugal N° 1710 - Telf.: (065) 26-4731 - 113
 Iquitos - Perú

BIOQUIMICA CÓDIGO 783753

APELLIDO PATERO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD SEXO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
SOLICITA	N° H/C o F.F.	PROCEDENCIA	CAMA
		E-O	

ANÁLISIS

Glucosa	90	mg/dl	Bilirrubina	0.49	mg/dl
Urea	73	mg/dl	B. Directa	0.25	mg/dl
Creatinina	0.42	mg/dl	B. Indirecta	0.24	mg/dl
Colesterol		mg/dl	T.G.O.	18	UI/l
HDL - Colesterol		mg/dl	T.G.P.	15	UI/l
LDL - Colesterol		mg/dl	Fost. Acida		UI/l
LDL		UI/l	Fost. Alcalina		UI/l
Lípidos		mg/dl	Fost. Prostática		UI/l
Triglicéridos		mg/dl	Amilasa		UA/dl
Proteínas Totales	5.9	g/dl	Acido Úrico		mg/dl
Albumina	3.2	mg/dl	Calcio		mg/dl
Globulina	2.7	mg/dl	Fósforo		mg/dl

Observaciones: DHL = 477 U/L

Lic. Nuñez Alvarado Eduar
Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico - Anatomía Patológica
 C. I. N. P. 16546
Laboratorio



V° B° Médico Superv. / Jefatura

Fecha de Procesamiento: 10 AGO, 2022 Hora: 8:53 pm

ANEXO 58

HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA FDA

ID: T N/04 Modo: Completa Hora: 2022-08-10 20:31


Nombre: Sexo: Edad:

N.º h² clin.: 783753 Dept.: E/O N.º cama: -

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	7.4 x 10 ³ /uL	4.0 - 10.0
Lymph#	1.1 x 10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Mid#	0.7 x 10 ³ /uL	0.1 - 1.5
Gran#	5.6 x 10 ³ /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	L 14.6 %	20.0 - 40.0
Mid%	9.5 %	3.0 - 15.0
Gran%	H 75.9 %	50.0 - 70.0
HGB	L 10.5 g/dL	11.0 - 16.0
RBC	3.85 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HCT	L 32.3 %	37.0 - 54.0
MCV	83.9 fL	80.0 - 100.0
MCH	27.2 pg	27.0 - 34.0
MCHC	32.5 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	14.0 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	40.1 fL	35.0 - 56.0
PLT	146 x 10 ³ /uL	100 - 300
MPV	6.4 fL	6.5 - 12.0
PDW	15.9	9.0 - 17.0
PCT	0.122 %	0.108 - 0.232

