

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

**REPORTE DE CASO CLÍNICO
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y RESULTADO
PERINATAL ADVERSO**



**PRESENTADO POR
JENIFER LISBETH DE LA CRUZ PUENTE**

**ASESOR
JORGE LUIS BASAURI QUIROZ**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2025



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

REPORTE DE CASO CLÍNICO

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y RESULTADO PERINATAL

ADVERSO

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO

RIESGO OBSTÉTRICO

PRESENTADO POR:

JENIFER LISBETH DE LA CRUZ PUENTE

ASESOR:

DR. JORGE LUIS BASAURI QUIROZ

LIMA, PERÚ

2025

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y RESULTADO PERINATAL
ADVERSO**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

Dr. Jorge Luis Basauri Quiroz

Miembros del jurado:

Presidente: Mg. M.C. Jose Orestes Torres Solis

Vocal: Mg. Obst. Lilia Jarama Caysahuana Vda. de Espinoza

Secretario: Mg. Obst. Katty Leticia Salcedo Suárez

DEDICATORIA

A quien es luz en mi existencia, mi Hija Damaris, y mi familia, por siempre alentarme a seguir superándome profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

A cada uno de los profesores de la Unidad de Posgrado de la USMP, por toda la dedicación y sus conocimientos y experiencias impartidos durante los estudios realizados.

Un Agradecimiento especial a mi Asesor de la presente, el Dr. Jorge Luis Basauri Quiroz, al brindarme su dedicación, orientación y profesionalismo para conducir mi trabajo académico de la mejor manera posible.

REPORTE TURNITIN

Jenifer Lisbeth De La Cruz Puente

Alto riesgo obstétrico y resultado perinatal adverso.docx

DEPÓSITO 2025
DEPÓSITO 2025
Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega
tracid:29427-443213696

Fecha de entrega
27 mar 2025, 6:21 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
27 mar 2025, 9:37 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
Alto riesgo obstétrico y resultado perinatal adverso.docx

Tamaño de archivo
4.8 MB

50 Páginas
7373 Palabras
45.476 Caracteres

 **USMP**
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

Dra. Victoria del Consuelo Aliaga Bravo
Directora de la Unidad de Posgrado

 Página 1 of 60 - Parafas

Identificador de la entrega (tracid):29427-443213696

 Página 2 of 60 - Integrity Overview

Identificador de la entrega (tracid):29427-443213696

20% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Small Matches (less than 10 words)

Top Sources

10%  Internet resources
1%  Publications
1%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review
No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for your review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we recommend you focus your attention there for further review.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	11
III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	27
V. CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
VI. ANEXOS.....	41

RESUMEN

El objetivo de presentar este caso clínico es ilustrar la importancia de un monitoreo fetal riguroso en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas (RPM), especialmente en contextos de alto riesgo obstétrico, para prevenir complicaciones graves como la muerte fetal. Se describe el caso de una gestante de 33 años de edad, quien acudió al servicio de Emergencia de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de Segundigesta nulípara de 37 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre, en Pródromos de Labor de Parto (PLP) y Ruptura Prematura de Membranas (RPM) de 01 hora, sin antecedentes de importancia. Considerando el alto riesgo obstétrico (ARO), se le solicitó las dos pruebas de bienestar fetal básicas, como son una ecografía obstétrica cuyo reporte fue normal y el Monitoreo Electrónico Fetal (MEF) que resultó alterado, obteniéndose como consecuencia un óbito fetal, siendo el parto por cesárea. Conclusión: La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) requiere un monitoreo fetal riguroso, ya que puede comprometer el bienestar fetal, requiriendo intervención inmediata, si ésta no es oportuna puede tener resultados fatales llegando incluso hasta la muerte fetal.

Palabras claves: Muerte perinatal, bradicardia, cesárea, óbito fetal.

ABSTRACT

The objective of presenting this clinical case is to illustrate the importance of rigorous fetal monitoring in pregnant women with premature rupture of membranes (PROM), especially in high obstetric risk settings, to prevent serious complications such as fetal death. We describe the case of a 33-year-old pregnant woman who attended the Gynecology-Obstetrics Emergency Service with a diagnosis of nulliparous second digestion at 37 weeks of gestation by first trimester ultrasound, in Prodromal Labor (PLL) and premature rupture of membranes (PROM) of 01 hour, with no significant history. Considering the high obstetric risk (ARO), the two basic fetal well-being tests were requested, such as an obstetric ultrasound, whose report was normal, and Electronic Fetal Monitoring (EFM), which was altered, resulting in a fetal death, with delivery by cesarean section. Conclusion: Premature rupture of membranes (PROM) requires rigorous fetal monitoring, since it can compromise fetal well-being, requiring immediate intervention; if this is not timely, it can have fatal results, even leading to fetal death.

Key words: Perinatal death, bradycardia, cesarean section, fetal death.

I. INTRODUCCIÓN

El alto riesgo obstétrico se define como la probabilidad aumentada de enfermedad o mortalidad para la madre y el niño antes, durante o después del parto, en comparación con la norma. Por lo tanto, todos los embarazos conllevan ciertos riesgos, pero los embarazos de alto riesgo presentan un mayor peligro para el binomio materno-fetal. En estos casos, existe una mayor probabilidad de que tanto la madre como el producto de la gestación y/o el neonato enfermen, fallezcan o sufran secuelas antes o después del parto¹.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países en vías de desarrollo, una gestante enfrenta un riesgo de mortalidad entre 100 y 200 veces mayor que una mujer en una nación desarrollada. Además, diversos factores tanto sociodemográficos como obstétricos influyen en la incidencia de la mortalidad materna. Estos incluyen la edad, la etnia, el estado civil, nivel educativo, el número de embarazos, etapa de la gestación, el lugar y asistencia durante el parto, acceso a servicios de salud y su utilización, entre otros^{1,2}.

