

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE UN CASO DE
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO EN UNA GESTANTE
DEL TERCER TRIMESTRE**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Elizabeth Juliana Capcha Ballón

Obst. Lucy Apaza Mendoza

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

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE UN CASO DE
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO EN UNA GESTANTE
DEL TERCER TRIMESTRE

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Elizabeth Juliana Capcha Ballón
Obst. Lucy Apaza Mendoza

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

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



Mtra. Jackeline Rosemary Flores Flores
Presidenta



Mtro. Marleni Mary Ayma Jiménez
Secretaria



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Vocal



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 060-2024-SEP/FACS-UNJBG del 14 de mayo del 2024, de la Tesis titulado: **DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE UN CASO DE OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO EN UNA GESTANTE DEL TERCER TRIMESTRE**, presentado por la Lic. Obst. Elizabeth Juliana Capcha Ballón y la Lic. Obst. Lucy Apaza Mendoza. 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 **14 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la Tesis 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, 29 de julio del 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Guicela Maribel Palza Portugal
DNI:



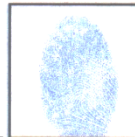
Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Elizabeth Juliana Capcha Ballón



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Lucy Apaza Mendoza



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar nuestros pasos para el desarrollo personal y de esta maravillosa carrera profesional de obstetricia.

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por brindarnos la oportunidad de especializarnos mediante las enseñanzas de los grandes maestros que impartieron sus conocimientos en nosotras.

Finalmente agradecemos a nuestra asesora Mtra. Guicela Palza Portugal por orientarnos en el desarrollo de este trabajo académico para optar el tan anhelado título de especialidad.

DEDICATORIA

Lucy

A Dios, por guiar mis pasos en cada logro de mi vida, a mi familia por su apoyo incondicional y a mi hija por ser el motivo de mi avance profesional en la vida.

Elizabeth

A mis padres por su apoyo incondicional, en especial a mi padre, quien aún en su ausencia física sigue guiando mis pasos,

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación e importancia	3
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Patología del caso clínico	5
2.2. Definición.....	6
2.3. Clasificación	7
2.4. Incidencia	7
2.5. Etiología	8
2.6. Factores de riesgo.....	9
2.7. Fisiopatología	11
2.8. Cuadro clínico.....	12
2.9. Exámenes auxiliares	13

2.10.	Tratamiento o manejo según nivel de complejidad.....	15
2.11.	Complicaciones	16
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		18
3.1.	Resumen del caso clínico	18
3.2.	Historia clínica.....	18
3.2.1.	Atención en servicio de emergencia.....	18
3.2.2.	Atención en servicio de Gineco-obstetricia.....	21
3.2.3.	Hoja de evolución de la obstetra.....	30
3.2.4.	Solicitud de sala de operaciones.....	46
3.2.5.	Reporte operatorio.....	46
3.2.6.	Interconsulta medicina interna.....	47
3.2.7.	Interconsulta anestesiología.....	47
3.2.8.	Exámenes de laboratorio.....	49
3.2.9.	Ecografías obstétricas.....	58
3.2.10.	Informes cardiotocográficos.....	59
3.2.11.	Epicrisis.....	63
3.2.12.	Información del recién nacido.....	64
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....		65
CONCLUSIONES		71
RECOMENDACIONES.....		72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		73
ANEXOS.....		76

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Hoja de control de puerperio.....</i>	42
Tabla 2	<i>Balance hídrico.....</i>	43
Tabla 3	<i>Hoja de monitoreo 1.....</i>	44
Tabla 4	<i>Hoja de monitoreo 2.....</i>	45
Tabla 5	<i>Examen de inmunología RPR.....</i>	49
Tabla 6	<i>Examen de inmunología HIV.....</i>	49
Tabla 7	<i>Examen de inmunología Hepatitis B.....</i>	49
Tabla 8	<i>Hematología.....</i>	50
Tabla 9	<i>Hemograma.....</i>	50
Tabla 10	<i>Grupo sanguíneo y factor RH.....</i>	51
Tabla 11	<i>Examen de bilirrubina total.....</i>	52
Tabla 12	<i>Examen de bilirrubina directa.....</i>	52
Tabla 13	<i>Examen de creatinina.....</i>	53
Tabla 14	<i>Examen de glucosa.....</i>	53
Tabla 15	<i>Examen de LDH.....</i>	53
Tabla 16	<i>Examen de trans. Piruvica</i>	54
Tabla 17	<i>Examen de trans. Oxalacética.....</i>	54
Tabla 18	<i>Examen completo de orina.....</i>	54
Tabla 19	<i>Hemoglobina.....</i>	56
Tabla 20	<i>Hematología.....</i>	56
Tabla 21	<i>Plaquetas.....</i>	57
Tabla 22	<i>Bioquímica.....</i>	58
Tabla 23	<i>Atenciones prenatales.....</i>	62

RESUMEN

El oligohidramnios es una complicación del embarazo que afecta al 0.5 a 5% de los embarazos a nivel mundial y sus consecuencias pueden ser perjudiciales tanto para la madre como para el feto. **Objetivo:** Demostrar la importancia de un diagnóstico y manejo clínico adecuado de oligohidramnios severo en gestante del III trimestre que acude al Hospital Regional de Moquegua. **Metodología:** Revisión y análisis de historia clínica de una multigesta del III trimestre de embarazo que ingresó a nosocomio con Diagnóstico de Oligohidramnios severo. **Resultados:** El análisis del presente caso permitió evidenciar el adecuado diagnóstico y manejo clínico mediante el uso de herramientas de apoyo como exámenes de laboratorio, la ecografía y la cardiotocografía. **Conclusiones:** La evaluación clínica, ecográfica, cardiotocográfica y de laboratorio permitió realizar un diagnóstico oportuno y un adecuado manejo clínico de la gestante y su recién nacido.

Palabras Clave: Oligohidramnios, ecografía, cardiotocografía

ABSTRACT

Oligohydramnios is a pregnancy complication that affects 0.5 to 5% of pregnancies worldwide and its consequences can be harmful to both the mother and the fetus. Objective: To demonstrate the importance of a diagnosis and adequate clinical management of severe oligohydramnios in pregnant women in the third trimester who attend the Moquegua Regional Hospital. Methodology: Review and analysis of the clinical history of a multiple pregnancy in the third trimester of pregnancy who was admitted to the hospital with a diagnosis of severe oligohydramnios. Results: The analysis of this case allowed us to demonstrate the adequate diagnosis and clinical management through the use of support tools such as laboratory tests, ultrasound and cardiotocography. Conclusions: The clinical, ultrasound, cardiotocographic and laboratory evaluation allowed for a timely diagnosis and adequate clinical management of the pregnant woman and her newborn.

Keywords: Oligohydramnios, ultrasound, cardiotocography

INTRODUCCIÓN

La alteración en el volumen del líquido amniótico puede generar inconvenientes en el desarrollo del embarazo, su incremento por encima de los valores normales (Índice de líquido amniótico (ILA) de 5 – 25 cm), determinará la presencia de polihidramnios (ILA > a 25cm) y ante su defecto estaremos frente a un oligohidramnios (ILA < 5cm.) (1).

El oligohidramnios generalmente está asociado a resultados desfavorables en el embarazo. Su prevalencia y sus consecuencias aún son materia de estudio en países de ingresos medianos y bajos en los que su diagnóstico ecográfico aún es limitado (2). Mundialmente su incidencia es de 0.5 a 5% de los embarazos; sin embargo, estas cifras varían según la población y la metodología empleada para su estudio. El oligohidramnios, según la etapa del embarazo en que aparece, puede generar complicaciones materno fetales; por ello la importancia de un diagnóstico oportuno y manejo adecuado por los profesionales de la salud (3,4).

Mediante el estudio del presente caso clínico, trataremos de demostrar la importancia de un diagnóstico y manejo clínico adecuado de oligohidramnios severo en una gestante del III trimestre que acude al Hospital Regional de Moquegua; así como analizar que herramientas de apoyo son las más certeras para diagnosticar el oligohidramnios severo. Y cual es el adecuado manejo clínico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud(OMS), cada año mueren 303.000 recién nacidos en su primer mes de vida, a causa de malformaciones. También reporta que las muertes maternas pudieron evitarse siempre y cuando el control prenatal se inicie oportunamente (I trimestre de embarazo) y mediante la promoción de acciones sanitarias realizadas con la finalidad de prevenir las complicaciones durante el embarazo o parto. Muchas de estas muertes logran evitarse al detectarse posibles complicaciones durante la gestación (5).

Según estadísticas del Instituto Materno Perinatal en el Perú se asocia de 10 o 15 veces más con la mortalidad perinatal, elevándose de 40 a 50 veces más en el caso de oligohidramnios severo (5).

1.1.2. Problemática de la investigación

Muchas gestantes acuden a sus controles prenatales tardíamente, lo que impide identificar oportunamente, complicaciones que pudieron ser prevenibles o tener un manejo adecuado a fin de evitar futuras complicaciones para la madre y el feto; dentro de ellas, malformaciones fetales que pueden generar complicaciones como la alteración del volumen del líquido amniótico.

La ecografía es un elemento de apoyo diagnóstico que nos permite identificar oportunamente alteraciones morfológicas fetales y sus consecuencias en el proceso del desarrollo del embarazo, En el presente caso la ecografía es el examen por excelencia que nos permite identificar alteraciones del volumen del líquido amniótico y determinar presuntivamente si su origen dependería de algún tipo de malformación congénita. Con el presente estudio se evidencia la importancia de un buen manejo de la ecografía obstétrica como medio de apoyo diagnóstico para determinar el oligohidramnios severo y sobre todo demostrar cómo debe ser el diagnóstico y manejo clínico en un caso que amerita la atención de un profesional capacitado en emergencias obstétricas y alto riesgo obstétrico (6).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Se realiza un diagnóstico y manejo oportuno de los casos de oligohidramnios severo en gestante del III trimestre?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

A nivel Mundial el oligohidramnios tiene una incidencia del 0.5 al 5% de los embarazos; estadísticas que varían de acuerdo a la población y a la metodología empleada para su diagnóstico. Según estadísticas del Instituto Materno Perinatal en el Perú se asocia de 10 o 15 veces más con la mortalidad perinatal, elevándose de 40 a 50 veces más en el caso de oligohidramnios severo. El oligohidramnios es un factor de riesgo que puede generar complicaciones materno fetales, por ello es de suma importancia que los profesionales de la salud realicen un manejo minucioso de la vigilancia del bienestar fetal.

Entre sus manifestaciones de complicación por un manejo deficiente tenemos: Recién nacidos con apgar < 7 a los 5 minutos, presencia de meconio en el líquido amniótico, hipoxia y acidosis fetal entre otros; siendo lo más grave el hecho de que puede limitar el desarrollo pulmonar, hecho que dificultará la adaptación del recién nacido a su nueva forma de vida. Las causas de su presencia son múltiples entre ellas la sospecha de malformaciones congénitas, disfunción placentaria, ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, trastorno hipertensivo del embarazo entre otros (3,4).

Por todo lo mencionado anteriormente es que se considera necesario analizar el caso clínico de una gestante con diagnóstico de oligohidramnios severo haciendo énfasis en el manejo clínico desde su identificación y la determinación de su etiología.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Demostrar la importancia de un diagnóstico y manejo clínico adecuado de oligohidramnios severo en gestante del III trimestre que acude al Hospital Regional de Moquegua.

1.4.2. Objetivos Específicos

1.4.2.1. Analizar que herramientas de apoyo son las más certeras para diagnosticar el oligohidramnios severo.

1.4.2.2. Demostrar el adecuado manejo clínico de un caso de oligohidramnios severo.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 PATOLOGÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

Para desarrollar la patología del líquido amniótico (LA) de interés de esta investigación es necesario conocer las patologías que se desarrollan en este elemento del embarazo. El LA, presente en el saco amniótico, tiene la función de proteger al producto de la concepción; la alteración en su producción generará 2 tipos de trastorno (7):

- a) Polihidramnios: volumen excesivo del LA cuyo índice de líquido amniótico es superior a los 24 cm.
- b) Oligohidramnios: volumen deficiente del LA cuyo índice de líquido amniótico es inferior a los 5 cm.

Por ser el motivo de nuestro estudio un caso de oligohidramnios severo, desarrollaremos la patología del oligohidramnios.

OLIGOHIDRAMNIOS

El oligohidramnios es una complicación materno perinatal que se presenta en una frecuencia de 0.5 a 5% de los embarazos (1/750) asociada a una mortalidad perinatal de 10 a 15 veces mayor; sin embargo, si tenemos un caso de oligohidramnios severo la mortalidad materna se eleva de 40 a 50 veces más de lo normal (1).

Las discrepancias entre la medición de la altura del fondo uterino y la edad gestacional nos debe llevar a pensar, dentro de la baraja de posibles causales, en que podríamos estar frente a un trastorno del líquido amniótico (LA) (8).

Generalmente las consecuencias del oligohidramnios son más graves si se presenta en el I y II trimestre de la gestación, Sin embargo; los embarazos con oligohidramnios en su mayoría se desarrollan normalmente y el producto del embarazo suele nacer sano (9).

Por lo general, las consecuencias del oligohidramnios son más graves si aparece en los dos primeros trimestres de gestación que en el tercero. A pesar de ello, la mayoría de embarazos con oligohidramnios consiguen desarrollarse con normalidad y dar lugar al nacimiento de bebés sanos.

El oligohidramnios diagnosticado en un embarazo a término (<37 semanas) es considerado como indicador de inducción de parto (10).

2.2. DEFINICIÓN

Definimos al oligohidramnios como la disminución del volumen de líquido amniótico (VLA) en relación a la edad gestacional; el mismo que varía durante la gestación. El índice de líquido amniótico (ILA) por debajo de los 5 cm o único bolsillo más profundo por debajo de 2 cm es indicador de posibles comorbilidades maternas o fetales (10). El incremento del LA es

lineal hasta las 34 a 36 semanas; estabilizándose con un volumen aproximado a 400 ml siendo este constante hasta el término; sin embargo, después de las 40 semanas, este comienza a disminuir. (8).

2.3. CLASIFICACIÓN DEL OLIGOHIDRAMNIOS

Según la técnica del ILA el oligohidramnios se clasifica en (10):

- Oligohidramnios leve : 41-50 mm
- Oligohidramnios moderado : 21-40 mm
- Oligohidramnios grave: 0-20 mm

2.4. INCIDENCIA

A nivel mundial se registra una incidencia de oligohidramnios de 0.5% a 5%; resultados que varían de acuerdo a la población estudiada y de la definición de oligohidramnios que maneje cada institución de salud (11). En embarazos post término se incrementa incluso hasta el 11% (12)

En países de ingresos medianos, bajos como Zambia y la República Democrática del Congo es de 0,2% y en Pakistán de 1,5%. En países como la India la incidencia es más elevada (8,5%) (2).