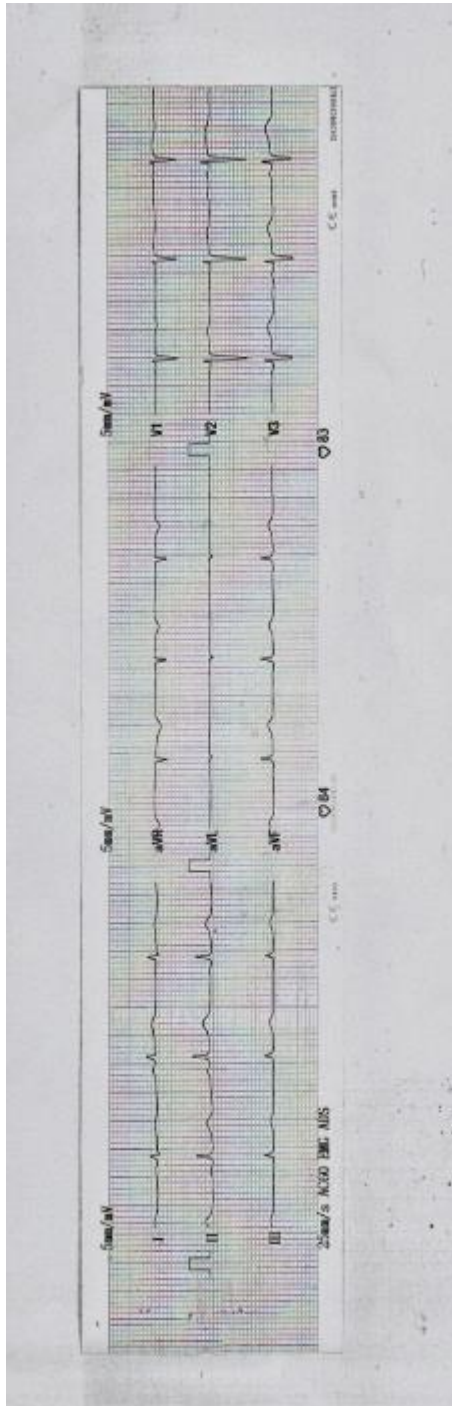
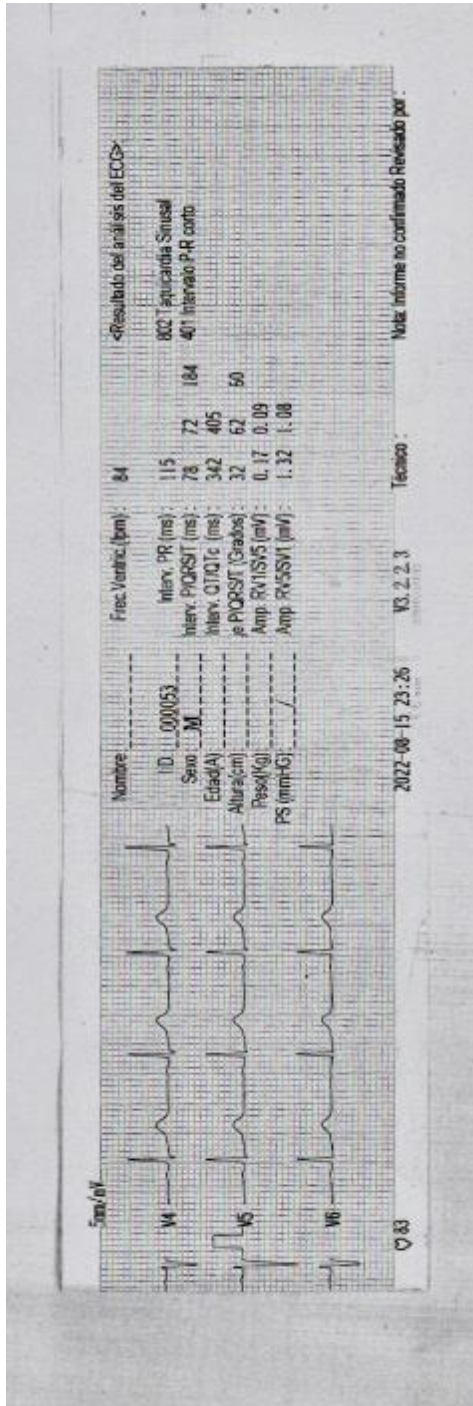
Rmte.: LABORATORIO Analiz.: Compr.: SIS


TC= 4100
TS 2100



Lic. Wladimir Alvarado Eduar
Técnico Médico
Laboratorio Clínico y Análisis Parasitológico
C.T.M.P. 16648

ANEXO 59






INFORME DE INTERCONSULTA

H: 9:20
F: 5/08/22

REGULACIONES DEL HOSPITAL: SIRVASE CONTESTAR LOS RESULTADOS DE LA CONSULTA ANTES DE 24 HORAS.

PEDIDO DE CONSULTA EL Cardiología • PA 160/90 mmHg • FC: 72 • FR 21
 • SaO₂ 98% • TP 36,49

Paciente puérpera mediata ± 4d 9h, de 25 años. Antecedente de HTA crónica; PO asmea por pre-eclampsia y SA HELLP en 1to con el metildopa 500mg 1/6h debido a que presenta PA 160/90 en 2 oportunidades, por lo cual se solicita evaluación y tratamiento prospectivamente.

Atte:

 Dr. Omar P. Páez Hernández
 GCO - OBSTETRA

15/08/22	5:00 PM	
FECHA	HORA	FIRMA DEL MÉDICO

INFORME DE LA CONSULTA
 OPINION Y RECOMENDACIONES

Cardiología
 Se envía a parte q Yodiso por pre-eclampsia por OBST, por Produmpro
 Severo + HelLP. Actualizada con PO: 140/100 +GGG →
 De examen: Paciente REG, norm, norm; Dente 1000P
 T4P: NU pm br en sup / CU: DORA, Nulpho / MISE ede (+HTT)
 SNK: ECB: 15pm; SS: 6kg
 DX: HTA no controlada IIX Disyede metildopa / Nipedyr. → →