Los factores de riesgo para la Rotura Prematura de Membranas (RPM) incluyen: antecedente de RPM, ello triplica el riesgo de RPM para la siguiente gestación, comparativamente con las gestantes que no lo posean. Infecciones del tracto genital intrauterino, en particular se relaciona con el hallazgo de clamidia y

gonorrea, siendo un factor muy común. La hemorragia antes del parto en el primer trimestre gestacional, lo que incrementa el riesgo de RPM en tres a siete veces. Las anomalías cervicales pre-gestacionales: ejemplo la insuficiencia cervical. Los procedimientos invasivos tales como la Amniocentesis (complicaciones en el 1% de los procedimientos con RPM); la cirugía fetal, la fetoscopia, la toma de sangre de las venas umbilicales percutáneas, siendo las dos primeras las que poseen mayor riesgo de RPM, se relaciona con el tiempo de la cirugía y/o procedimiento. Las fumadoras, poseen dos a cuatro veces mayor riesgo en comparación con las no fumadoras. Otros tales como el trauma agudo, las gestaciones múltiples y polihidramnios.

El diagnóstico de RPM se realiza mediante la historia clínica y la observación de salida de líquido amniótico, con una confirmación del 90% mediante especuloscopia. En casos dudosos, pueden necesitarse pruebas adicionales³.

El manejo inicial de la Rotura Prematura de Membranas (RPM), cuando exista una gestante que refiera pérdida de líquido amniótico, o indique que se le “rompió la fuente” antes de tiempo, debemos considerar ejecutar 3 acciones que se deben realizar prontamente^{3,4}: elaboración de una historia clínica completa, determinando la edad gestacional, presentación fetal y el estado del bienestar fetal. Seguidamente, debemos evaluar la presencia de algún signo de infección intrauterina, así como el riesgo de desprendimiento de placenta y por ende, el compromiso fetal. Cuando se considere un manejo expectante, debiera obtenerse un cultivo para estreptococos del grupo B (GBS). Realizar el monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, así como de la actividad uterina, que permitirá la

identificación precoz de trazos anormales en la frecuencia cardíaca fetal y valorar las contracciones.

El manejo de la RPM depende de la madurez fetal. Se puede optar por manejo activo (inducción del parto) o expectante (vigilancia hospitalaria), contraindicando este último en ciertas situaciones. En embarazos a término, se recomienda inducir el parto para evitar complicaciones.

Los recién nacidos prematuros tienen riesgo de complicaciones respiratorias y de termorregulación, pero el manejo activo puede reducir el riesgo de infecciones. Cuando existan casos de RPM entre las 24 y 34 semanas, se pueden considerar intervenciones como antibióticos y corticoesteroides para prolongar el embarazo.

La RPM antes de las 24 semanas presenta desafíos adicionales debido a la inviabilidad fetal, requiriendo discusión detallada sobre las opciones de manejo y sus implicaciones para la madre y el feto. Las complicaciones asociadas con la prematurez, incluyen trastornos como la enterocolitis necrotizante, el síndrome de membrana hialina, la hemorragia intraventricular, la sepsis y riesgo de muerte⁴.

El alto riesgo obstétrico presenta un desafío significativo para la salud pública, como indican las altas tasas de morbilidad perinatal, que, según informes nacionales, alcanzan niveles alarmantes del 45%. Se ha observado un aumento del 20 al 30% en la incidencia de embarazos de alto riesgo. A lo largo de la historia, se han introducido pruebas que respaldan el diagnóstico clínico y pueden detectar

precozmente otros riesgos asociados con el embarazo, el parto y el posparto. Uno de los métodos más comúnmente usados es el Monitoreo Electrónico Fetal (MEF)⁵.

El MEF es una técnica utilizada para evaluar el bienestar fetal mediante la observación de la actividad cardíaca, acorde a la respuesta de los movimientos fetales, así como de las contracciones uterinas^{5,6}. Desde el inicio de su uso en el año 1970, el registro electrónico de los latidos cardíacos fetales (LCF) se ha convertido en el método de evaluación fetal intraparto más utilizado en todo el mundo. Sin embargo, aunque este examen diagnóstico es ampliamente utilizado, no puede considerarse como el método ideal para la evaluación fetal intraparto⁶. La ventaja real del monitoreo electrónico en comparación con la auscultación intermitente de los latidos cardíacos fetales es muy estrecha y ampliamente debatida. Aunque el monitoreo denota un nivel de sensibilidad aceptable (84%), su especificidad en la predicción de la hipoxia fetal intraparto es limitada (40-50%)^{5,6}.

En otras palabras, cuando un registro fetal sugiere bienestar, nos brinda cierto nivel de tranquilidad aceptable. Sin embargo, en casi la mitad de los casos catalogados como "sospechosos", el feto aún puede estar experimentando una situación respiratoria y metabólica normal. Este método permite detectar fetos con niveles de acidemia y se ha relacionado con una disminución en las convulsiones neonatales tempranas y una reducción en la mortalidad fetal intraparto^{4,7}.

El siguiente caso clínico trata de una gestante a término en alto riesgo obstétrico con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) en pródromos de labor de parto (PLP), a quien le solicitaron las dos pruebas de bienestar fetal

básicas como son la ecografía obstétrica y el monitoreo electrónico fetal. Dicha paciente acudió por emergencia de Gineco-Obstetricia siendo luego hospitalizada. La conclusión de la ecografía obstétrica fue normal, no así el test estresante (CST) y el monitoreo fetal intraparto (MIP), teniendo como resultado final un óbito fetal a través de un parto por cesárea de emergencia.

Artica⁴, 2024, Perú, realizó una investigación en el Hospital “Manuel Angel Higa Arakaki” en Satipo, para determinar las complicaciones materno y fetales en una gestante por causa de ruptura prematura de membranas. Se trató de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, acorde a los datos de una revisión de una historia clínica. Se detalló desde el momento de ingreso, sus antecedentes personales y obstétricos, presencia de exámenes clínicos, resultados auxiliares, diagnóstico, manejo especializado y su traslado a un hospital de mayor complejidad. Además, se compararon con los antecedentes bibliográficos relacionados con el caso. El caso clínico fue de una paciente de 21 años diagnosticada como gestante de 35 semanas, según una ecografía del primer trimestre, con amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas de aproximadamente 5 horas, presentación transversa izquierda y tabique vaginal. Tras la evaluación, se decidió realizar una cesárea, donde se evidenció oligohidramnios severo, feto en posición transversa y riesgo de prolapso del cordón. Durante la cirugía, se evidenció presencia de miomas uterinos, la paciente tuvo hipotonía uterina y shock hipovolémico, lo que conllevó a muerte materna. Se concluyó que la atención médica no fue oportunamente intervenida, lo que podría haber evitado la mortalidad materna.