Según el Ministerio de salud del Perú la prevalencia oscila entre 0,4% a 5%. Un estudio realizado en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2013-2015 mostró una prevalencia de 1.1% (13).

2.5. ETIOLOGÍA

El VLA es un proceso dinámico cuya variabilidad se presenta de acuerdo a la edad gestacional. En el saco gestacional es el resultado del equilibrio entre su producción y el movimiento del líquido externo del saco. En las primeras 20 semanas de gestación su producción se relaciona al transporte hidrostático y osmótico del plasma materno a través del plasma materno y a las secreciones pulmonares del producto; alrededor de las 16 semanas los riñones fetales inician su funcionamiento hecho que incrementa la producción de orina fetal y que contribuye en gran medida en la formación del líquido amniótico hasta el final del embarazo (14).

Por lo antes mencionado, las anomalías genitourinarias fetales pueden implicar un diagnóstico de oligohidramnios posterior a las 16 a 20 semanas de gestación las que pueden ser: Obstrucción de salida de vejiga, riñones displásicos y agenesia renal. Las principales vías de reabsorción amniótica son: Deglución fetal y la absorción intramembranosa (a través del amnios hacia los vasos sanguíneos fetales); por tanto, también son asociadas las anomalías gastro intestinales fetales como la fístula traqueoesofágica las que podrían provocar un exceso de Líquido amniótico o polihidramnios (15).

En general podríamos clasificar la etiología de la siguiente manera:

- a) Causas fetales
 - Anomalías cromosómicas del Síndrome de Turner.
 - Anormalidades congénitas agenesia o hipoplasia feta, poliquistosis renal.
 - Posmadurez.

- Óbito.
- Ruptura prematura de membranas (RPM).
- Restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

b) Causas placentarias

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Síndrome de feto transfundido

c) Causas maternas

- Hipertensión crónica.
- Vasculopatía diabética.
- Elevación de los niveles de alfa-proteínas.
- Preeclampsia.
- Anticuerpos antifosfolípidicos.
- Hipovolemia materna.
- Enfermedades del colágeno

d) Drogas

- Inhibidores de las prostaglandinas (Ibuprofeno, Indometacina)
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (Captopril, Enalapril).

2.6. FACTORES DE RIESGO

Son factores de riesgo del oligohidramnios:

- Asociados a la madre: Según últimos estudios se asocian la diabetes mellitus, diabetes gestacional, preeclampsia y embarazo postérmino (7,16).
- Asociadas al feto (hipoplasia pulmonar que disminuye la presión del LA normal 1 a 14 mmhg, oligohidramnios <1 mmhg), Ruptura Prematura de Membranas que si se presenta a las 19 ss la probabilidad de padecer de hipoplasia pulmonar es del 50% y si se presenta a partir de las 31 ss la probabilidad desciende al 1%.
- Malformaciones fetales: de tipo estructural prioritariamente las renales (obstrucción vesical, agenesia renal bilateral, displasia renal multiquística, etc.), del sistema nervioso central, del esqueleto, cardiovasculares, higroma quístico, etc.
- RCIU por insuficiencia placentaria con consecuente hipoxia fetal, redistribución del gasto cardiaco fetal, disminución del flujo urinario y pulmonar fetal.
- Mortalidad perinatal: de peor pronóstico para fetos cuyo oligohidramnios fue de inicio precoz.

La presencia de oligohidramnios durante la gestación trae como consecuencia la disminución o impedimento del movimiento fetal de forma adecuada, el feto presenta retraso de crecimiento intrauterino y desarrollo fetal con la consecuentes deformidades y compresión del cordón umbilical; en el peor de los casos puede ocurrir muerte fetal dependiendo de la edad gestacional. Si la

disminución del ILA se da en el primer trimestre las consecuencias pueden ser fatales ya que existe una alta probabilidad de aborto; si se da en el segundo trimestre es necesario determinar la etiología de la cual dependerá el pronóstico si el ILA es límite o bajo generalmente tiene buen pronóstico y si estamos frente a un oligohidramnios grave a menudo se presentará una muerte fetal; finalmente si esta disminución se da en el tercer trimestre muchos de estos casos son idiopáticos; por lo tanto estaremos frente a complicaciones como compresión del cordón umbilical que podría generar desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, aspiración meconial e insuficiencia uteroplacentaria (7,16).

2.7. FISIOPATOLOGÍA

ASPECTOS GENERALES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico (LA) cumple un rol fundamental en el crecimiento y desarrollo fetal, permite un desarrollo normal del tracto respiratorio, gastrointestinal y del sistema musculoesquelético; además cumple función amortiguadora ante traumas físicos y funciona como barrera contra infecciones en un ambiente termorregulado. El balance entre su producción y eliminación determinará la cantidad total de LA. En el primer trimestre la composición del LA es semejante a la del líquido extracelular y su producción se da mediante el transporte de agua y pequeñas moléculas a través del amnios y de la piel fetal. En el segundo trimestre (>17 semanas) su volumen es regulado a través de vías de entrada y salida establecidas por el feto y la placenta siendo los principales mecanismos de formación el tracto urinario, secreciones traqueales y membranas fetales. La eliminación del LA se da a través del tracto gastrointestinal (deglución fetal),

respiratorios (movimientos respiratorios fetales y la más importante la resorción intramembranosa (8,17).

2.8. CUADRO CLÍNICO

El oligohidramnios generalmente no causa síntomas maternos, la madre usualmente manifiesta una sensación de pérdida de movimientos fetales.

A la palpación abdominal se aprecia un feto comprimido por las paredes uterinas no existiendo congruencia entre la altura uterina y la edad gestacional (1,18).

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico

- Anamnesis; RPM
- Altura uterina < a edad gestacional

Diagnóstico ecográfico

- ILA < 5 (estable 22 a 39 ss)
- Pozo mayor <2
- Búsqueda de anomalías fetales: aneuploidía fetal, RCIU. Anomalías placentarias.

El elemento diagnóstico por excelencia es la ecografía.

La determinación del líquido amniótico se realiza mediante:

- Impresión subjetiva del observador.
- Medida de un solo lago.

- Técnica de los dos diámetros de un lago.
- Medida de los cuatro cuadrantes o índice de líquido amniótico (ILA)

Estos métodos no proporcionan resultados numéricos, por lo tanto; no se puede evaluar el VLA de forma progresiva (1).

2.9. EXAMENES AUXILIARES

En caso de paciente con Dx presuntivo de oligohidramnios solicitar:

- Hemograma
- Hemoglobina
- Grupo sanguíneo y factor RH
- Serologías
- HIV
- Perfil de coagulación
- Glucosa
- Examen de orina
- Test de Coombs
- Isoinmunización Rh
- Pruebas para TORCH
- Debe solicitarse ecografía por ser examen auxiliar por excelencia.

Para evaluar el volumen del líquido amniótico tenemos que tener en consideración los tres métodos estándar comúnmente utilizados uno cualitativo y 2 semicuantitativos. El primer paso para determinar alteraciones del líquido amniótico es la evaluación cualitativa que debe ser desarrollada por ecografistas experimentados quienes determinaran, subjetivamente, si existe alteración del LA; después de ello se podrá aplicar una de las 2 pruebas semicuantitativa como ser la prueba del Bolsillo único más profundo (BUP) y la del Índice del líquido amniótico (ILA). Cabe señalar que, según estudios, se debe tener en consideración que mediante el ILA se diagnostica excesivamente los casos de oligohidramnios y mediante (BUP) es excesivo el diagnóstico de polihidramnios (7).

TÉCNICAS DESARROLLADAS PARA DIAGNÓSTICO DE OLIGOHIDRAMNIOS.

Medida de un solo lago o lago único

Método que consiste en medir la profundidad vertical máxima del mayor lago del LA. Una medida menor a 1cm es indicador de oligohidramnios. Es de poca validez matemática, la posición fetal influye en su variación.

Técnica de la medida de un solo lago

Variación de la técnica de un solo lago. Debe determinarse el “lago” más grande del LA mediante medida de dimensiones verticales y horizontales y multiplicando estos valores. Valores menores 15 cm es considerado oligohidramnios.

Técnica índice de los 4 cuadrantes (ILA)

Técnica que divide el útero en cuatro cuadrantes a través de 2 líneas una horizontal y una vertical cuyo punto de cruce es el

ombiligo y ambas son perpendiculares entre sí. Debe calcularse mediante la suma de los diámetros verticales de los lagos de mayor dimensión en cada cuadrante. En embarazos menores a 20 semanas el índice se halla mediante la sumatoria de los lagos más grandes a la derecha e izquierda de la línea media. Los cambios de posición fetal y variaciones del volumen del líquido amniótico según la edad gestacional, pueden limitar el valor de esta técnica (1).

Estimaciones ecográficas del volumen del líquido amniótico en gestación a término.

Técnica	Normal	Polihidramnios	Oligohidramnios dudoso	Oligohidramnios
Lago único (cm)	2-8 cm	>8cm	1-2 cm	<1cm
Dos diámetros de un lago (cm)	15,1-50 cm	>50 cm	---	<15 cm
ILA (cm)	8,1-24 cm	>24 cm	5,1-8 cm	<5 cm

2.10. TRATAMIENTO O MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

Se debe tener en consideración:

Menor de 26 semanas:

- Valoración genética
- No malf. Genética: Hidratación + ecografía a las 72 hrs.
- Oligoamnios: interrumpir
- Normal: continuar gestación

27 a 34 semanas:

- Hospitalización: hospitalización + valoración genética
- Oligoamnios: interrumpir
- Normal: continuar gestación, maduración pulmonar

Mayor a 34 semanas:

- Hospitalización: Hidratación + NST + PB
- ILA normal: alta más seguimiento
- ILA 5 a 7: Inducción
- ILA <5: terminar gestación

Para un adecuado manejo se deberá realizar las siguientes actividades:

1. Llenado de Historia clínica
2. Descartar Ruptura Prematura de Membrana (RPM) mediante test de Hidralazina o Fern.
3. Ecografías seriadas (por lo menos 2 en intervalo de una semana)
4. Si se evidencia patologías como RPM, diabetes mellitus, hipertensión inducida por embarazo o eritroblastosis; establecer tratamiento de acuerdo a normativa,
5. Si la ecografía confirma un caso de oligohidramnios realizar:
 - Descarte de malformaciones congénitas.
 - Evaluación de crecimiento fetal.
 - Evaluación de bienestar fetal
6. Si se evidencia pérdida de meconio, hospitalizar para hidratación materna o amnio infusión, dependiendo de la edad gestacional intentar parto vaginal.
7. Si el oligohidramnios se asocia a posmadurez (Insuficiencia placentaria mas sufrimiento fetal crónico) y se cuenta con una ecografía Doppler anormal se debe terminar la gestación por cesárea (19).

2.11. COMPLICACIONES

Estudios desarrollados en países de ingresos bajos y medianos determinaron que el oligohidramnios se asocia con resultados patológicos neonatales, fetales y maternos;

recomendando un diagnóstico oportuno del oligohidramnios (2).

- Complicaciones neonatales: Mayor riesgo de muerte neonatal, bajo peso al nacer y parto pretermino.
- Complicaciones fetales: mayor riesgo de muerte fetal,
- Complicaciones maternas: Mayor incidencia de hemorragias, malposición fetal y partos por cesárea,

2.12. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Líquido amniótico:** Fluido que rodea al feto en el saco amniótico (20)
- **Oligohidramnios:** Disminución del líquido amniótico no acorde a la edad gestacional (21).
- **Índice de líquido amniótico:** Método semi-cuantitativo de uso común para calcular el volumen del líquido amniótico (22).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historia de una gestante que ingresó a nosocomio con Diagnóstico de Oligohidramnios severo.

Paciente gestante A. L. F. Z. de 40 años de edad que ingresa por emergencia al Hospital Regional Moquegua manifestando disminución de movimientos fetales. Gestante con una Fórmula Obstétrica de G₅P₃A₀R₁A₃ cuyo primer control prenatal fue a las 30 semanas y cuenta con 4 controles prenatales. Fue cesareada de emergencia teniendo un producto a término de sexo varón con una edad gestacional de 39 semanas por examen físico con apgar 9 al minuto y 5 minutos.

3.2. HISTORIA CLÍNICA

3.2.1. Atención servicio de emergencia

TRIAJE:

Fecha : 27/03/2023

Hora : 6:15 hrs.

Peso: 79 kg Talla: 1.52 cm

Presión arterial (PA): 143/55 mmHg

Frecuencia cardíaca (FC): 77/minuto

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/minuto

Temperatura (T°): 36.5°C Saturación de Oxígeno (SO): 97%

Otro motivo de consulta: Gestante de 37 semanas con dolor en zona lumbar, No siente movimientos fetales hace 2 horas.

Prioridad: Urgencia mayor

HISTORIA CLÍNICA BREVE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Enfermedad actual: Paciente refiere que aproximadamente hace 2 horas presenta disminución de movimientos fetales, refiere presentar cefalea y tinnitus.

Antecedentes: Fecha última de menstruación (FUM) 25/06/2022

G₅P₃₁₀₃ Peso RN último hijo: 3200 gr.

Paciente refiere que estuvo hospitalizada.

Examen físico:

Presión arterial (PA): 141/55 mmHg

Frecuencia cardíaca (FC): 77/minuto

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/minuto

Temperatura (T°): 36.3°C Saturación de Oxígeno (SO): 97%

Altura uterina: 30 cm

Situación, presentación y posición (SPP): Longitudinal Cefálica Izquierda (LCI).

Latidos cardiacos fetales (LCF): 131/minuto

Dinámica uterina (DU): ausente

Movimientos fetales: +/+++

Tacto vaginal: Dilatación: 0. Borramiento: 0, Altura de presentación: flotante, Membranas ovulares: no evidenciables, pelvis ginecoide

Diagnóstico:

- 1) Multigesta de 39 2/7 semanas por FUM/NLP
- 2) Hipertensión gestacional D/C preeclampsia
- 3) Edad Materna Avanzada (EMA)
- 4) Alto riesgo obstétrico (ARO)
- 5) Oligoamnios severo

Plan de trabajo:

- 1) Se hospitaliza en obstetricia
- 2) Dieta Blanda (DB)+Líquidos a voluntad (LAV)
- 3) Control de funciones vitales
- 4) Control de presión arterial cada 2 hrs.