FECHA	HORA	FIRMA DEL MÉDICO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	H.C.
G.O	Puentes	O.J	933782
DEPARTAMENTO	SERVICIO	CAMA	

ANEXO 61

Se sugiere

- (1) Lorazepam 50, 1 tableta c/12h
- (2) Hidrocodonolol 25, 1/2 tableta c/24h. (1000000) (Fleca mablon)
- (3) Oxycodone 6,25, 1/2 tableta c/12h, Plurivita oxip
INICIAR ON LA NOCHE (por la tarde de Nifedipina)
- (4) Acetaminofen a solicitud
- (5) Se debe admitir para paronocis el dia 03/sep/2022.

LABORATORIO
COMISION A MISERECORDIA
VICERRE DE TV COMUNITAT

LECHY	HOMY	LABORANT MEDICO

Estilo Miguel Domínguez Arceles
EABIOLOGIA
EMP 86484

ANEXO 62

HOSPITAL QUIJUES LESYK GARAYAN GARCIA
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRIA
SERVICIO DE OBSTETRIA

EPICRISIS

FECHA Y HORA DE INGRESO	10	08	22	
FECHA Y HORA DE EGRESO	16	08	22	B:00

SINTOMAS Y SIGNOS AL INGRESO
Epifalio leve

EXAMENES AUXILIARES REALIZADOS
TC, TS, Hg, Ht

Anatomía patológica

EVOLUCION
Favorable

CONDICIONES DE EGRESO

CURADA	<input type="checkbox"/>	MEJORADA	<input checked="" type="checkbox"/>
NO TRATADA	<input type="checkbox"/>	A SU SOLICITUD	<input type="checkbox"/>
FUGADA	<input type="checkbox"/>	FALLECIDA	<input type="checkbox"/>
REFERIDA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>

INDICACIONES A LA ALTA
Sulfate Paracetamol 500mg 4ch v.o. 4rd
Paracetamol 500mg 4ch v.o. 4rd
d. Paracetamol 500mg 4ch v.o. 4rd
RECIBIENDO: 9-9

SEXO: M PESO: 85.82 APGAR: 9-9

OBSERVACIONES:

CONDICIONES DE ALTA:

INTERNO OBST. / SERV. NEONATOLOGIA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD
[Redacted]	25

DIAGNOSTICO DE INGRESO

- 1- Preeclampsia Leve
- 2- Preeclampsia de inicio precoz
- 3- NO a P.E.S
- 4-
- 5-

INTERVENCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/>
CESAREA	<input checked="" type="checkbox"/>	PARTO EUTOCICO	<input type="checkbox"/>
HISTER. ABD.	<input type="checkbox"/>	HISTER. VAGINAL	<input type="checkbox"/>
LAPARASCOPIA	<input type="checkbox"/>	LEG. UTERINO	<input type="checkbox"/>
COLPORRAFIA	<input type="checkbox"/>	CLUDOCENTESIS	<input type="checkbox"/>
LAPARATOMIA	<input type="checkbox"/>	CESAREA + HISTERECTOMIA	<input type="checkbox"/>
ECOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	TNST	<input type="checkbox"/>
TST	<input type="checkbox"/>	PEE	<input type="checkbox"/>
AMEU	<input type="checkbox"/>		

TRATAMIENTO INSTAURADO
No. 11 9.900 160000 > 100
Oxitocina 20 UI
Oxitocina 10 UI V.I.M. 4rd
Ceftriaxona 1g E.V. 2/12h

DIAGNOSTICOS FINALES DE EGRESO

- 1- Preeclampsia Leve
- 2- P.E.S
- 3- No labor de parto
- 4- Retención de Embarazo
- 5-

PLANIFICACION FAMILIAR

AQV	<input type="checkbox"/>	DEPORROVERA	<input type="checkbox"/>
T DE COBRE	<input type="checkbox"/>	PILDORAS	<input type="checkbox"/>
MORPLANT	<input type="checkbox"/>	CONDON	<input checked="" type="checkbox"/>
MELA	<input type="checkbox"/>	NINGUNO	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>		

FIRMAS

Elsa Luz Vela Manrique
FIRMA DEL NACIDO
OBSTETRA

Ramón Salazar Perea Perea
FIRMA DEL OBSTETA
MEDICO CMP 679352

SERVICIO	Nº CAMA	Nº H. CLINICA
UCOE	06	933782