Neyra⁵, 2023, Perú, realizó un estudio a fin de identificar los hallazgos tococardiográficos del test no estresante en gestantes con rotura prematura de membranas en el Hospital de Ventanilla - Callao, enero 2021- junio 2022. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo retrospectivo y observacional, con un diseño descriptivo y corte transversal. La muestra fue de 82 gestantes con ruptura prematura de membranas, a quienes se les aplicó el test no estresante. Se observó que la mayoría de las participantes se encontraba en el rango de edad de 19 a 34 años (59.8%), y el 64.6% estaba en una unión estable. En cuanto a la edad gestacional, el 97.6% se encontraba a término (entre 37 y 42 semanas) y el 53.7% eran multíparas. La rotura prematura de membranas fue menor de 24 horas en la gran mayoría de casos, y el 74.4% de las pacientes tuvo un parto vaginal. Los resultados del test no estresante mostraron una reactividad del 89%, y el 92.7% de los neonatos presentó un puntaje de Apgar entre 7 y 10 al minuto. Se concluyó que la tococardiografía demostró ser eficaz.

Chávez et al.⁶, 2022, Ecuador, realizaron una investigación en un hospital de tercer nivel en Cuenca, Ecuador, en 2020, con 412 mujeres embarazadas a término, con y sin riesgo obstétrico. Se empleó un formulario validado por expertos para recopilar datos, y se analizaron con SPSS 25, utilizando medidas estadísticas estándar. Se evaluó la capacidad predictiva del MEF para el bienestar fetal, encontrando que, en mujeres con alto riesgo obstétrico, su sensibilidad alcanzó 30%, el valor predictivo positivo alcanzó 5%, y la especificidad fue del 80.94%, con un valor predictivo negativo de 94.93%. Sin embargo, el MEF mostró una capacidad pronóstica limitada y no significativa para predecir el compromiso del bienestar fetal, con un valor de área bajo la curva (AUC) de 0.5537. Concluyeron que, el MEF presenta

una baja sensibilidad en detectar el compromiso del bienestar fetal en gestaciones de mayor riesgo, y su aplicación en gestantes de riesgo bajo debe ser evaluada cuidadosamente, considerando los posibles riesgos y beneficios por su aplicación.

Narea et al.⁷, 2020, Ecuador, realizaron una pesquisa para asociar las complicaciones maternas y neonatales con la ruptura prematura de membrana, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil, entre mayo a diciembre del 2019. Fue una investigación cuantitativa y diseño observacional, descriptiva, corte transversal y prospectiva. Se determinó que la rotura prematura de membranas ocurre en el 25% de gestantes, mientras que el parto pretérmino se presentó en el 10% de los casos, relacionándose directamente con la prematuridad. Los principales factores de riesgo identificados son: La edad, insuficiente número de controles prenatales, presencia de antecedentes patológicos y falta de uso de métodos de planificación familiar.

Minaya⁸, 2019, Perú, realizó una investigación mediante la revisión de un caso clínico para analizar si existió vigilancia materno-fetal, así como manejo adecuado de la rotura prematura de membranas y de los factores asociados. Se llevó a cabo un estudio observacional, clínico y documental. Se trató de un caso clínico de una paciente referenciada desde ESSALUD II - ILO, con diagnóstico de gestación de 30 semanas y ruptura prematura de membranas, hacia ESSALUD Carlos Alberto Seguí Escobedo. Se observó que la gestante fue trasladada oportunamente y recibió un manejo adecuado, incluyendo tratamiento antibiótico y tratamiento para la madurez pulmonar. Sin embargo, la gestante tuvo controles prenatales en forma particular y no fue diagnosticada ni tratada por cuadro de anemia, sin contar con su

carnet de control, por lo que se le identificó tardíamente la pérdida de líquido amniótico transvaginal. Se concluyó que el manejo de la paciente fue expectante, y siguió las pautas consignadas en la guía práctica de atención acorde a la capacidad resolutoria.

Barrionuevo⁹, 2018, Ecuador, ejecutó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en las pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, entre noviembre 2017 y febrero 2018. Fue un estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal con enfoque mixto, que incluyó a 17 gestantes a quienes se les aplicó una guía de entrevista estructurada. Se observó que el 52.94% de las mujeres tenía más de 26 años, estaban casadas y tenían un nivel de estudios secundarios. El principal factor clínico fue la presencia de infecciones de vías urinarias y cérvico-vaginales en la gestación. Sobre los factores obstétricos, se destacan los escasos controles obstétricos y el oligohidramnios. Los datos mostraron la ausencia de factores como ser víctima de violencia familiar, consumo de sustancias tóxicas, automedicación, relaciones sexuales en los últimos 15 días del embarazo, la realización de tacto vaginal y/o amniocentesis en las horas previas a la presentación de la condición estudiada, así como embarazo múltiple, antecedentes personales de ruptura prematura de membranas, incompetencia del cérvix y polihidramnios. Se concluyó que se identificaron diversos factores de riesgo en las pacientes analizadas.

Mamani¹⁰, 2015, Perú, realizó un estudio para determinar la relación entre las anomalías más comunes en el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal en mujeres con rotura prematura de membranas y su impacto en los recién nacidos, en el

Servicio de Obstetricia del Hospital Pichanaki entre julio y diciembre de 2014. Este estudio tuvo un enfoque observacional, retrospectivo y transversal con un diseño correlacional. Se analizaron los registros de 35 gestantes con rotura prematura de membranas que dieron a luz en el hospital. Se encontró que las características maternas, como la edad y el nivel educativo, estaban relacionadas con el método de parto, con las mujeres más jóvenes y con niveles educativos más bajos teniendo más partos vaginales, mientras que aquellas con niveles educativos más altos tenían más cesáreas. Además, las primíparas y nulíparas tenían más partos vaginales, mientras que las secundíparas y tercíparas tenían más cesáreas. La mayoría de las mujeres tuvieron más de 4 controles prenatales. Se observó que las pruebas de bienestar fetal fueron más dudosas o no reactivas en las mujeres con cesáreas que en aquellas con partos vaginales. También se encontraron diferencias en el líquido amniótico entre los dos grupos, con líquido meconial fluido asociado con sufrimiento fetal agudo en los partos vaginales y líquido meconial espeso en las cesáreas. Los resultados del Apgar estuvieron relacionados con las evaluaciones del monitoreo electrónico fetal, mostrando una correlación fuerte entre las anomalías en la frecuencia cardíaca fetal y el nivel de Apgar del recién nacido.