Terapéutica y control:

- 1) Cloruro de sodio 9/1000cc a 30 gotas /minuto
- 2) Nifedipino de 10 mg 1 tableta PA \geq 160/110 mmhg
- 3) Solicitar proteinuria 24 hrs.
- 4) Solicitar perfil de severidad
- 5) Solicitar test no estresante (NST)
- 6) Solicitar Ecografía Obstétrica
- 7) Solicitar historia clínica anterior

EMERGENCIA: EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

27/03/2023

6:30 Hrs.

Gestante refiere presentar ausencia de movimientos fetales desde las 5:00 am de día de hoy. Se comunica a médico de turno.

PA: 140/90 mmHg, P: 72/minuto, T°: 36.6°C, FR: 20/minuto, AU: 32 cm.

Feto: cefálico,

LCF: 126/minuto

DU: ausente

Genitales: de múltipara, tacto vaginal diferido, evaluada por médico de turno se realiza NST.

7:00 hrs. Queda gestante en tópico de emergencia para continuar trámite de hospitalización.

7:05 hrs. Se encuentra a gestante en unidad de emergencia para hospitalización.

7:30 hrs. Se realiza prueba Covid

7:45 hrs. Se recibió prueba covid negativo, se pasa a hospitalización con Dx.: Multigesta de 39 2/7 semanas por FUM

D/C preeclampsia

D/C oligoamnios severo

3.2.2. Atención en servicio de Gineco – Obstetricia

HISTORIA CLÍNICA

N° H.CL: 102033

FECHA: **27/03/23**

ANAMNESIS

I. FILIACIÓN

Tipo de seguro y N° : 2 4139 8121
Nombres y Apellidos : xxxxxxxxxxxxxxxx
Documento de identificación : 41392121
Edad : 40 **Sexo** : Femenino
Estado Civil : Conviviente **Raza**: Mestizo
Grado de instrucción : secundaria completa
Idioma : Castellano
Ocupación : Ama de casa
Religión : adventista
Lugar y fecha de nacimiento : Moquegua 3/06/24
Lugar de procedencia : Moquegua
Residencia Actual : Asociación 12 de diciembre Mz E Lote 7
Datos Tomados : Paciente
Fecha de Elaboración de HCL : 27/3/23
Fecha de Ingreso : 27/3/23
Informante : Paciente
Traída por/Domicilio : Miguel Choque
Número Telefónico : 952320984

II. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad : 4
Signos y Síntomas principales : dolor y disminución de
movimientos fetales

Forma de Inicio : Brusco
Curso de enfermedad : Progresivo
Relato cronológico de la enfermedad : Paciente refiere que hace una semana presenta disminución de los movimientos fetales y dolor tipo contracción en hipogastrio motivo por el cual acude a emergencia.

FUNCIONES BIOLÓGICAS

Apetito : normal
Sed : Normal
Deposiciones : Normal
Orina : Normal
Sueño : Normal

III. ANTECEDENTES

PERSONALES:

- a) Biológicos
Nacida de parto : Vaginal
Lactancia materna: Materna
- b) Gineco – obstétricos
Menárquia : 11 años
I.R.S : 16 años
F.U.M : 25/06/22
M.A.C : Inyectable trimestral
Ultimo Parto : 30/10/06
G: 4 Pv: 3 Pc: 0 Ab: 1 Hv: 3 Hm: 0
- c) Alimentación: Variada
- d) Hábitos:
Alcohol (-)
Tabaco (-)

Te (-)

Drogas (-)

Café (+)

e) Condición Socio-económica

Vivienda: Propia de Material noble cuenta con los servicios de Agua, Luz, Desagüe, recojo de basura cada 3 días

Economicamente dependo: Dependiente

f) Patología

Eruptivas : No

Accidentes : No

Alergias : No

Transfusiones : Hace 21 años

Hospitalización : A los 21 años

Operaciones : A los 21 años

FAMILIARES

a) Padre: Fallecido

Madre: 72 as

Hermanos

- Mujeres: 1 hermana

- Varones: ninguno

b) Esposo: 38 años

c) Hijos

- Varones : 1 año

- Mujeres: 2 años

EXAMEN FÍSICO

Examen general

1. FUNCIONES VITALES

FC : 77/minuto

TA : 141/51 mmhg

PESO : 79 kg
T° : 36.3 C°
ALTURA : 1.52 cm
SO : 97%

2. ASPECTO GENERAL

Estado de conciencia : despierto
Actitud : activa
Decúbito : supino
Marcha : firme
Facies : Normotipo

3. EXAMEN REGIONAL:

Piel tibia al tacto, llenado capilar,

4. SOMA (OSTEOMIOARTICULAR)

Reflejo Osteotendinoso en las 4 extremidades (ROT 4 (+))

Examen segmentario

- Cabeza y cuello: normocéfalo, cuello cilíndrico, no signos inflamatorios
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados a la auscultación.
- Mamas: simétricas, no dolorosas, no masas ni tumoraciones.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos ni ruidos agregados.
- Abdomen: Útero grávido, Altura uterina: 30 cm, LCI, LCF, 130por minuto, DU(-)
- Ap. Genitourinario: Genitales internos sin lesiones, no sangrando transvaginal, Dilatación 0, Borramiento 0, pelvis ginecoide.
- Sistema nervioso: lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
- Sistema osteo muscular: Fuerza y tono muscular adecuado

- Sistema linfático: No se palpan adenopatías
- Diagnóstico Inicial: Gestante de 39 semanas 2/7 FUR
- Hipertensión gestacional D/C preeclampsia
- Diagnóstico definitivo: Oligohidramnios severo.

EVOLUCIÓN SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

27/03/23

Temperatura (T): 36.2°C, Presión arterial (PA): 115/80 mmHg
Frecuencia cardíaca (FC): 82 lpm, Frecuencia respiratoria (FR): 18x min., Saturación de oxígeno (SO): 98%,

17:05 h Paciente de 40 años G₅ P₃₀₁₃ Fecha de última menstruación: Dudoso

- Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido por genitales, contracciones uterinas esporádicas.
- Aparente buen estado general (ABEG), Aparente buen estado de nutrición (ABEN). Aparente buen estado de hidratación (ABEH), Lúcida orientada en tiempo y persona (LOTEP).
- Abdomen: útero grávido, tono conservado. Altura Uterina (AU): 31 cm. Dinámica uterina (DU): 1/10 minutos, Latidos cardiacos fetales (LCF): 120/min.
- Tacto vaginal (TV): Cervix posterior, feto en altura de presentación -4, membranas íntegras.
- Ecografía obstétrica: Peso fetal: 2565 gr. Índice de líquido amniótico (ILA): 2.8, Placenta grado III.
- Impresión diagnóstica:
 - Gestante de 38 ss y 4d por Ecografía
 - Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU).
 - Oligohidramnios.
 - Estado fetal no tranquilizador.

- Se propone cesárea de urgencia.

28/03/23

PA: 120/70 mmHg, T: 36.1°C, FC: 78 xmin, FR: 18 xmin. SO: 98%

- Paciente refiere que paso buena noche, actualmente refiere que presenta dolor en herida operatoria, no náuseas no vómitos.
- Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH.
- Mamas: Simétricas, no dolores al tacto, con poca secreción calostrál, no masas ni tumoraciones.
- Abdomen: Útero contraído AU: 18 cm. Herida operatoria con apósito limpio, blando depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos normales,
- Genitales: loquios hemáticos no mal olientes en escasa cantidad.
- Impresión diagnóstica:
 - 1) Puérpera inmediata
 - 2) Parto por cesárea por RCIU,
 - 3) Oligohidramnios severo,
 - 4) Estado fetal no tranquilizador

29/3/23

**T°: 36.5 °C FC: 82xmin FR: 19xmin SO: 98% PA: 125/87mmhg
Hemoglobina (Hb): 11g/dl**

8:52 hrs

- Paciente refiere haber pasado buena noche, tranquila, no refiere dolor en herida operatoria, deambula, no mareos.
- Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH.
- Mamas simétricas, no dolorosas con adecuada secreción calostrál, no masas ni tumores.
- Abdomen: útero contraído AU: 16 cm. Blando, depresible, no

distendido, ruidos hidroaéreos positivos, herida operatoria limpia, no masas ni tumoraciones

- Genitales: loquios hemáticos en escasa cantidad
- No signos meníngeos
- Impresión diagnóstica: puérpera de parto por cesárea por estado fetal no tranquilizador RCIU oligohidramnios severo

18:00 hrs

Pa: 130/80 mmHg Fc: 80 x min

- Paciente refiere cefalea intensa, deambula no mareos ni tinitus, no escotomas, no epigastralgia
- Mamas: blandas con secreción calostrál
- Abdomen: útero contraído AU: 14 cm, blando depresible no doloroso
- Genitales: Loquios hemáticos en escasa cantidad, paciente estable con PA dentro de lo normal desde signo mayor a 48 horas, actualmente PA: 130/80 mmHg
- Impresión diagnóstica: post-operada 2, cesárea por estado fetal no tranquilizador, RCIU, oligohidramnios severo

23:00

Pa: 120/50 mmHg Fc: 74 x min

- Paciente continúa con cefalea de moderada a leve intensidad, deambula, disminuye el dolor a recostarse.
- Probable cefalea post-quirúrgica.
- Interconsulta con anestesiología.

30/3/23

T°: 36.4°C FC: 63xmin FR: 20xmin SO: 97% PA: 127/87mmhg

HB: 11g/dl

- Paciente refiere pasar la noche tranquila, no fiebre.
- Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH

- Mamas: simétricas no dolorosas, no edemas, secreción calostrál, no masas ni tumores.
- Abdomen: útero contraído AU: 16cm, blando depresible no doloroso, no masas ni tumoraciones.
- Genitales: loquios hemáticos en escaza cantidad.
- Paciente LOTEPE, Glasgow 15/15.
- Impresión diagnóstica: puérpera inmediata, parto por cesárea por estado fetal no tranquilizador.
- Descartar cefalea post.punción.

31/03/23

**T°: 36.3°C FC: 62xmin Fr: 18xmin SO: 98% PA: 132/85mmhg
HB: 11g/dl**

- Paciente refiere pasar buena noche, indica que cefalea disminuye en intensidad, deambula sin problemas.
- Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH
- Mamas: simétricas no dolorosas al tacto, adecuada secreción calostrál, no masas ni tumoraciones.
- Abdomen: útero contraído AU: 16cm. Blando depresible no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no masas ni tumoraciones. Herida operatoria con apósito limpio.
- Genitales: loquios hemáticos en escaza cantidad.
- Impresión diagnóstica: puérpera mediata, parto por cesárea por estado fetal no tranquilizador

TRATAMIENTO

27/3/23

11:25 hrs.

- DC + LAV
- CINA 9% x 1000cc (vía)
- CINA 9% x 1000cc + Oxitocina 10UI: 60 gotas regulables agregando 4 gotas.

27/3/23

17:15 hrs.

- Metroclorpramida 10 mg. Vía EV
- Ranitidina 50 mg. Vía EV
- Cefazolina 2 mg. EV 30 minutos

27/3/23

18:50 hrs.

- CINA 9% 1000 cc. + Oxitocina 20 UI: I -II 30 gotas /minuto
- Cefazolina 1 gr. c/6 hrs. EV
- Metamizol 2 gr. C/8 hrs. EV
- Nifedipina 10 mg. VO si PA \geq 160/110 mmHg

28/3/23

8:00 hrs.

- DC + LAV
- CINA 9% 1000cc + oxitocina => suspendido
- Cefazolina 1 gr/8 hrs../EV
- Metamizol 2gr. /8 hrs./EV
- Control de funciones vitales
- Control de signos vitales
- Lactancia Materna Exclusiva

29/3/ 23

8:30 hrs.

- Alta médica en 48 hrs.
- Vigilar signos de alarma

29/03/23

9:08 hrs.

- DC + LAV
- CINA 9% 1000 cc. => 300cc. A chorro 30 gotas/minuto
- Metamizol 2 gr. EV C/volutrol
- Diclofenaco 75 mg.

30/03/23

9:40 hrs.

- DC + LAV
- CINA 9% 1000 cc. => 30 gts/minuto
- Metamizol 2gr. C/6hrs. VE

31/03/23

6:50 hrs.

- Se suspende vía.

3.2.3. HOJA DE EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

27/03/23

08:15 hrs.

Gestante es referida de emergencia a hospitalizar con dx

1. Multigesta de 39 2/7 por FUM
2. No labor de parto
3. Hipertensión gestacional
4. Descartar preeclampsia
5. Oligoamnios severo

Se instala en su unidad a la gestante. Al examen físico AREG, REN, REH Y LOTEPE. Conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, mamas simétricas, pezones formados, Abdomen ocupado por útero grávido AU: 30 cm. LCF: 130-136/minutos, con

dinámica uterina esporádica. Genitales sanos, no sangrado, no pérdida de líquido, se le coloca el multiparámetro.

Funciones vitales: PA: 120/77 mmHg. P: 74/minuto, T: 36.4 °C, FR: 20/min. SO:96%. Se le comunica al médico de turno quien indica prepararla para sala de operaciones.

11:20: Médico indica hacerle un NST y un CST, Gestante se le comunica que se le hará su CST. Se llama a la obstetra de centro obstétrico para CST.

11:46 : Se baja a gestante a bienestar fetal para NS y CST.

11:50 : Se recibe paciente gestante del servicio de hospitalización para realizar monitoreo fetal electrónico y un test estresante.

11:53 : Se realiza CST por 20 minutos, el cual tiene como resultado 10/10 feto activo reactivo.

12:15 : Se realiza test estresante, oxitocina 10 UI goteo regular. LCF 120-141/minuto, No se evidencia dinámica uterina. Paciente tranquila niega molestias. No se evidencian signos o síntomas de alarma.

Funciones vitales: PA 115/54mmHg. P=69/minuto, T: 36.5°C FR=20/minuto, SO=96%

12:30 :Funciones vitales: diuresis: Deposiciones:--- Líquidos orales: 505cc. vómitos: no

13:15 :Paciente permanece en la unidad de bienestar fetal en su 1° hora de prueba test estresante, se registran contracciones uterinas, 1/10 15minutos LCF: 131 – 145 – 140/minuto CLNc 9/100 + oxitocina 10 UI = 20 gotas a goteo regulable.

14:15 :2° hora de test estresante 36gts DU 2/10 – 15 minutos, LCF : 141 – 168 – 132/minuto. Se comunica al médico de turno vía telefónica el cual indica continuar hasta 40 gotas.

- 15:15** : Médico indica continuar con 40 gts.
- 15:45** : Médico indica pasar a hospitalización para programar. Test estresante insatisfactorio.:
- 16:20** : PA: 115/80 mmHg. P:69/minuto, FR:20/minuto, T°: 36.5°C
- 16:50** : Paciente pasa a hospitalización para atención médica
- 17:00** : Médico indica que la gestante pase a tópico para ecografía. Médico indica preparar para Sala de operaciones (SOP).
- 17:46** : Gestante pasa a SOP estable, abdomen ocupado por útero grávido FCF: 141 – 152* 148/minuto, con dinámica uterina 3/10 minutos, 20 segundos

27/03/23

- 20:15** : Se recibe paciente de 40 a en unidad con funciones vitales estables, con vía de NaCl 9/1000 cc, se recoge paciente de Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), paciente con monitoreo de 2 hrs favorable, se instala en unidad, se inicia monitoreo de puerperio en hoja aparte, al examen: ADEN, AREH, AREG, LOTEPE.
- Paciente quirúrgica, mucosas orales húmedas, mamas: presencia de secreción calostrual, abdomen: blando depresible, útero contraído, AU: 17 cm. Herida operatoria afrontada. Apósito seco, loquios en escasa cantidad.
- Impresión diagnóstica: Puérpera inmediata post cesareada por oligohidramnios. Post operada, alojamiento conjunto. Queda en monitoreo en hoja aparte.
- 22:00**: Se administra 2gr. De metamizol vía endovenosa (VE) = lento y diluido.

28/03/23

02:00: Se administra 1gr. de Cefazolina lento y diluido

06:00: Se administra ... de Metamizol VE lento

Funciones vitales: PA 120/70 mmHg, P=78/minuto T: 36.1°C, FR=18/minuto SO=97%

Funciones biológicas

- Diuresis: 900cc
- Líquidos orales: 300cc
- Vómito: No
- Deposición: No

Se cumplen indicaciones médicas

8:00: Puérpera en su unidad con Dx Post operada por cesárea, por patrón no tranquilizantes, refiere leve dolor en herida operatoria.

Examen : ABEG lucida, mamas con secreción calostrual, útero contraído 17 cm, apósito de herida operatoria manchados con secreción sanguinolenta seca.

Se pasa visita médica, ginecoobstetra deja indicaciones se cambia vía por estar infiltrada.

10:00: Funciones vitales: PA 127/76 mmHg, P:70/minuto T°: 36.6 °C, se administra cefazolina 1 gr, EV lento y diluido.

12:00: Queda paciente en su unidad junto a su recién nacido (RN), útero contraído, loquios normales.

- Diuresis: 500cc
- Líquidos orales: 1200cc
- Deposición: No

14:00: Paciente tranquilo tolera dieta se levanta y deambula sin novedad.

Se administra metamizol 2 gr EV lento diluido.

Útero contraído loquios normales, apósito de herida operatoria manchados y secos.

16:00 Funciones vitales: PA:124/69mmHg P:76/minuto, T°: 36.5°C, Brinda atención y LM a su RN.

18:00 Queda en su unidad con vía salina junto a su RN, tranquila, útero contraído loquios sin particularidades. Se administra cefazolina 1gr EV lento y diluido.

- Diuresis 1200cc
- Líquidos orales: 1000cc
- Deposición: no

20:00 Paciente post cesareada se encuentra en su unidad con vía salinizada, deambuló en su unidad abdomen blando, depresible, útero contraído AV:17cm. Herida operatoria en buen estado general, loquios hemáticos en poca cantidad

22:00 Funciones vitales: PA: 125/76 mmHg. P:84/minuto T°:36.4°C FR:19/minuto, SO:98%, se le administra metamizol 2 gr EV lento y diluido.

29/3/23

02:00 Paciente duerme en su unidad acompañada de su RN, se le administra cefazolina 1 gr EV lento, niega molestias.

06:00 Funciones vitales: PA:125/82 mmHg P:82/minuto T°: 36.5°C R:19/minuto SO:98%, Paciente se le administra metamizol 2 gr Ev diluido y lento, Abdomen blando depresible, útero contraído, AV:16 cm. Herida operatoria en buen estado, genitales normales, loquios hemáticos en poca cantidad.

Funciones biológicas:

- Diuresis: 1000cc
- Líquidos orales: 800cc

- Deposición: No
- Vómitos: No

07:00 Paciente puérpera mediata se recepciona en unidad con vía salinizada Impresión diagnóstica: puérpera mediata, post cesárea por estado fetal no tranquilizado, restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios severo.

Paciente puérpera en tercer día de hospitalización junto a su recién nacido, brinda lactancia materna exclusiva, refiere leve dolor en zona cervical, niega otras molestias.

Al examen general: ABEG, ABEN y LOTEP

Abdomen blando, depresible doloroso a la palpación, útero contraído AU: 15 herida operatoria en buen estado, loquios hemáticos en escasa cantidad.

09:15 Médico de turno pasa visita médica e indica alta médica.

09:30 Puérpera refiere cefalea de moderada intensidad se toma PA: 130/76 mmHg. Se comunica a médico de turno e indica suspender alta médica e Funciones vitales: indica diclofenaco 75 ml se le coloca diclofenaco 75 ml STAT IM.

10:00 PA:130/82 mmHg P:82/minuto T°:36.6°C FR: 20/minuto SO: 98%.

11:00 Paciente puérpera mediata descansa en unidad relativamente tranquila

12:00 Paciente mediata brinda lactancia materna refiere cefalea de leve intensidad, niega otras molestias, PA: 128/75 mmHg.

Abdomen blando, depresible, dolorosa a la palpación, útero contraído AU:15 cm, gestación con loquios hemáticos.

- Diuresis: 1200 cc
- Líquidos orales: 1900 cc

- Deposición: Si

14:00 Paciente puérpera mediata en alojamiento conjunto, junto a su recién nacido, brinda la lactancia materna, refiere cefalea leve personal de laboratorio realiza muestra de sangre.

15:00 Funciones vitales: PA: 109/72 mmHg recibe visita de familiares

16:00 Descansa en su unidad relativamente tranquila, brinda lactancia materna.

Funciones vitales: PA:109/72 mmHg, P:70/minuto
T°:36.8°C FR: 20/minuto SO. 96%.

17:30 Paciente puérpera refiere cefalea intensa, niega otras molestias, útero contraído AU:18cm genitales con loquios hemáticos en escasa cantidad.

18:00 Se le administra metamizol 2 gr lento y diluido en volutrol de 100 ml, queda en unidad con vía salinizada junto a su recién nacido brinda lactancia materna, Abdomen blando, depresible, útero contraído AU: 15 cm, genitales con loquios hemáticos en escasa cantidad.

Funciones biológicas:

- Diuresis: 700 cc
- Líquidos orales: 1200 cc
- Deposición: si

20:00 Puérpera en su unidad con vía salinizada, con Diagnóstico Post operada cesárea por patrón fetal no tranquilizada, oligoamnios severo, refiere presentar cefalea al empezar a deambular.

Examen BEG lúcida mamas con secreción calostrual, útero contraído 15 cm, herida operatoria en buen estado, loquios en pocas cantidades.

22:00 Funciones vitales:: PA:127/76mmHg. P:74/minuto, T°:36.3°C, paciente persiste con cefalea cada vez que se levanta, se comunica a médico de guardia. Gineco obstetra indica pasar 400 cc de CINA a chorros luego a 30 gotas, se cumple indicaciones queda reposo.

30/3/23

02:00 Se administra metamizol 2 gr EV lento y diluido, descansa tranquila.

06:00 Queda en su unidad junto a su RN, vía permeable persiste cefalea al levantarse, útero contraído 15 cm, loquios en pocas cantidades.

Funciones vitales: : PA:127/82mmHg P:63/minuto
T°:36.4°C

- Diuresis: 800 cc
- Líquidos orales: 1300 cc
- Deposición: No

30/3/23

07:00 Puérpera mediata de 40 años de edad con vía permeable, se encuentra en su 3er día de hospitalización y 3er día PO x Cesárea (oligohidramnios severo, RCIU, estado fetal no tranquilizador. Refiere dolor de cabeza de moderada intensidad, niega encotomas, ni tinnitus, paciente en alojamiento conjunto.

7:05 Al examen preferencial, mamas semi turgentes, pezones formados, presencia de secreción láctea en buena cantidad, abdomen blando depresible, útero contraído AU: 15 cm, herida operatoria. afrontada, no signos flogósicos aparentemente en buenas condiciones genitales con loquios hemáticos en poca cantidad, no mal olor.

- 10:00** Funciones vitales: PA:137/80mmHg P:62/minuto
T°:36.5°C FR: 20/minuto, SO. 98%; se administra metamizol 2 gr Ev lento y diluido, se tramita interconsulta con anestesiología. Médico anesthesiologo evalúa a paciente y deja sugerencias, se comunica al G.O. de turno
- 12:00** Paciente en unidad, en alojamiento conjunto, dolor de cabeza leve.
- Diuresis: 1100 cc
 - Líquidos orales: 1000 cc
 - Deposición: No
 - Vómitos: No
- 14:00** Paciente brindando lactancia materna exclusiva.
- 16:00** Funciones vitales: PA:132/82mmHg P:70/minuto
T°:36.6°C FR: 20/minuto SO: 97%.
- 18:00** Se administra metamizol 2 gr. EV. lento y diluido, queda paciente en unidad con vía periférica permeable, en alojamiento conjunto, leve dolor de cabeza, útero contraído AV: 15cm, loquios hemáticos en poca cantidad,
- Diuresis: 1700 cc
 - Líquidos orales: 1600 cc
 - Deposición: No
 - Vómito: No
- 19:00** Paciente puérpera mediata se encuentra en unidad con vía permeable con Dx puérpera mediata, PO por cesárea, 3 días de cesareada por estado fetal no tranquilizante, Descartar cefalea post punción. Junto a su recién nacido brinda lactancia materna.
- Abdomen blando, depresible doloroso a la palpación, útero contraído AU:14 cm, herida operatoria en buenas condiciones, genitales loquios escasos.

- 19:45** Medico de turno pasa visita e indica continuar con indicaciones.
- 21:00** Paciente puérpera mediata continua con lactancia materna sin molestias.
- 22:00** Funciones vitales: PA:128/76 mmHg, P:65/minuto T°:36.6°C FR: 28/minuto SO. 97%. Niega molestias, útero contraído AU 14 cm, herida Operatoria buenas condiciones, loquios escasos.

31/3/23

- 00:00** Paciente puérpera queda en unidad descansando sin molestias, útero contraído AU 14 cm, genitales loquios escasos.
- 02:00** Brinda lactancia materna sin molestias, loquios escasos, se le administra metamizol 2 gr, lento y diluido en voluptrol de 100 ml.
- 04:00** Paciente brinda lactancia materna, herida operatoria en buenas condiciones, loquios escasos.
- 06:00** Puérpera queda en unidad relativamente tranquila sin malestar con vía permeable con CI Na 9/1000 x 1000cc a 30 gotas/minuto, en alojamiento conjunto junto a su recién nacido, brinda lactancia materna, Abdomen blando depresible útero contraído AU 14 cm, herida operatoria en buenas condiciones, genitales loquios hemáticos escasos, queda en reposo absoluto.
- Funciones vitales: PA:132/85 mmHg, P:62/minuto T°:36.2°C FR: 18/minuto SO. 98%.
- Funciones biológicas:
- Diuresis: 1100 cc
 - Líquidos orales: 500 cc
 - Deposición: No

- 08:00** Paciente se encuentra en su unidad tranquila, niega signos de alarma, al examen útero contraído, genitales con loquios hemáticos en poca cantidad, paciente niega molestias.
- 10:00** Funciones vitales: PA:130/80mmHg, P:60/minuto
T°:36.3°C FR: 19/minuto, SO. 97%.
- 12:00** Médico evalúa a paciente e indica alta médica. Médico con el cual se tramita alta, así mismo consentimiento de no adeudo, reporte de laboratorio
- Funciones biológicas:
- Diuresis: 1300 cc
 - Líquidos orales: 100 cc
 - Deposiciones: No
 - Vómito: No
- 14:00** Puérpera tranquila en su unidad brinda lactancia materna exclusiva así mismo se entrega alta médica y se brinda consejería en signos de alarma, se entrega medicamento e indicaciones.
- 16:00** Funciones vitales: PA:120/70 mmHg, P:63/minuto FR: 14/minuto, SO:98%.
Paciente se va de alta médica.
- Funciones biológicas
- Diuresis: 800 cc
 - Líquidos orales: 600 cc
 - Deposición: no
 - Vómito: no
- 10:00** Paciente puérpera mediata post Cesárea 27.03.23, tiene un RN de sexo masculino, peso: 2575 gr, Talla: 45cm, Antecedentes G4P4004

Menarquia a los 11 años, régimen catamenial 3/30 , Inicio de relaciones sexuales:16 ANDRIA 02, PAP 2022 (Negativo) Método anticonceptivo: inyectable trimestral

Se brinda

- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.
- Orientación y consejería en Planificación familiar.
- Orientación y consejería en cáncer.
- Orientación y consejería en salud integral.
- Acepta método de barrera.

Paciente desea cuidarse con el inyectable trimestral por presentar cefalea intensa, prefiere cuidarse con métodos barrera, se le explica el riesgo de presentar una gestación, no desea método hormonal por el momento.

Solo desea preservativos.

18:40 Puérpera post parto abdominal recibe orientación y consejería en signos de alarma del puerperio, orientación y consejería en técnicas de lactancia materna.