Perin et al.¹¹, 2014, España, realizaron un estudio para estudiar cómo se está manejando y desarrollando la bradicardia fetal en nueve centros médicos en España. Se analizaron retrospectivamente los casos de fetos diagnosticados con bradicardia en estos centros entre enero de 2008 y septiembre de 2010. Se usaron ecocardiografías para entender los mecanismos detrás de esta condición. Se encontraron 37 casos, incluyendo bradicardia sinusal, extrasístoles auriculares no

conducidas y bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado. La presencia de bradicardia sinusal fue asociada con patologías graves, mientras que las extrasístoles auriculares no conducidas tuvieron un buen pronóstico, aunque en un caso se desarrolló taquicardia después del nacimiento. Entre los casos de bloqueo AV de alto grado, algunos estaban relacionados con cardiopatías congénitas, anticuerpos maternos y otros tenían causas desconocidas. La mortalidad de los bloqueos AV fue del 20%, con factores de riesgo como cardiopatías congénitas y problemas como la hidropesía fetal. El tratamiento varió entre los centros, pero los corticoides se administraron en muchos casos. Después de 18 meses, se colocaron marcapasos en la mayoría de los casos de bloqueo AV de alto grado. Concluyeron que, la bradicardia fetal debe ser siempre examinada y minuciosamente, incluso si es sinusal. Las extrasístoles auriculares no conducidas tienen un pronóstico favorable, aunque pueden causar taquicardia. El bloqueo AV fetal sigue siendo una preocupación importante con su tratamiento siendo objeto de debate.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 Historia clínica

Motivo de Ingreso

03/01/2024; 21.51 h

Anamnesis:

Paciente gestante de 33 años de edad, ocupación ama de casa, estado civil conviviente, grado de instrucción superior no universitaria e incompleta, segundigesta nulípara con 37 semanas de gestación por ecografía del 1er trimestre con 06 controles prenatales (CPN) en su Centro de Salud, primer control pre natal a las 20 semanas de gestación.

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos y reacción adversa a medicamentos; Antecedentes Gineco-obstétricos G2 P0010 FUR: 10/04/2023, FPP: 18/01/2024, Edad Gestacional: 37 semanas por ecografía del 1er trimestre (ecografía: 6.3ss del 31.05.23); con gestación anterior hace 10 años (aborto completo espontáneo), con un IMC: 26.3, peso habitual de 56 kg y una talla de 1.54m; ganancia de peso ponderal gestacional: 8 Kg.

Relato: Paciente ingresa al hospital por tópicico de emergencia de gineco obstetricia refiere pérdida de líquido transvaginal desde hace aproximadamente 40 minutos.

EXAMEN FÍSICO: 03/01/2024

- Presión Arterial: 120/70mmHg; Frecuencia Cardíaca: 74; Frecuencia Respiratoria: 20; Temperatura: 36.9°C; Saturación de Oxígeno: 99%; Peso: 66 kg; Talla: 1.54m
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 seg.
- Abdómen: Dolor abdominal en hemiabdomen inferior
- Tacto Vaginal: Cérvix dehiscente dos dedos; I: 70%, AP: -3; Membranas: Rotas con líquido amniótico claro. Altura uterina: 31 cm; Latidos Cardíacos Fetales: 134 x min; Dinámica Uterina: 3/10/10/++

DIAGNÓSTICO: 03/01/2024

- 1) Gestante de 37sem 3días, por Ecografía del I Trimestre.
- 2) Ruptura prematura de membranas de 1 hora.
- 3) Pródromos de trabajo de parto.

PLAN: 03/01/2024

Se solicita: exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica, test no estresante - NST, test estresante - CST, reevaluación con resultados.

EXÁMENES AUXILIARES: 03/01/2024

Informe de Ecografía Obstétrica: 03/01/2024; 22.40 h

Feto único, Longitudinal cefálico derecho, Frecuencia Cardíaca Fetal: 134 Latidos por minuto; Ponderado fetal: 2,719 grs. Biometría fetal: DBP: 91.4mm; CC: 312.4mm; CA: 317.6 mm; LF: 67.9mm. Líquido amniótico adecuado PM:30 mm: Placenta: Anterior Alta (III/III). Cordón umbilical: 2A/1V. Conclusión: Gestación única activa de 35 sem. 5 días x Biometría Fetal; Ponderado fetal en percentil adecuado.