Cita 21-04-23

Tabla 1*Hoja de control de puerperio*

FECHA 27/3/23	SÍNTOMAS							EXAMEN CLÍNICO							RECIÉN NACIDO		FIRMA Y SELLO DE LA OBSTETRIZ
								FUNCIONES VITALES			LOQUIOS		MIEMBROS INFERIORES				
	DOLOR	UTERO	ORINA	DEPOSICIONES	EPISOTOMIA	HERIDA OPERATORIA	ABDOMEN	PRESION ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	CANTIDAD	OLOR	EDEMA	VARICES	LACTANCIA MATERNA	ALDAMIENTO CONJUNTO	
1ra HORA 20:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	130/71	79x	36°	L	NO	SE	NO	NO	SI	
2da HORA 21:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	132/70	78x	36°	L	NO	NO	NO	SI	SI	
3ra HORA 22:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	135/70	79x	36.7°	L	NO	SE	NO	SI	SI	
4ta HORA 23:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	135/71	74x	36°	L	NO	SE	NO	SI	SI	
5ta HORA 00:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	130/71	72x	36°	L	NO	SE	NO	SI	SI	
6ta HORA 01:15	L	C	NO	NO	NA	AF	B/D	130/70	78x	36°	L	NO	SE	NO	SI	SI	

Fuente: Historia clínica

Tabla 2

Balance hídrico

FECHA: 27/3/23				XXX GTS		72.00 KG
		7 -1	1 - 7	7 - 7	TOTAL 24 HRS	GRAN TOTAL
INGRESOS	ORAL			300	300	
	DX. RESIDUAL			100	-	
					-	INGESTIÓN
	DX			200	200	1655
	CLORURO + 20 UI OXITOCINA			990	990	ELIMINACIÓN
	SANGRE			-	-	696
	Agua de Oxidación			165	165	
EGRESOS	ORINA			300	300	BALANCE
	DEPOSICIONES			NO	NO	959 (+)
	SECRECIÓN			NO	-	DENSIDAD ORINA
	DRENAJE			NO	-	
	VÓMITOS			NO	-	
	PERD. INSENS,			396	396	

Fuente: Historia clínica

Tabla 3*Hoja de monitoreo 1***FECHA: 27/3/23 SERVICIO: G.O.**

HORA	T°	P/A	FC	FR	So2	Diuresis	DEPOS.	VOM.	DREN.	L.O.	OBS.
20:15	36°	137/71	79x	18x	98%	Útero Contraído. AU:17 cm Herida Operatoria (HO) afrontada, Loquios Hemáticos en pocas cantidades (LHPC)					
20:30	36°	132/70	78x	19x	98%	''	''		''		''
20:45	36.1°	135/60	79x	20x	97%	''	''		''		''
21:00	36°	120/60	79x	20x	99%	''	''		''		''
21:15	36°	135/60	74x	19x	97%	''	''		''		''
21:30	36.2°	130/70	72x	19x	97%	''	''		''		''
21:45	37°	135/60	72x	19x	97%	''	''		''		''
22:00	36°	135/70	74x	18x	97%	Útero Contraído. AU:17 cm. HO afrontada, LHPC					
22:15	36°	130/60	74x	18x	98%	''		''			''
23:00	36.1°	130/60	78x	19x	98%	''		''			''
00:00	36.2°	130/60	79x	19x	98%	''		''			''
06:00	36.1°	120/70	79x	18x	98%	Útero Contraído. AU:17 cm. HO afrontada, LHPC					
28/3/23											
10:00	36.5°	127/69	70	20	97%	Útero contra. AU 17 cm HO con apósito manchado					
12:00	-	-	-	-	-						
16:00	36.5°	124/69	76	20	98%						
28/3/23											
20:00						Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
22:00	36.4°	125/76	84x	19x	98%	Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
00:00						Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
02:00						Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
04:00						Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
06:00	36.5°	125/82	82x	19x	98	Útero Contraído. AU:16 cm. HO afrontada, LHPC					
29/03/23											
07:00						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC					
09:00	36 °	130/76	80	19x	98	Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC					

Fuente: Historia clínica

Tabla 4*Hoja de monitoreo 2***FECHA: 29/3/23 SERVICIO: G.O.**

HORA	T°	P/A	FC	FR	So2	Diuresis	DEPOS.	VOM.	DREN.	L.O.	OBS.
10:00	36.6°	130/82	82x	20x	98%						Útero Contr. AU:15 cm Herida Operatoria (HO) afrontada, Loquios Hemáticos en pocas cantidades (LHPC)
11:00											Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
12:00		118/75									Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
14:00											Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
16:00	36.8°	109/72	70x	20x	96%						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
18:00		130/80									Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
29/03/23											
20:00		135/80									Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
22:00	36.3°	127/76	74x	20x	98%						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
00:00	-	-	-								Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
06:00	36.4°	127/82	63x	20x	97%						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
30/03/23											
7:00											Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
10:00	36.5°	137/80	62	20	98%						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
12:00											Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
14:00	-	-	-	-	-						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
16:00	36.6°	138/82	70	20	97%						Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
18:00											Útero Contraído. AU:15 cm. HO afrontada, LHPC
30/03/23											
19:00											Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC
22:00	36.6	128/76	65x	18x	97%						Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC
00:00											Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC
02:00	36.6°	138/82	70	20	97%						Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC
06:00											Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC
08:00											Útero Contraído. AU:14 cm. HO afrontada, LHPC

Fuente: Historia clínica

3.2.4. SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES

SERVICIO: Ginecoobstetricia

DIAGNÓSTICO PRE- OPERATORIO: Gestante de 38 semanas, estado fetal no tranquilizante, oligohidramnios severo.

OPERACIÓN PROPUESTA: Cesárea segmentada

PARA EL DÍA: 27/3/23

TIEMPO APROXIMADO: 40 min

CIRUGÍA EMERGENCIA

Moquegua 27 de marzo de 2023

3.2.5. REPORTE OPERATORIO

PACIENTE: XX **HC. N°:**102033 **SIS. N°:**2-41398121 **EDAD:**40 a

SEXO: F **SERVICIO:** Ginecoobstetricia **FECHA:** 27/3/23

CIRUGÍA REALIZADA: Cesárea segmentada de **EMERGENCIA**

ANESTESIA: Regional

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:

- 1) Gestante de 38 semanas,
- 2) Restricción del Crecimiento Intra Uterino,
- 3) Oligohidramnios severa,
- 4) Estado fetal no tranquilizante,

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: el mismo

TIEMPO OPERATORIO: 30 minutos

HORA DE INICIO : 18:10 hrs

HORA DE TERMINO : 18:42 hrs

HALLAZGOS: Recién nacido vivo, masculino, Apgar 9 (minuto), 9 (5 minutos), líquido amniótico escaso claro, sangrado aproximado de 600 cc.

COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS

INTRAOPERATORIOS: Ninguna

ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DEL QUIRÓFANO: Bueno

DESTINO DEL PACIENTE AL SALIR DEL QUIRÓFANO: URPA

3.2.6. INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA

Al servicio de: medicina interna / cardiología **Del servicio de**
Gineco obstetricia

Apellidos y nombres: XXX **Edad:**40 **sexo:** femenino **fecha:**
27/03/23 **hora:** 16:00 h

Anamnesis: Paciente con necesidad de Riesgo Quirúrgico Cardio
Vascular (RQCV) No enfermedad Cardio Vascular (CV)

Examen físico preferencial: Murmullo vesicular pasa bien en
ambos campos pulmonares. Ruidos cardiacos rítmicos frecuentes,
no soplos.

Diagnóstico presuntivo:

- Gestación 39 2/7 x Fum
- D/c Preclampsia
- Oligohidramnios Severa

Motivo de interconsulta: 5/5 Riesgo quirúrgico cardio vascular
(RQCV)

3.2.7. INTERCONSULTA ANESTESIOLOGÍA

Al servicio de: anestesiología

Del servicio de Gineco obstetricia **Edad:**40 **sexo:** femenino
fecha: 30/03/23 **hora:** 6:55 hrs

Anamnesis: Paciente puérpera mediata post cesareada, cursa con
cefalea intensa desde hace 1 día. Cefalea se intensifica al
levantarse y disminuye al recortarse.

Diagnostico presuntivo:

- Post operada cesareada
- Cefalea post punción

Motivo de interconsulta: Solicita evaluación y sugerencia.

SERVICIO DE INTERCONSULTADO

Evaluación: Paciente puérpera mediata post cesárea en ABEG, REN, REH, refiere cefalea occipito-frontal a la deambulaci3n, visi3n borrosa, refiere leve dolor en zona de punción,

Respiraci3n: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen blando depresible ruidos hidroaéreos presentes, herida operatoria cubierta con gasas. Locomotor: moviliza extremidades. Neurol3gico: LOTEPE no signos neurol3gicos si de focalizaci3n.

Diagn3stico:

- Post cesárea emergencia
- Puérpera mediata
- Cefálea CAD
- d/c cefálea post punción Lumbar

Indicaciones / recomendaciones:

- Reposo absoluto
- Hidrataci3n adecuada (3 lt en 24 h)
- Naproxeno S3dico 275 mg c/8h
- Revaluaci3n a solicitud

3.2.8. EXÁMENES DE LABORATORIO

SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA

Fecha.: 27/03/23

Tabla 5

Examen de inmunología RPR

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
Inmunología			
RPR			
Rpr	No reactivo		
Tipo de muestra:			
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:38:57			

Fuente: Historia clínica

Tabla 6

Examen de inmunología HIV

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
HIV (PRUEBA RÁPIDA)			
Hiv (prueba rápida)	No reactivo		
Tipo de muestra:			
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:38:57			

Fuente: Historia clínica

Tabla 7

Examen de inmunología Hepatitis B

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
HEPATITIS B – ANTÍGENO S			
Hepatitis b – antgeno s	No reactivo		
Tipo de muestra:			
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:38:57			

Fuente: Historia clínica

Fecha y Hr. Serv.: 27/03/23 07:31:00

Fecha y Hr. Imp.:

27/03/23 08:41:43

Servicio: EMERG-GINECOLOGÍA

Tabla 8

Hematología

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
Hematología				
TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA				
T. DE COAGULACIÓN	6'30''			
T. DE SANGRÍA	2'00''			
Tipo de muestra:				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:41:40				

Fuente: Historia clínica

Tabla 9

Hemograma

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO				
HEMATOCRITO	38.60	%	33.00 – 45.00	
HEMOGLOBINA	12.80	G /dL	11.00 – 15.00	
HEMATÍES	4.05	(10*6 / uL)	4.00 – 5.50	
MCV	95.10	fL	80.00 – 96.00	
MCH	31.60	Pg	27.00 – 32.00	
MCHC	33.30	G / dL	32.00 – 36.00	
RDW-SD	58.80	fL	37.00 – 57.00	*
RDW-CV	16.60		11.50 – 14.50	*
MPV	10.00	fL	6.90 – 10.60	
LEUCOCITOS	5.85	(10*3 / uL)	5.00 – 10.00	

Neutrófilos	3.69	(10*3 / uL)	2.00 – 7.50	
Eosinófilos	0.08	(10*3 / uL)	0.00 – 0.50	*
Basófilos	0.03	(10*3 / uL)	0,00 – 10,00	*
Monocitos	0.33	(10*3 / uL)	0.00 – 0.80	
Linfocitos	1.72	(10*3 / uL)	1.50 – 3.50	*
IMG	0.03	(10*3 / uL)	0.00 – 0.20	
Neutrófilos %	63.10	%	40.00 – 45.00	*
Eosinófilos %	1.40	%	0.00 – 5.00	
Basófilos %	0.50	%	0.00 – 1.70	
Monocitos %	5.60	%	0.00 – 10.00	
Linfocitos %	29.40	%	15.00 – 35.00	
IMG %	0.50	%	0.00 – 0.20	
NRBC	0.00	(10*3 / uL)		
NRBC %	0.00	%		
PLAQUETAS	296.00	(10*3 / uL)		
Tipo de muestra:				
Fecha y horario de validación: 27/03/23 08:41:40				

Fuente: Historia clínica

Tabla 10

Grupo sanguíneo y factor RH

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
GRUPO SANGUÍNEO				
Grupo sanguíneo	O			
FACTOR RH				
Factor RH	POSITIVO			
Tipo de muestra:				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:41:40				

Fuente: Historia clínica

Fecha y Hr. Serv.: 27/03/23 07:31:00

Fecha y Hr. Imp.:

27/03/23 08:55:12

Servicio: EMERG-GINECOLOGÍA

Tabla 11

Examen de bilirrubina total

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
BILIRRUBINA TOTAL				
Bilirrubina total	0.30	Mg / dl	0.00 – 1.20	
Bilirrubina indirecta	0.2			
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 12

Examen de bilirrubina directa

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
BILIRRUBINA DIRECTA				
Bilirrubina DIRECTA	0.10	Mg / dl	0.00 – 0.20	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 13*Examen de creatinina*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
CREATININA				
CREATININA	0.66	Mg / dl	0.30 – 1.10	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 14*Examen de glucosa*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
GLUCOSA				
Glucosa	74.1	Mg / dl	70.0 – 99.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 15*Examen de LDH*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
LDH				
Deshidrogenasa láctica (LDH)	164.4	U / L	240.0 – 480.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 16*Examen de Trans. Pirúvica*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
TRANS. PIRÚVICA /TGP)				
Transaminasa TGP	9.1	U / L	0.0 – 33.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 17*Examen de Trans. Oxalacética*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
TRANS. OXALACÉTICA (TGO)				
Transaminasa TGO	13.8	U / L	0.0 – 33.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 08:55:10				

Fuente: Historia clínica

Tabla 18*Examen completo de orina*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
Microbiología				
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
Examen físico				
COLOR	AMARILLO CLARO			

ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO			
EXAMEN QUÍMICO				
REACCIÓN (PH)	6.5	5.0 – 7.0		
DENSIDAD	NEGATIVO	negativo		
NITRITOS	NEGATIVO	negativo		
GLUCOSA	NEGATIVO	negativo		*
CETONAS	NEGATIVO	negativo		*
PROTEINAS	NEGATIVO	negativo		
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	negativo		
BILIRRUBINA	NEGATIVO	negativo		
UROBILINOGENO	NEGATIVO	negativo		*
AC. ASCÓRBICO	NEGATIVO	negativo		*
EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO				
LEUCOCITOS	02	/hpf manos de 5/hpf		*
HEMATÍES	01	/hpf menos de 5/hpf		
BACTERIAS	1 (+)	/hpf ausentes		*
CEL. EPITELIALES ESCAMOSAS	03	/hpf 1 – 2 /tpf		
OTROS	FILAMENTO MUCOIDE +	No se observan		
TIPO DE MUESTRA				
Fecha y hora de validación: 27/03/23 9:45:59				

Fuente: Historia clínica

Tabla 19*Hemoglobina*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
Hematología				
HEMOGLOBINA				
HEMOGLOBINA	11.70	G / dL	11.00 – 15.00	
Tipo de muestra:				
Fecha y hora de validación: 28/03/23 05:50:45				

Fuente: Historia clínica

Tabla 20*Hematología***Fecha y Hr. Serv.:** 29/03/23 14:40:00 **Fecha y Hr. Imp.:** 29/03/23

14:55:40

Servicio: HOSP-GINECOLOGÍA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
HEMOGRAMA AUTORIZADO				
HEMATOCRITO	29,60	%	33.00 – 45.00	* ↓
HEMOGLOBINA	9,90	G /dL	11.00 – 15.00	* ↓
HEMATÍES	3.12	(10*6 / uL)	4.00 – 5.50	* ↓
MCV	94.90	fL	80.00 – 96.00	
MCH	31.80	Pg	27.00 – 32.00	
MCHC	33.60	G / dL	32.00 – 36.00	
RDW-SD	59.10	fL	37.00 – 57.00	* ↑
RDW-CV	16.80		11.50 – 14.50	* ↑
MPV	9.10	fL	6.90 – 10.60	
LEUCOCITOS	8.98	(10*3 / uL)	5.00 – 10.00	
Neutrófilos	7.25	(10*3 / uL)	2.00 – 7.50	
Eosinófilos	0.08	(10*3 / uL)	0.00 – 0.50	*
Basófilos	0.02	(10*3 / uL)	0,00 – 10,00	*

Monocitos	0.29	(10*3 / uL)	0.00 – 0.80	
Linfocitos	1.34	(10*3 / uL)	1.50 – 3.50	* ↓
IMG	0.05	(10*3 / uL)	0.00 – 0.20	
Neutrófilos %	80.70	%	40.00 – 45.00	* ↑
Eosinófilos %	0.90	%	0.00 – 5.00	
Basófilos %	0.20	%	0.00 – 1.70	
Monocitos %	3.20	%	0.00 – 10.00	
Linfocitos %	15.00	%	15.00 – 35.00	
IMG %	0.60	%	0.00 – 0.20	
NRBC	0.00	(10*3 / uL)		
NRBC %	0.00	%		

Fuente: Historia clínica

Fecha y Hr. Serv.: 29/03/23 14:40:00 **Fecha y Hr. Imp.:** 29/03/23
14:55:40 **Servicio:** HOSP-GINECOLOGÍA **Tomador de m:** Heidy Salas

Tabla 21

Plaquetas

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
Hematología				
PLAQUETAS				
PLAQUETAS	243.00	(10*3 / UI)	150.00 – 400.00	
Tipo de muestra:				
Fecha y hora de validación: 29/03/23				

Fuente: Historia clínica

Tabla 22*Bioquímica*

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA	
Bioquímica				
Trans. Pirúvica (TGP)				
TRANSAMINASA TGP	8.7	U / L	0.0 – 33.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de validación: 29/03/23 15:40:06 Validó: GUIDO MACHACA MAMANI				
TRANS. OXALACETICA (TGO)				
TRANSAMINASA TGO	17.9	U / L	0.0 – 33.0	
Tipo de muestra: SUERO				
Fecha y hora de Validación: 29/03/23 15:40:06				

Fuente: Historia clínica

3.2.9. ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS**CONSULTORIO**

02/02/23

SituaciónPresentaciónPosición(SPP): LCI

LCF: 140/minuto

Biometría Fetal (BF): DBP: 90 mm HC: 34 mm AC: 28 LF: 50mm

Ponderado fetal: 2000 gr.

Placenta: Fúndica Grado: II/III

Índice de Líquido Amniótico (ILA): adecuado

Conclusión: Gestante de 33.6 ss

EMERGENCIA

27/03/2023

Motivo: disminución de movimientos fetales

Situación Presentación Presentación (SPP): LCI

LCF: 131/minuto

Biometría Fetal (BF): DBP: 36 ss1d, HC: 35ss 1d, AC: 35ss, LF: 35ss

Ponderado fetal: 2565 +/- 336 gr.

Placenta: Corpórea anterior Grado: III/III

Índice de Líquido Amniótico (ILA): 3.5 cc

Conclusión:

- Gestación única de 35 ss 3d por BF
- Oligoamnios severo

3.2.10. INFORMES CARDIOTOCOGRÁFICOS

CONSULTORIO

06/03/2025

16:25 hrs

EGxECO: 35 ss, AU: 31 cm, Tiempo de ayuno: 1 hora

Prueba de Bienestar Fetal

Tiempo del monitoreo: 20 minutos, Inicio 16:25 hrs Término: 16:45 hrs.

Exámenes realizados: NST

Puntaje total: 9/10

Conclusiones: Feto activo reactivo

CONSULTORIO

16/03/2023

8:31 hrs

EGxECO: 36 ss, AU: 30 cm, Tiempo de ayuno: 1 hora

Prueba de Bienestar Fetal

Tiempo del monitoreo: 20 minutos, Inicio 8:31 hrs Término: 8:51 hrs.

Exámenes realizados: NST

Puntaje total: 9/10

Conclusiones: Feto activo reactivo

EMERGENCIA

27/03/2023:

EGxFUM: 38 ss, AU: 32 cm, Tiempo de ayuno: 6 horas

Prueba de Bienestar Fetal

Tiempo del monitoreo: 20 minutos, Inicio 8:31 hrs Término: 8:51 hrs.

Exámenes realizados: Test No Estresante (NST)

Puntaje total: 8/10

Conclusiones: Feto activo reactivo

HOSPITALIZACIÓN

11:50 hrs.

EGxFUM: 39 2/7 ss, EGxECO: 35 3/7 ss AU: 32 cm, Tiempo de ayuno:

Prueba de Bienestar Fetal

Tiempo del monitoreo: 20 minutos, Inicio 11:53 hrs Término: 12:13 hrs.

Exámenes realizados: NST

Puntaje total: 10/10

Conclusiones: Feto activo hipoactivo

12:21 hrs.

Medicación previa: Oxitocina

Prueba de Bienestar Fetal

Tiempo del monitoreo: 20 minutos, Inicio 11:53 hrs Término: 12:13 hrs.

Exámenes realizados: Test Estresante(TS)

Puntaje total:

Conclusiones: No reactivo

Tabla 23*Atenciones prenatales*

Atenciones prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4
Fecha y hora de atención	25/1	10/2	24/2	6/3
Edad gestacional (semanas)	30	33	35	35
Peso materno (kg)	76	77.100	77.400	80
Temperatura (°C)	36.1	36.9	36.5	36.8
Presión arterial (mmHg)	115/71	102/60	110/70	110/68
Pulso materno (por min.)	78	75	73	98
Altura uterina (cm.)	29	31	30	30
Situación (L/T/NA)	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	I	I	I	I
F.C.F. (por minuto/NA)	144	142	152	158
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)	++	++	++	++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE	SE	+
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	+	++	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	F	F	F	F
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	30	30	15	30
Indic. Calcio	30	30	15	30
Indic. Ac. Fólico	NA	NA	NA	NA
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	PF	Nut.	Nut.	SA-LME
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	29 6/7	NA	NA	NA
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	NA	NA	NA	NA
Cita (a/m/d)	8/2	24/2	6/3	21/3
Visita domicil. (si/no/NA)	NO	NO	NO	NO
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	25/1			NO
Estab. De atención	CSSA	CSSA	CSSA	HRM
Responsable atención				
N° formato SIS				

Fuente: Historia clínica

3.2.11. Epicrisis

Filiación: Paciente mujer de 40 años, con seguro integral de salud, con fecha y hora de ingreso el 27/36/2023 a las 06:15 hrs, fecha y hora de alta el 31/03/2023 a las 16:00 hrs.

Resumen Anamnesis: Acude al servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua, refiere que desde hace aproximadamente 2 horas no percibe movimientos fetales, dolor lumbar, cefalea y tinnitus.

Examen clínico: Al examen: ABEG, ABEH, LOTEP, mamas con secreción calostrual escasa, abdomen globuloso, altura uterina 30 cm, frecuencia cardiaca fetal 131 lpm, sin dinámica uterina, movimientos fetales +/+++ , genitales sin particularidades, al tacto vaginal: dilatación:0, Borramiento: 0, altura de presentación: flotante, membranas ovulares: no evidenciables, miembros inferiores edema sin edema, reflejos osteotendinosos (ROT) normales.

Diagnóstico de ingreso:

- Multigesta de 39 2/7 semanas por FUM
- Hipertensión gestacional, D/C preeclampsia
- Edad Materna Avanzada(EMA)
- ARO
- Oligohidramnios severo

Exámenes auxiliares: Hemograma, hematocrito, perfil de coagulación, examen de orina, COVID-19, Inmunológicas, bilirrubina, creatinina, glucosa, ecografía abdominal, NST, NT,

Tratamiento: Control de funciones vitales cada 2 horas con énfasis en presión arterial, balance hídrico, cesárea segmentada.

Evolución: favorable.

Diagnóstico final: Puérpera mediata de parto por cesárea por estado fetal no tranquilizador.

Condiciones del Alta: buena

3.2.12. Información del recién nacido

Fecha de nacimiento: 27/03/2023

Hora: 18:07 hrs.

Sexo: Masculino

Peso: 2575 gr.

Talla: 45 cm

Perímetro cefálico: 34 cm

Perímetro torácico: 32.5 cm

Edad por examen físico: 39 semanas

Apgar al minuto: 9

Apgar a los 5 minutos: 9

Examen físico: normal

Alojamiento conjunto: si

Contacto piel a piel: si

Lactancia materna exclusiva. Si

EGRESO

Fecha: 31/03/2023

Estado: Sano

Peso: 2473 gr.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente informe trata de un caso clínico de diagnóstico de oligohidramnios severo presentado en una gestante de 40 años de edad con edad gestacional de 39 2/7 semanas por FUM, fórmula obstétrica de G₅P₃₀₁₃; 4 controles prenatales (CPN) siendo el primer CPN a las 30 semanas de gestación; quien acude al servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua a las 6:15 hrs. Manifestando que desde las 5:00 am no percibe movimientos fetales, además de presentar dolor lumbar, escotomas y tinnitus. La evaluación general determina, dentro de los aspectos relevantes a tener en consideración para el caso, que la gestante presenta una presión arterial de 141/55 mmhg. y movimientos fetales +/+++ Se realiza ecografía obstétrica de emergencia identificando: un feto con peso ponderado de 2565 +/- 336 gr., edad gestacional de 35 ss 3d por biometría fetal y un ILA de 3.5 cc. Se realiza evaluación cardiotocográfica NST obteniéndose un puntaje 8/10 concluyendo que es un feto activo reactivo. Se decide internamiento con el diagnóstico de: Gestación única de 35 ss 3 d por BF y oligoamnios severo.

El plan de trabajo propuesto es: Hospitalización, control de funciones vitales, control de presión arterial cada 2 horas, se solicita exámenes auxiliares

En relación al manejo en el servicio de emergencia; se debe resaltar que la gestante es considerada de riesgo por la paridad y ante la posible patología, el hecho de que haya iniciado sus CPN en el III trimestre es un factor que pone en riesgo no solo la salud de la madre sino también la del feto ya que, como se plantea en la teoría según el tratado de Ginecología de Williams (19), el oligohidramnios tendrá diversos protocolos de manejo en salvaguarda de la salud de la madre, dependiendo de la edad gestacional en la que se identifique. Si se identifica antes de las 26

semanas se sospechará de su origen a causa de malformaciones congénitas y su indicación será interrumpir el embarazo, en caso no fuera este el origen se planteará la hidratación con evaluaciones ecográficas cada 72 horas; si el volumen de LA se normaliza entonces se determinará la continuación de la gestación. Si se identifica entre las 27 y 34 semanas se indicará hospitalización y valoración genética; en caso el origen no sea por malformación congénita y si con tratamientos cede el oligohidramnios se procederá a continuar con la gestación procurando la maduración pulmonar (según la edad gestacional) en caso persista el oligohidramnios interrumpir el embarazo. Si su identificación se da en edad gestacional mayor a 34 semanas la indicación será hospitalización, hidratación, NST y PB; si presenta un ILA normal se decidirá por seguimiento, si el ILA tiene valores entre 5 a 7 se procederá a la inducción finalmente si el ILA tiene valores menores a 5 se procederá a terminar el embarazo. Finalmente debemos detallar que existen complicaciones que pueden poner en riesgo la salud del feto como ser los movimientos fetales restringidos que según sea la edad gestacional de aparición puede generar anomalías musculoesqueléticas y deformidades faciales, en casos de mayor gravedad se puede generar una hipoplasia pulmonar; en el caso de presentarse en el tercer trimestre el riesgo será la compresión del cordón umbilical cuyo mal manejo podría desencadenar una posterior muerte fetal/neonatal (23).

En el presente caso se puede apreciar que el reporte ecográfico, realizado en el servicio de emergencia el 27/03/2023, determino que se tenía un ILA de 3.5 por lo que se diagnosticó un Oligohidramnios severo; al respecto debemos resaltar que según los estudios de Zilberman N et. al (10) el oligohidramnios se clasifica en leve si el ILA es de 4.1 a 5, moderado de 2.1 a 4 y grave de 0 a 2; lo que denotaría que el Diagnóstico fue erróneo pues según la clasificación antes mencionada se debería haber tipificado como un oligohidramnios moderado sin embargo, este error no es relevante ya que el manejo clínico es el mismo en los 3 casos. Debemos señalar que

la gestante sujeto de estudio tuvo una primera ecografía realizada el 02/02/23 en la que se determinó que el líquido amniótico fue adecuado emitiendo como conclusión: gestante de 33.6 semanas.

En relación a la cardiotocografía realizada en emergencia se realizó el NST por un periodo de 20 minutos obteniéndose un puntaje de 8/10 con una conclusión final de Feto activo reactivo; cabe señalar que la gestante estuvo sometida con anterioridad a esta prueba realizada en 2 oportunidades el 02/02/2023 a las 8:31 hrs y a las 16:25 hrs obteniéndose, en ambos casos, un puntaje de 9/10 y un reporte final de Feto activo reactivo. Al respecto es necesario señalar que una de las pruebas ideales para determinar la reserva fetal es el test no estresante (NST) ya que dentro de sus bondades esta el ser de fácil acceso, económica y de fácil manejo para el profesional; una prueba de alta especificidad y valor predictivo negativo (24).

Respecto a los exámenes de laboratorios solicitados por el servicio de emergencia fueron: Prueba antigénica COVID-19 con resultado “no reactivo”, Examen completo de orina cuyos resultados fueron normales, tiempo de coagulación y sangría con valores normales, hemograma automatizado cuyos resultados identificaron un incremento en los valores de neutrófilos (63.10% VN: 40-45%), grupo sanguíneo y factor RH con resultados O “+”, Bilirrubina total y directa, creatinina, y glucosa con resultados normales; Deshidrogenasa láctica (LDH) cuyo valor fue de 164.4 U/L valor menor al rango de lo normal que fluctúa entre 240 – 480 U/L; Transaminasa pirúvica y oxalacética cuyos valores fueron normales y finalmente pruebas Inmunológicas como RPR, HIV, Hepatitis B con resultados no reactivos.

En relación al incremento del valor de los neutrófilos debemos detallar que la teoría denota que su incremento sugiere las posibles infecciones ya sean bacterianas, fúngicas o parasitarias lo que podría sugerirnos una

posible Ruptura prematura de membranas (RPM) (25). Cabe señalar que en este caso la gestante negó pérdida de líquido y ante la evaluación física no se evidenció pérdida alguna; sin embargo, debido a los escasos CPN que tuvo la paciente no podríamos descartar una RPM alta. En relación a los valores disminuidos de LDH la literatura indica que suelen ser poco comunes y que su presencia no es un problema para la salud ya que podría ser causado por el incremento de las vitaminas C y E; sin embargo existen estudios como el de Talita B, Primarintan N, y Primarintan T. que determinaron que existe relación entre los valores de LDH y la preeclampsia (26).