EXÁMENES DE LABORATORIO: 03/01/2024; 23:38 hr

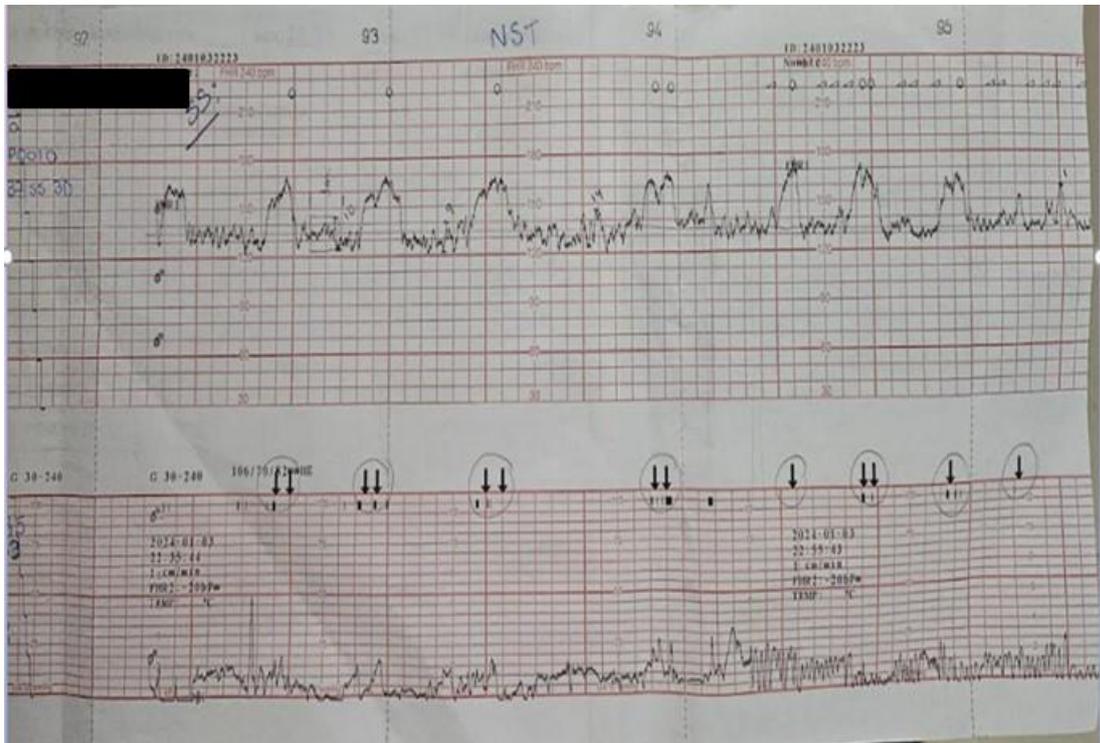
- Hemograma completo:
 - Hb: 11.7 g/dl, Hto: 34.1%
 - Leucocitos 6470 x mm³; Abastionados: 0%; Neutrófilos: 75%; Linfocitos 19%; Monocitos 5%; Eosinófilos 1%; Basófilos: 0%
- Grupo Sanguíneo: "O" Rh (+)
- HIV: No reactivo, RPR: No reactivo
- Perfil de coagulación:
 - Tiempo de Protrombina (TP): 11.7 seg.
 - INR: 0.86
 - Tiempo parcial de Tromboplastina: 33.8 seg.
 - Fibrinógeno: 5.49 g/l
 - Tiempo de Sangría: 1.50"
 - Tiempo de coagulación: 6.00"

04/01/2024; 02:34 h.

Luego de 6 hrs aprox. paciente es reevaluada con NST y CST, la misma que refiere contracciones frecuentes y de mayor intensidad.

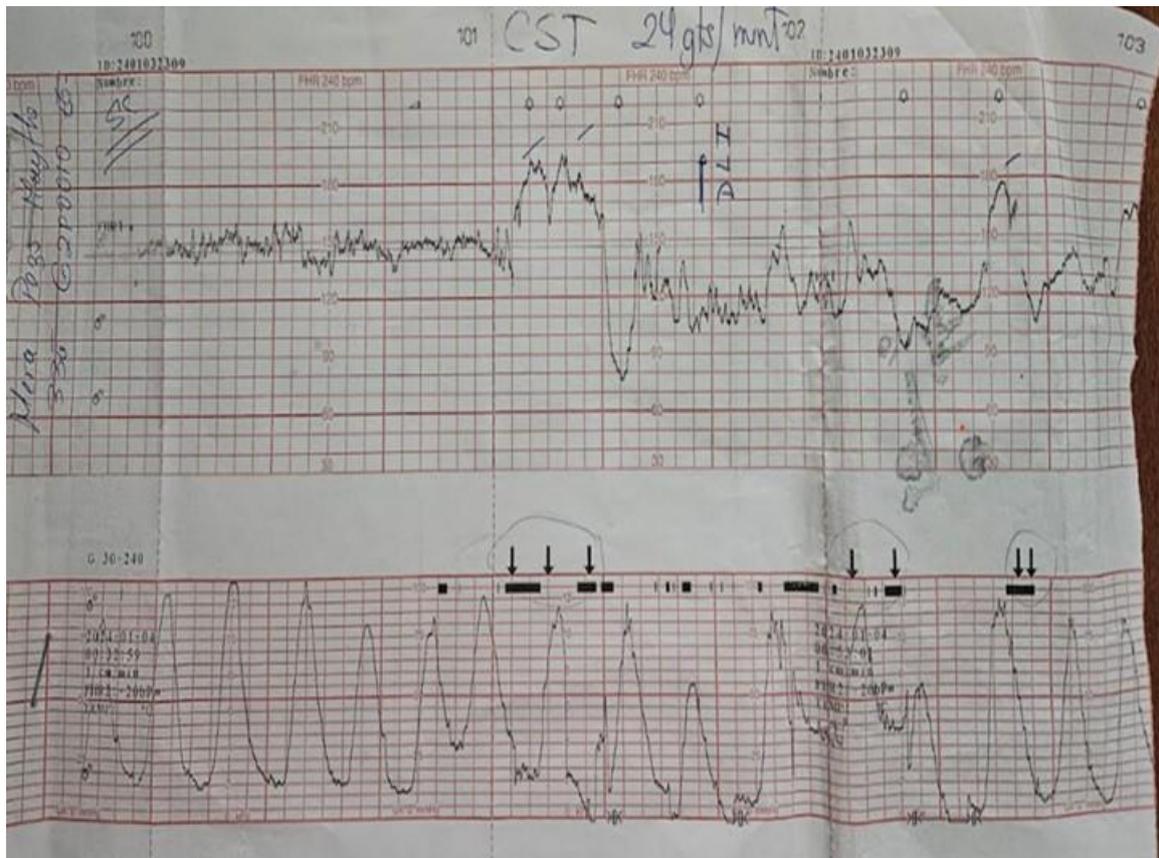
Reportes de Tococardiografía:

Test No estresante (NST) del 03/01/23 . Figura 9.1



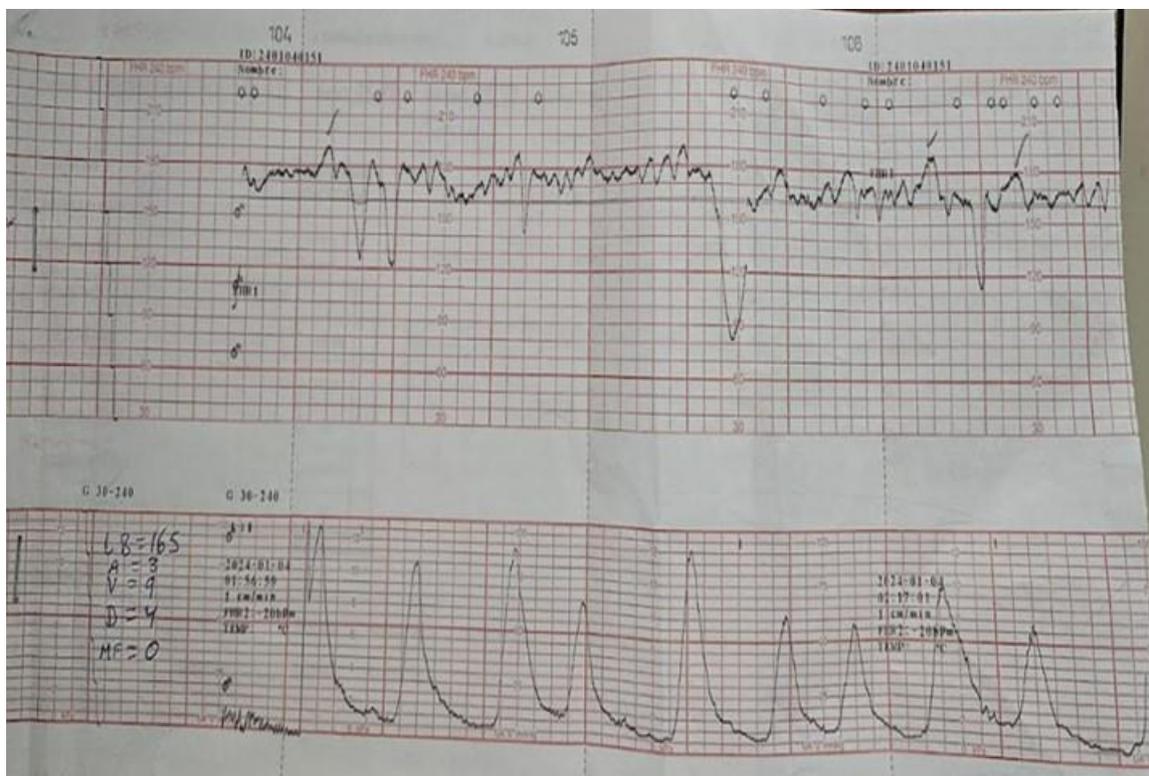
Test de Fisher. Puntaje: Línea de base: 120-180 (2); Variabilidad: 10-25 (2); Aceleraciones 30 mm: >5 (2); desaceleraciones: ausentes (2); Activ. Fetal: ≥ 5 (2). Total Puntaje: 10/10. Resultado del Test No estresante: Feto Activo, Reactivo.

Test estresante (CST) del 03/01/23. Figura 9.2



Se evidencia presencia de desaceleraciones tardías intermitentes (en porcentaje menor al 50% de las contracciones uterinas), no cumpliendo criterios para DIP II.

Monitoreo Intra Parto (MIP) del 04/01/2024. Figura 9.3



Monitoreo Intra Parto (MIP) se interpretó como categoría 2 (indeterminado), no cumpliendo totalmente con criterios para categoría 3.

Luego se continúa con el:

EXAMEN FÍSICO: 04/01/2024; 02:34 h.

- Presión Arterial: 120/70; Frecuencia Cardíaca: 74; Frecuencia Respiratoria:14; Temperatura: 36.9°C; Saturación de Oxígeno: 99%.

- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 seg.
- Abdómen: Altura uterina: 31cm; Latidos Cardíacos Fetales: 134 x min; SPP: Longitudinal cefálica izquierda; Dinámica Uterina: 3/10/30.
- Tacto vaginal: Cérvix dehiscente dos dedos: I: 70%, AP: -3, Membranas: Rotas líquido amniótico claro.

DIAGNÓSTICO: 04/01/2024; 02:34 h.

- 1) Gestante de 37sem 3 días, por Ecografía del I Trimestre.
- 2) Prodromos de labor de parto.
- 3) Ruptura prematura de membranas +/- 6 horas.

PLAN: 04/01/2024; 02:34 h.

- Pasa a Hospitalización.
- Antibioticoterapia.

INDICACIONES: 04/01/2024; 02:34 h.

- 1) Nada por vía oral.
- 2) Misoprostol 25ug vía vaginal, previa evaluación médica (no se aplicó).
- 3) Cefazolina 1gr EV cada 8 hrs.
- 4) Control obstétrico, latidos cardíacos fetales y dinámica uterina (cada 15 min).
- 5) Control de funciones vitales, además observación de signos de alarma.
- 6) Pasa a hospitalización.

Ingreso a Hospitalización:

04/01/2024 04:30 h.

EVOLUCIÓN

Después de 8 hrs. de RPM, Obstetra de turno reporta: FCF: 50 – 90 x min a médico de guardia en el área de hospitalización el mismo que decide cesárea de emergencia, trasladándose inmediatamente paciente en camilla a Sala de operaciones.

Ingreso a Sala de Operaciones: Cesárea de Emergencia

04/01/2024 04:47 h.

CESÁREA DE EMERGENCIA:

El reporte operatorio de cesárea registra como diagnóstico pre operatorio: Gestación de 37 semanas / pródromos de trabajo de parto / bradicardia fetal y diagnóstico post operatorio: Óbito fetal de 37 semanas; anestesia empleada: raquídea; teniendo como hallazgos: Recién nacido ÓBITO, sin latidos, corroborado por médico pediatra. Peso 2700 gr; Talla 49 cm, sexo: masculino, APGAR: 0/0, Edad gestacional: 38 Semanas por Capurro. Placenta pequeña bilobulada con calcificaciones, líquido amniótico claro en escasa cantidad, sin mal olor. Cordón umbilical delgado +/- 50 cm 2A/1V, S.I.O aprox. 600 cc.

EPICRISIS DE MUERTE PERINATAL:

Fecha de nacimiento: 04/01/2024, Hora: 04.49 am

Diagnóstico el producto: Óbito fetal.

Hallazgos en el feto: Peso: 2700 gr; Talla 49 cm; Perímetro cefálico: 32 cm; Perímetro torácico: 34 cm; Sexo Masculino; Placenta pequeña bilobulada con calcificaciones.

EVOLUCIÓN POST - CESÁREA DE EMERGENCIA:

EVOLUCIÓN MÉDICA: 05/01/2024 08:11 h.

Estando en su 1er día post operatorio paciente asintomática, no refiere molestias, no sensación de alza térmica, no sangrado activo.

EXAMEN FÍSICO: 05/01/2024 08:11 h.

- Presión Arterial: 100/60; Frecuencia Cardíaca: 80; Frecuencia Respiratoria: 15; Temperatura: 36.2 °C; Saturación de Oxígeno: 97%.
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez.
- Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso a nivel periumbilical, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria afrontada, no signos de flogosis.
- Genito-urinario: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Ex. Laboratorio: Hb Ingreso (03/01/24) = 11.7 g/dl

Hb Control (04/01/24) = 9.7 g/dl

APRECIACIÓN: 05/01/2024 08:11 h.

Paciente hemodinámicamente estable, actualmente con leves molestias a nivel abdominal, siente distensión abdominal leve, herida operatoria adecuadamente afrontada, útero bien contraído, afebril. Se siente tranquila, emocionalmente estable.

DIAGNÓSTICO: 05/01/2024 08:11 h.

1. PO1 CSTP por BRADICARDIA FETAL.
2. ÓBITO FETAL.
3. ANEMIA MODERADA (Hb control 9.7g/dl).

INDICACIONES: 05/01/2024 08:11 h.

1. Dieta blanda, líquidos a voluntad, VS.
2. Ceftriaxona 2gr ev c/24hrs.
3. Clindamicina 600mg ev c/24hrs.
4. Metamizol 2gr ev c/8hrs.
5. Tramadol 50 mg ev PRN Dolor intenso.
6. Dimenhidrinato 50 mg ev PRN a náuseas o vómitos.
7. Simeticona 80mg VO c/8hrs.
8. Sulfato ferroso 300 mg VO c/12 hrs.
9. Vendaje mamario compresivo.
10. Control de funciones vitales, realizar control de sangrado vaginal y además observación de signos de alarma.

EVOLUCIÓN MÉDICA: 05/01/2024 09:16 h.

Paciente luego de la visita médica, solicita su retiro voluntario a pesar de que se le explica la necesidad de continuar con la cobertura antibiótica y el manejo regular del postoperatorio.

EXAMEN FÍSICO:

- PA: 100/60 FC: 80 FR: 15 T: 36.20 SAT O2: 97%
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez
- Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso a nivel periumbilical, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria afrontada, no signos de flogosis.
- Genito-urinario: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Ex. Laboratorio: Hb Ingreso (03/01/24) = 11.7 g/dl

Hb Control (04/01/24) = 9.7 g/dl

DIAGNÓSTICO:

1. PO1 CSTP X BRADICARDIA FETAL.
2. ÓBITO FETAL.
3. ANEMIA MODERADA (Hb control 9.7g/dl).

PLAN: Seguir indicaciones médicas

INDICACIONES:

1. Dieta blanda, líquidos a voluntad, VS.
2. Ceftriaxona 2gr ev (aplicar última dosis STAT).
3. Clindamicina 600mg ev (aplicar última dosis STAT).
4. Metamizol 2gr ev (aplicar última dosis STAT).

Retiro voluntario:

5. Cefuroxima 500mg VO c/12hrs x 07 días.
6. Clindamicina 300mg VO c/8hrs x 07 días.
7. Paracetamol 1 gr VO c/8hrs x 03 días.
8. Simeticona 80mg VO c/8hrs x 03 días.
9. Sulfato ferroso 300 mg VO c/ 12 hrs x 15 días.
10. Vendaje mamario compresivo.
11. Control por consultorio externo en 07 días para retiro de puntos.

05/01/2024 11:08 h.

Paciente firma el documento de retiro voluntario y procede a retirarse.

EPICRISIS POR ALTA VOLUNTARIA: 05/01/2024 11:08 h.

Diagnóstico de Ingreso:

- Parto único espontáneo, sin otra especificación.
- Ruptura prematura de membranas, sin otra especificación.

Diagnóstico de Egreso:

- Parto por cesárea, sin otra especificación.
- Ruptura prematura de membranas, sin otra especificación.

- Trabajo de parto y parto complicados, por anomalía de la frecuencia cardíaca.
- Atención materna por muerte intrauterina.
- Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio.
- Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.

Condición de Egreso: Retiro voluntario.

III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Trazabilidad

Fecha	Hora	Situación	Diagnóstico	Plan
03.01.24	21:51 hrs	Paciente ingresa al hospital por tóxico de emergencia de Gineco-Obstetricia	Gestante 3º trim. 37 ss, RPM de 01 hora	Se solicita Ecografía obstétrica, NST, CST, exámenes de laboratorio y reevaluación con resultados
03.01.24	22:40 hrs	Informe de Ecografía Obstétrica	Gestación única activa de 35.5ss x BF / Ponderado fetal en percentil adecuado.	Monitoreo fetal
03.01.24	23:38 hrs	Resultado de Exámenes de laboratorio	En límites normales, nada llamativo	Continuar monitoreo fetal
04.01.24	02:34 hrs	Paciente es reevaluada con NST Y CST.	El registro del informe Cardiotocográfico del NST concluye: Feto activo - Reactivo, con parámetros biofísicos de 10/10	Se indica: CST, MIP Hospitalización, antibioticoterapia, Misoprostol vía vaginal (no se efectivizó)

				CST: Hora de inicio: 23:15hrs (03.01.24) terminó 01:00 hrs. (04.01.24) Goteo 4 gts c/15 min, terminando en 24 gts x min. FCF osciló entre 141 y 120 lpm terminando con DU: 5/10/++/25" (ver figura 27)
04.01.24	04:30 hrs	Obstetra reporta en Monitoreo fetal: Bradicardia Fetal (50-90 lpm)	- Bradicardia fetal. - RPM 08 horas.	Término de Gestación. Pasa a Sala de Operaciones, para Cesárea de Emergencia
04.01.24	04:47 hrs	Cesárea de Emergencia	Dx. Post operatorio: RN Óbito fetal, sin latidos, corroborado por Médico Pediatra.	Se hace Epicrisis por muerte perinatal.
05.01.24	09:16 hrs	1er día post operatorio paciente asintomática, no refiere molestias, hemodinámicamente estable, afebril, cursa con evolución favorable	1. PO1 CSTP X Bradicardia fetal. 2. Óbito fetal. 3. Anemia moderada (Hb control 9.7g/dl).	Continúa con indicaciones y antibioticoterapia