En relación al diagnóstico de ingreso “Hipertensión gestacional, D/C preeclampsia” se debe detallar que el ingreso se dio con una PA de 141/55 mm Hg a esto agregar que la gestante manifestaba escotomas y tinnitus; el manejo propuesto fue de control de PA cada 2 horas y el uso de Nifedipino de 10 mg condicionado a una PA \geq 160/110 mm Hg. Al respecto la literatura señala que la Hipertensión inducida por el embarazo es una de las principales patologías que pueden causar complicaciones materna y fetales; su manejo se da con la intención de prevenir enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares en la madre sin poner en riesgo la vida del feto. Sin embargo, es necesario tener en claro que la recomendación actual es que solo se debe iniciar tratamiento hipertensivo en los casos en que la mujer presente hipertensión grave (PA sistólica: \geq 160 mmHg y PA diastólica \geq 105 mmHg) (27), en el presente caso la gestante tuvo un monitoreo permanente de la PA y estas fluctuaron entre 135/60 y 138/82 mmHg.

En relación al manejo que se realizó en hospitalización en este caso, fue el adecuado ya que al tener algunos valores de laboratorio que generaban sospecha de infección y una posible interacción de los sucesos con una Hipertensión inducida por el embarazo; teniendo un embarazo de

39 semanas por FUM y de 35 semanas por ecografía del tercer trimestre es que se decidió concluir el embarazo por vía alta recomendación sugerida en el libro de Ginecología de Williams (19); emitiéndose un reporte operatorio en el que se indica cesárea segmentada con diagnóstico preoperatorio : Gestante de 38 ss RCIU, oligohidramnios severo y estado fetal no tranquilizante. Concluyendo la cesárea el diagnóstico pos operatorio fue el mismo.

En cuanto al Recién nacido si bien es cierto el Diagnóstico preoperatorio no fue muy alentador, se obtuvo un producto cuyo peso fue de 2575 gr. De sexo masculino con apgar 9 al minuto y a los 5 minutos, el reporte pos operatorio indicó que encontraron escaso líquido amniótico claro. El RN terminó en alojamiento conjunto, contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y fue dado de alta a los cuatro días con diagnóstico de niño sano y un peso de 2475 gr. Al respecto debemos señalar que los exámenes cardiotocográficos desarrollados en hospitalización fueron: NST con puntaje 10/10 feto activo hipoactivo y un TS con resultado No reactivo, cabe señalar que en esta evaluación no se registraron los puntajes. El monitoreo fetal en contracción uterina debe ir acompañado del análisis de gases en sangre del cordón umbilical, lo que ayudaría a prevenir la hipoxia Por lo antes mencionado es necesario finalizar el embarazo ya que pone en riesgo la salud del feto. Otro diagnostico ofrecido con respecto al RN fue de RCIU; al respecto debemos señalar que la RCIU es una patología multicausal y de manejo complejo que incrementa el riesgo de morbimortalidad perinatal, para su diagnóstico son utilizados los parámetros de altura uterina (por debajo del percentil 10) y el peso estimado (por debajo de los 2500 gr.) con el objetivo de una detección pertinente a fin de reducir la morbimortalidad fetal mediante una intervención planificada y oportuna (29). En el presente caso los valores de la altura uterina se encontraron por encima del percentil 10 y el peso ponderado se encontró en el límite inferior del intervalo de normalidad.

Finalmente debemos señalar que al analizar la epicrisis en el alta se aprecia a una gestante que acudió con temor de pérdida de su bebé primer hijo de su segunda relación con un cuadro de elevación de presión arterial que lindaba con la hipertensión inducida por el embarazo, oportunamente diagnosticado y monitorizado, el manejo intrahospitalario fue oportuno y el reporte post operatorio evidenció la presencia de escasa cantidad de líquido amniótico; sin embargo se obtuvo un producto en buenas condiciones.

CONCLUSIONES

- Mediante el presente caso se pudo determinar que los exámenes de laboratorio, la evaluación ecográfica del Índice del Líquido Amniótico y el uso del Cardiotocógrafo son herramientas de apoyo fundamentales que nos ayudan a determinar la presencia del oligohidramnios y prevenir la morbimortalidad fetal por acidosis metabólica.
- El manejo clínico del oligohidramnios fue adecuado ya que luego de obtener los resultados del NST, TS, laboratorios y ecografía se tomó la determinación de concluir con un embarazo que se encontraba a término obteniendo un RN en buenas condiciones.
- La evaluación clínica, ecográfica, cardiotocográfica y de laboratorio permitió realizar un diagnóstico oportuno y un adecuado manejo clínico de la gestante y su recién nacido.

RECOMENDACIONES

- Al director de la institución recomendar la promoción de la permanente capacitación de médicos y obstetras en el manejo del ecógrafo y el cardiotocógrafo con la finalidad de lograr diagnósticos certeros y oportunos.
- Al personal de salud recomendar mejorar el flujo de atención a fin de evitar complicaciones materno fetales por pérdida de tiempo en traslados y toma de decisiones.
- A los obstetras recomendar la permanente capacitación y especialización en el manejo clínico de estas y otras patologías mediante el uso y adecuada interpretación de resultados de ecográfica, cardiotocográfica y de laboratorio para un diagnóstico oportuno y un adecuado manejo clínico de la gestante y su recién nacido.
- Al personal de salud, establecer flujogramas que permitan agilizar el manejo de casos como este.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. IMAPE; 2018.
2. Figueroa L, McClure EM, Swanson J, Nathan R, Garces AL, Moore JL, et al. Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. *Reprod Health*. 2020;17(1):19.
3. Cotera-Abat GT, Correa-Lopez LE, Arango-Ochante PM. Factores asociados a repercusiones perinatales desfavorables en gestantes con oligohidramnios en el Hospital de Vitarte, periodo 2016 – 2019. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2021;10(01):19-26.
4. Romero C, Peña M, Gutiérrez N, González E, Álvarez . Y. Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. *Rev Cienc Med Pinar Rio*. 2009;268-77.
5. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
6. Nazario-Redondo C, Ventura-Laveriano J, Flores-Molina É, Ventura W. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo: actualización. *An Fac Med*. 2011;72(3):211-5.
7. Bakhsh H, Alenizy H, Alenazi S, Alnasser S, Alanazi N, Alsowinea M, et al. Amniotic fluid disorders and the effects on prenatal outcome: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):75.
8. Keilman C, Shanks AL. Oligohydramnios. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562326/>
9. Gomez R, Salvador Z. Reproducción Asistida ORG. 2020 [citado 21 de agosto de 2023]. Oligohidramnios: causas, diagnóstico y tratamiento en el embarazo. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/oligohidramnios/>
10. Zilberman N, Pekar-Zlotin M, Kugler N, Accart Z, Nimrodi M, Melcer Y, et al. Oligohydramnios: how severe is severe? *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2022;35(25):5754-60.
11. Ardila-Villa F, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Mejia-Montilla J,

Reyna-Villasmil N, Fernández-Ramírez A, et al. Oligohidramnios aislado y resultante neonatal en embarazos a término. *Av En Biomed.* 2017;6(2):113-9.

12. Dalal N, Malhotra A. Perinatal outcome in cases of severe oligohydramnios. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2019;8(4):1538-41.
13. Sante-Farfan G, Silva-Rado E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna 2013-2015. *Rev Acta médica peruana.* 2016;33(2):165-6.
14. Brazalete AR. Physiology of amniotic fluid volume regulation. *Clin Obstet Gynecol.* 1997;40(2):280-9.
15. Peipert JF, Donnerfeld AE. Oligohydramnios: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46(6):325-39.
16. Huri M, Di Tommaso M, Seravalli V. Amniotic Fluid Disorders: From Prenatal Management to Neonatal Outcomes. *Children.* 2023;10(3):561.
17. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON). Actualización en obstetricia y ginecología. Vol. Volumen 1. España: MMXIV Editorial Océano; 2015.
18. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 8 de agosto de 2023]. Oligohidramnios - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>
19. Hoffman BL. Williams Ginecología [Internet]. Cuarta Edición. Mac Craw Hill; 2020 [citado 12 de julio de 2024]. Disponible en: <https://librosmedicos.pe/producto/williams-ginecologia/>
20. Reproducción Asistida ORG [Internet]. 2018 [citado 24 de agosto de 2023]. El líquido amniótico: ¿qué es y para qué sirve en el embarazo? Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/liquido-amniotico/>
21. inatal - El embarazo semana a semana [Internet]. [citado 24 de agosto de 2023]. Oligoamnios - Enciclopedia. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/118-oligoamnios.html>
22. Médica AD en U. Valor predictivo del índice de líquido amniótico - [Internet]. 2017 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://diplomadomedico.com/valor-predictivo-del-indice-liquido->

amniotico/

23. Iyer S, Norwitz E. Oligohydramnios. Definitions [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2024]; Disponible en: <https://consensus.app/papers/oligohydramnios-iyer/12c90d9f23845413952c50e464ae6eb0/>
24. Choudhary P, Bhati B, Bishnoi S. Role of non stress test in monitoring antenatal fetal well being in high risk pregnancy. *Indian J Obstet Gynecol Res.* 2020;7:201-6.
25. Chistyakova O, Gureeva L, Radkov O. Clinical Significance of Oligohydramnios in Patients with Preterm Premature Rupture of Membranes. *Acta Biomed Sci* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2024]; Disponible en: <https://consensus.app/papers/significance-oligohydramnios-patients-preterm-chistyakova/6d5b464555ff56e7b600c2175d60c33b/>
26. Talita B, Primarintan N, Primarintan TN. Exploring The Relationship Between Lactate Dehydrogenase Levels, Leukocyte Counts, Low Birth Weight, and The Severity of Preeclampsia in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study at Saiful Anwar Hospital Malang (July 2021 to June 2022). *Asian J Health Res* [Internet]. 2023 [citado 12 de julio de 2024]; Disponible en: <https://consensus.app/papers/exploring-relationship-between-lactate-dehydrogenase-talita/f687b757f3cf56c18e21543bfb4a846f/>
27. Reddy S, Jim B. Hypertension and Pregnancy: Management and Future Risks. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2019;26 2:137-45.
28. Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(6):493-502.

ANEXOS

Anexo 1: Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA BREVE - SERVICIO DE EMERGENCIA		N° HCL: 102033	
PRIORITY		DESTINO: NO COVID	
IDENTIFICACION: N°: 41398121 SEXO: F EDAD: 40 Año(s) TIPO DE SEGURO: SIS L. NACIMIENTO: Moquegua - Mariscal Nieto - Moquegua N° DE SEGURO: F. NACIMIENTO: 13/06/1982 GR. INSTRUCC: Secundaria Completa OCUPACION: Ama de casa ESTADO CIVIL: Soltero RESP TRIAJE: ELIAS COLQUE KENNY Coleg. 61206 RELIGION: L. PROCEDENCIA: Moquegua - Mariscal Nieto - Moquegua CELULAR: 951103979 DOMICILIO: 12 DE DICIEMBRE E-7 SAN ANTONIO ACOMPAÑANTE: --- 986596		FECHA: 27/03/2023 06:15 HORA DE TRIAJE: 06:15:38 HORA DE ATENCION:	
SIGNOS VITALES: P/A: 143 / 95 mmHg FC: 77 x min. FR: 20 x min. Saturación: 97 % T°: 36.50°C			
OBSERVACIONES: 1.1 ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente refiere que hace aprox 2h presenta disminución de movimientos fetales, refiere prurito cefálico, tosida.			
1.2 MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA:			
1.3 ANTECEDENTES: ADM: 25/06/2022 -> 39 3/4 G5 P3012 WP 3.200 Parto vaginal que se fue hospitalizado.			
II. EXAMEN FISICO: TEMP: 36.39 PULSO: 77 P/A: 141/55 PESO: 79 TALLA: 1.52 Sp O2: 97% AV 30 SPP: LCJ LCF 131x1 DU: (-) Mov. Fet. r/n.			
TV: D.O B.O AP: Rt MO: NE			
Pelvis Ginecoide.			
III. DIAGNOSTICO:			
DESCRIPCIÓN:		CIE-10:	
1. Multigesta de 39 3/4 FUM/ NLP. 2. Hipertensión Gestacional 1°/c Pre-eclampsia. 3. EMA 4. ARO 5: Oligozemia Severa am.			
V. PLAN DE TRABAJO:			
1. Se hospitaliza en Ubitel. 2. DD de LAV 3. CEU 1/h 4. Cct de PA c/2h.		1. 2 Polimer 24h 2. 1/2 Perfil de Serum. 3. 4 NJT 4. 14 Ecg de CLT 5. 1 chat UCI Aten.	
VI. TERAPEUTICA Y CONTROL:			
1. Cloruro de Na 9% 100cc > 30, +x1 2. Nifedipina 10mg 1hb PPA a PA > 160/110			
Firma y sello del Médico tratante			
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA Dra. Rosalinda Ruyera Vásquez JEFE SERVICIO GINECO - OBSTETRICIA C.M.P. 65759 - R.N.E. 32350			

EXAMEN CLINICO

Examen General

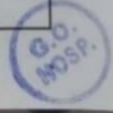
FUNCIONES VITALES	FC: 77 r'	TA: 141/51	FR: 20 x'	T°: 36.3
	Peso: 39	Altura: 1.52	IMC: 16.5	SO: 02
2-ASPECTO GENERAL	Estado de conciencia: alerta			
	Actitud: alerta			
	Decúbito: supino			
	Marcha: alterada			
	Facies: alterada			
3-EXAMEN REGIONAL	Piel: tibia al tacto, Unas: Capales 2.2 mm, rosas, sin cambios			
4-SOMA(Osteomioarticular):	Dol 4/4			

Examen Segmentario

1-Cabeza y cuello:	① Mucosa nasal, faringea, laringea normal, sin signos de inflamación ni obstrucción
2-Ap. Respiratorio:	② Murmullo vesicular normal en B.O., sin ruidos adventivos, crepitantes, roncales, ni sibilancias
3-Mamas.	③ Mamas sin lesiones, sin secreción, sin masas ni tenderness
4-Ap. Cardiovascular:	④ RC, ruidos normales, sin ruidos extra, ni murmullos soporales
5-Abdomen:	⑤ Utero grande 21x30cm IZ ICF 130x' D.O (-) Bd no aumentada, RUOUI, sin tenderness
6-Ap. Genitourinario:	⑥ Glandulas anales, sin lesiones, sin secreción, sin tenderness
7-Sistema Nervioso:	⑦ DO BO, reflejos normales
8- Sistema Osteo Muscular	⑧ Fuerza y tono muscular normales
9- Sistema Linfático	⑨ No se palpó adenopatías
10- Diagnóstico Inicial	⑩ Estado de 39 años con F.O.
11- Diagnóstico Definitivo	⑪ Hipertensión arterial, D.C. Pericardio, diagnóstico de base

CIE-10
259

APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRES:
Servicio: 60	N° de cama 313-A	Edad: 40 años
Tipo de Seguro / N° 515-02-41398125	Sexo: F	Grupo y Factor 0 R H 4)





Dirección Regional de Salud Moquegua



H.R.M. - G.C.
EMERGENCIA

ECOGRAFIA OBSTETRICA

NOMBRE: _____ EDAD: 40
MOTIVO: diminución de movimiento fetal H.CL: 102033

GESTACIÓN MAYOR DE 12 SEMANAS

FETO : único
SITUACIÓN : L PRESENTACIÓN: C POSICIÓN: I
L.C.F. : 131x
BIOMETRÍA : DBP 36.5 mm. Para _____ Semanas
HC 35.4 mm. Para _____ Semanas
AC 25 mm. Para _____ Semanas
LF 28 mm. Para _____ Semanas
Ponderado Fetal: 2565 g. 336 Gramos:
PLACENTA Ubicación Cepal. Anter.
Grado III/IV
LÍQUIDO AMNIOTICO: ILA: 35
Pozo Máximo: _____

OBSERVACIONES: _____

GESTACIÓN MENOR DE 12 SEMANAS

EMBRIÓN: _____ LATIDOS: _____
SACO GESTACIONAL: _____ mm. Para _____ Semanas
LONGITUD CRANEO- NALGAS: _____ mm. Para _____ Semanas
TROFOBLASTO: _____
LIQUIDO OVULAR: _____
OBSERVACIONES: _____

CONCLUSIÓN: Gestación única 35s-3d x BT
Oligosomios. Severo.

FECHA: 27/03/2023

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
Dra. Rocelena Rivera Vásquez
JEFE DE TO. GINECO - OBSTETRICA
C.M. 45750 - Paje 22250
FIRMA: _____

11 MARZO - 2023

CONSULTORIO EXTERNO

Historia Clínica Materno Perinatal

24.281

No. HC: 162033

Establecimiento: H. R. M.

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____

Establ. Origen: Sau Antonio No Aplica Hospitalización SIN SI
 DNI (I.E.) N°: 4113191721 Tipo Seguro: ESSALUD ESSALUD PRIVADO PRIVADO Código Afiliación SIS: 2602-413191721

Dirección: Ayacucho s/n Ocupación: Amo de Casa Edad: 40 años < 15 15 - 35 > 35

Localidad: Sau Antonio Cod. Sector: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados: _____

Departamento: Moravia Provincia: Moravia Estado Civil: Casado Casado Viudo Soltero Otro Padre RN: Miguel Cristóbal

Distrito: Cochin Bamba Religión: Achéntico Teléfono: 986746301 Correo electrónico: _____ Casado: _____ Viudo: _____ Soltero: _____ Otro: _____ Teléfono: 913320984

Fecha Nacimiento: 13-6-82 DNI: 43012282

Antecedentes Obstétricos

Gestas: <u>04</u>	Abortos: <u>01</u>	Vaginales: <u>03</u>	Nacidos vivos: <u>03</u>	Viven: <u>03</u>
0 + 3				
< 2500 g				
Múltiple				
< 37 sem.				

Partos: 03 Cesáreas: 01 Nacidos muertos: 00 Muerto - 1ra semana: 00 Después - 1ra semana: 00

RN de mayor peso: 3200 g

Gestación Anterior

Fecha: 30/10/2006 Per: Si No No

Terminación: Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto mular No Aplica

Si fue aborto: Incompleto Completo Fructo / Retenido Sápido No Aplica

Lactancia Materna: no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar del Parto: EESS Domi

Captada: Si No Referida a Ag. Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Alergias Enf. Hipertens. Epilepsia Enfem. Congénitas Emb. Múltiple

Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplasia TBC Pulmonar Otros: _____

Antecedentes Personales

Ninguna Aborto habitual / recurrente Alcoholismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv. - uterina Diabetes

Eclampsia **Otras Drogas** **Enfem. Congénitas** **Parto prolong.** **Enfem. Infecciosas** **Preeclampsia** **Epilepsia** **Prematuridad** **Hemorra. Postparto** **Reten. placenta** **Hipertensión Arterial** **Tabaco** **Coca** **TBC Pulmonar** **Infertilidad** **Trastorn. mentales** **Neoplasias** **VH/SIDA** **Otros:** _____

Peso y Talla

Peso Habitual: 618 Kg

Talla: 150 cm

IMC: 29.9

Antitética

N° Dosis Previa: 0 Dosis: _____ Sin dosis: No Aplica:

1ra: _____ 2da: _____ mes de gestación: _____

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Rh (+) Sin Desc. Rh (-) Sin Desc.

Fuma

N° Cigarrillos: 0

Drogas

Si No

Fecha Última de Menstruación

FUM: 25/6/22 Duda: Si No

E.G. (Ecografía): 08 Sem. Fecha: 01/9/22 No Aplica:

Fecha Probable de Parto: 05/04/23 X2023

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: 16/3/23 Diagnóstico: 604.37.55m - S/E Preeclampsia HC RPA

CIE 10: _____

Violencia/género

Ficha Tamizaje Si No

Violencia Si No

Fecha: 25/01/23

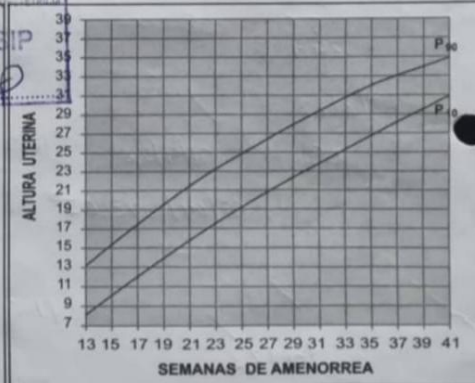
Exámenes de Laboratorio

Examen	Hg (%)	No se hizo	Fecha	IFU Western Blot	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<u>11.5</u>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	HTLV 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina 2:	<u>12.5</u>	<input type="checkbox"/>	<u>16/3/23</u>	TORCH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemogl. al Alta:	<u>12.8</u>	<input type="checkbox"/>	<u>27/03/23</u>	Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<u>27/03/23</u>	Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<u>27/03/23</u>	Ex. Comp. Orina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u> / 16-3-23
Glicemia 1:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	Leucocituria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>29/10/23</u>
Glicemia 2:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>16/3/23</u>	Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tolerancia Glucosa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>27/03/23</u>	Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<u>27/03/23</u>	Ex. BK en Espuito:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VDRL/RPR 1:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>16/3/23</u>	Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VDRL/RPR 2:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>27/03/23</u>	TAMIZAJE HEPATITIS B:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/01/23</u> / 16-3-23
Prueba Rap. SIFIS:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	PAP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	NAA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	Colposcopia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VBPrueba Rápida 1:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>25/1/23</u>	Sars/ Covid:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>16/3/23</u>
VBPrueba Rápida 2:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>16/3/23</u>	Clamidia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<u>27/03/23</u>	Herpes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CONSULTA
EXTERNA

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh:mm)	25/01	10/02	24/02	03/23	11 :	11 :	11 :	11 :	11 :
Edad Gest. (semanas)	30	33	35	35 w					
Peso madre (Kg)	76	77 ¹⁰⁰	77 ⁴⁰⁰	80 ⁰⁰					
Temperatura (°C)	36,1	36,9	36,5	36,8					
Presión arter. (mm Hg)	115/77	102/60	110/70	110/68					
Pulso materno (por min.)	78	75	73	98					
Altura Uterina (cm)	29	31	30	32					
Situación (L/T/NA)	L	L	L	L					
Presentación (C/P/NA)	C	C	C	C					
Posición (D/I/NA)	I	I	I	I					
F.C.F. (por min./NA)	144x	142x	152x	138					
Mov. fetal (+/++/+++/SM/NA)	++	++	++	++					
Proteínuria Cualitativa (+/++/+++/NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH					
Edema (+/++/+++/SE)	SE	SE	SE	+					
Reflejo Ostotendinoso (0/+/++/++)	+	++	++	++					
Examen de Papan (Formado/No Form/Sin Exam)	F	F	F	F					
Indic. Ferrita/Fólico (mayor o igual a 18 sem)	30	30	15	30					
Indic. Calcio	30	30	15	30					
Indic. Ac. Fólico	NA	NA	NA	NA					
Orient. Consej. (PF/TS/Int/Im/VH/BC/No se hizo/NA)	PF	Int	Int	SA-LPE					
EG de Eco. Control (Siem/No se hizo/NA)	29/01			NA					
Perfil Biofísico (4, 8, 8, 10 de 18NSH/NA)				NO					
Cita (a/m/d)	8/2	24/2	03/23	21/3/23					
Visita domicil. (si/No/NA)				NO					
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)	25/01			NO					
Estab. de la atención	CSSA	CSSA	CSSA	HRM					
Responsable atención	Recheo Lup	Ses CFVA	Marly 8211	Dr. Pineda					
Nro. Formato SIS				2 ^o					

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda U = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

1. *opc RPP, Pedempriz 4C* Sin patologías Fecha: *18/03/22*

2. _____

3. _____

Otras patologías (CIE 10)

1: _____

2: _____

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

PSICOPROFAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

HCMPT: Atención Prenatal Aborto Parto Producto de la concepción: Hijo Único Embarazo Múltiple Orden 4 Aborto

Ingreso al establecimiento por parto: Fecha y Hora: 16/03/2013 13:05

REFERENCIA AL INGRESO: Si No FREQ. RESP. 39 SITUACIÓN: Longitudinal Transversaria POSICIÓN: Derecha Izquierda TAMAÑO FETAL ACORDE: No Sí INICIO: Espontáneo Inducido DILATACIÓN: 10 MEMBRANAS: Rotas Líquido AMNIÓTICO: Claro Verde Claro Verde Oscuro

PULSO MATERNO: 71 PESO: 39700 Kg PRESENTACIÓN: Cefálica Pélvica ALTURA UTERINA: 31 cm F.C.P.: 134 FECHA RUPTURA: 27/02/2013 18:07

Signos y Síntomas de Alerta: Anasarca Cianosis Escotomas Epigastralgia Dolor hipocóndr. der. Hematuria Hipot. ortostática Ictericia Petequias Proteinuria

Terminación: Fecha: 22/03/2013 18:07

TERMINACIÓN: P. Espontáneo Forceps vacuum Cesárea electiva Cesárea emerg. POSIC. GESTANTE: Horizontal Vertical No Aplica PARTO GRAMA: Sí No PARTO CON GRAMA ACOMPAÑANTE: Sí No MUERTE INTRAUTERINA: Normal Prolongado Precipitado No Aplica DURACIÓN: No hubo Durante embarazo Durante parto Momento desconocido EPISIOTOMIA: Sí No No Aplica DESGARROS: No hubo GRADO I GRADO II GRADO III No Aplica ALUMBRAMIENTO: Activo Manual PLACENTA: Completa Incompleta Retenida LIGADURA CORDON: Precz Temprana Tardía

Indicación Principal Parto Operatorio: OUGOHIDRAMNICO

Atención: NIVEL: FONP FONB FONE FONI Domiciliado Otro PARTO NEONATO: Médico Residente Médico Obstetra Interno Enfermera Téc. de Enfermería Estudiante Embric o partera Familiar Otro Responsable de la atención del Parto: MED. ANDERSONA (Firma y sello) Responsable de la atención del Neonato: NEO GARCIA (Firma y sello)

Recién Nacido: SEXO: Femenino Masculino Indeterminado Peso: 3579 g P. Cef: 34.0 cm Temp: 36.4 C Talla: 45.10 cm P. Torax: 32.9

Edad por Ex Físico: 39 años APGAR: 4-6 0-3

Examen Físico: Normal Anormal Necrosis No No Aplica

Exámenes de Laboratorio: S. Lútica: RN VDRL/RPR Evolución RN: Deposiciones Meconiales Amarillo Sin Meconio Ictericia Precz Sin No

Vacunación RN: BCG Hepatitis B

Reanimación Respiratoria: No Bolsa y Máscara Oxígeno Reanim. Avanz.

Medicación En reanim. RN: Sí No

Vitamina K: Sí No Profilaxis Ocular: Sí No Ctri. Puerperio Inmediato: Sí No

Egreso RN: Fecha: 21/03/2013 13:05 Egreso: Sano Sang. Patología Trastado Faltaca No Aplica Dx. Fallecim.: Dx. Traslado: Establ. Trasl.: Alimento Al Alta: LME Artificial Mido No Aplica Peso: 2473 CUI Seguro

Reingreso RN: Fecha: / / Diagnóst: Fecha egreso: / / Egreso: Sano Patología Trastado Faltaca No Aplica Dx. Fallecim.: Dx. Traslado: Establ. Trasl.: Fecha: 30/03/2013 Control RN: Sí No

Egreso Materno: Fecha: 31/03/2013 13:00 Egreso: Sano Sang. Patología Trastado Faltaca No Aplica Dx. Fallecim.: Dx. Traslado: Establ. Trasl.: Anticonceptivos: Aludran Pirendina Condi DIU Ligadura Túbula MELA Inyectables Progester Otros Anticonv. sintomáticos Slti OTC/Clon Ninguno Otro

Reingreso Materno: Fecha: / / Diagnóst: Fecha egreso: / / Egreso: Sano Patología Trastado Faltaca No Aplica Dx. Fallecim.: Dx. Traslado: Establ. Trasl.: Fecha: / / Control: Sí No

Horas de postparto o aborto: 15 30 45 1H 1.15 1.30 1.45 2H

Temperatura: 36.36 36.36 36.36 36.36 36.36 36.36

Pulso (latidos/minuto): 79 78 79 79 79 74 72 72

Pres. Arterial máxima (mm Hg): 113 113 113 113 113 113 113 113

Involución uterina: 12 12 12 12 12 12 12 12

Caract. Loquaz (disparado, leve, Moderado, Severo): L L L L L L L L

Hierda oper. (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z): A A A A A A A A

Observaciones: DIGITADO SIP

Tamizaje Neonatal: TSH: Sí No Fenilalanina: Sí No Glicemia: Sí No Bilirrubina: Sí No Metabolitos: Sí No

Observaciones: X Rodríguez

LAILLA RODRIGUEZ GUTIERREZ