05.01.24	11:08 hrs	Paciente solicita su alta voluntaria	<p>Diagnóstico de Egreso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parto por Cesárea, sin otra especificación. 2. Ruptura prematura de membranas, sin otra especificación. 3. Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca. 4. Atención materna por muerte intrauterina. 	<p>Paciente firma el documento de retiro voluntario y procede a retirarse del hospital autorizando realización de necropsia al RN muerto</p>
----------	-----------	--------------------------------------	--	--

IV. DISCUSIÓN

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) resulta en una complicación obstétrica crítica, la cual es definida como la rotura de las membranas amnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Se asocia a riesgos elevados tanto para la salud de la madre como para el producto de la gestación y puede desencadenar complicaciones como infecciones, sufrimiento fetal, parto prematuro y, en casos graves, muerte materna o fetal. En este contexto, el caso clínico presentado y los estudios de Ártica⁴, Neyra⁵, Chávez et al⁶, Narea et al⁷, Minaya⁸, Barrionuevo⁹, Mamani¹⁰ y Perin et al¹¹ exploran situaciones de RPM con enfoques y resultados variados. Esta comparación permite examinar las respuestas clínicas a los factores de riesgo asociados, la monitorización fetal, la intervención con cesárea y los desenlaces en cada caso.

La RPM fue el diagnóstico principal en todos los casos estudiados. En el caso clínico, la ruptura se produjo a las 37 semanas, por lo que el embarazo estaba a término, lo que redujo algunos riesgos de prematuridad pero introdujo otros desafíos, como la intervención rápida debido a la proximidad del parto. En comparación, los estudios de Ártica⁴ y Neyra⁵ también analizan situaciones de RPM en gestantes de entre 35 y 37 semanas, mientras que el estudio de Minaya⁸ aborda una paciente con RPM a las 30 semanas, lo que exigió un manejo expectante para fomentar la maduración pulmonar. La RPM es, en todos los casos, un

desencadenante crítico que requiere atención inmediata para minimizar los riesgos expuestos, tanto para la madre como para el feto.

La intervención quirúrgica mediante cesárea fue común en todos los casos revisados, aunque las razones de cada intervención varían. En el caso clínico, la cesárea fue una respuesta de emergencia ante la bradicardia fetal y el óbito, reflejando una decisión orientada a tratar el sufrimiento fetal agudo. Similarmente, Ártica⁴ y Neyra⁵ enfatizan la cesárea en casos de RPM donde hay signos de deterioro fetal o complicaciones maternas, como la posición transversa y el oligohidramnios severo en el estudio de Ártica⁴, lo que elevó el riesgo de prolapso de cordón. Estos casos ilustran cómo la RPM conlleva un alto riesgo de desenlace adverso sin intervención quirúrgica, destacando la cesárea como el método de elección para reducir el riesgo de complicaciones.

Las complicaciones fetales, particularmente el sufrimiento fetal y el riesgo de prolapso de cordón, fueron una constante en los casos de RPM, siendo la bradicardia fetal un factor determinante en el caso clínico. Este desenlace fatal no se observó en otros estudios, pero sí complicaciones como oligohidramnios, que incrementan el riesgo de hipoxia fetal y otras condiciones adversas. En el estudio de Minaya⁸, aunque la RPM ocurrió a una edad gestacional temprana (30 semanas), el manejo expectante permitió una mejor preparación fetal, evitando un desenlace fatal. Esto sugiere que la intervención y el momento de la cesárea juegan un rol crucial en el resultado fetal, dependiendo de la gravedad de la complicación.

La monitorización fetal se realizó en todos los casos para detectar signos de sufrimiento fetal, lo cual es vital para prevenir desenlaces graves. En el caso clínico, se emplearon el Test No Estresante (NST) y el Test Estresante (CST), que

inicialmente mostraron un puntaje positivo, pero la condición fetal se deterioró. En el estudio de Chávez et al⁶, la Monitorización Electrónica Fetal (MEF) fue la herramienta principal, aunque reporta una baja sensibilidad (30%) en embarazos de alto riesgo, lo que cuestiona su eficacia. Esto contrasta con el caso clínico, donde la bradicardia fue detectada, aunque no a tiempo para evitar el óbito, subrayando la necesidad de herramientas de monitoreo que ofrezcan alta precisión en la detección de sufrimiento fetal agudo.

La evolución materna en el caso clínico fue favorable, aunque con anemia moderada tras la cesárea, lo que contrasta con el estudio de Ártica⁴, donde las complicaciones maternas incluyeron miomatosis uterina y shock hipovolémico, derivando en la muerte materna. Esto refleja que, aunque la cesárea es una intervención común, las complicaciones maternas pueden variar ampliamente según el contexto obstétrico y las condiciones de salud preexistentes, como la miomatosis uterina en el estudio de Ártica⁴. Estas variaciones resaltan la importancia de una evaluación exhaustiva de las condiciones maternas antes de optar por una intervención quirúrgica.

La planificación prenatal y los antecedentes obstétricos influyen significativamente en los resultados de RPM. En el caso clínico, la paciente comenzó sus controles prenatales a las 20 semanas, con antecedentes de aborto, lo cual podría haber incrementado el riesgo. En la investigación de Narea et al⁷, se observa que los factores de riesgo incluyen edad materna, insuficiencia de controles y antecedentes patológicos, los cuales inciden en el manejo clínico. La importancia de los controles tempranos es destacada, ya que permite una detección y gestión adecuada de complicaciones en embarazos de alto riesgo.

El manejo de la RPM varía considerablemente según la edad gestacional. En el caso clínico, la RPM ocurrió a término, por lo que se decidió una intervención inmediata. En contraste, el estudio de Minaya⁸, con una paciente de 30 semanas, adoptó un enfoque expectante y tratamiento para maduración pulmonar, mostrando que en embarazos prematuros, el manejo se orienta a prolongar el embarazo para reducir complicaciones neonatales. Estas diferencias ilustran cómo la edad gestacional es un factor determinante para decidir el momento y el tipo de intervención en RPM.

La bradicardia fetal fue el factor crítico que llevó a la intervención de emergencia en el caso clínico. Perin et al¹¹ destacan que la bradicardia puede estar asociada a patologías graves y subrayan la importancia de una evaluación minuciosa. Sin embargo, en el caso clínico, no se pudieron identificar causas subyacentes específicas para la bradicardia, lo que resultó en una intervención rápida pero insuficiente para evitar el desenlace fatal. Esto contrasta con los casos de Perin et al¹¹, donde la bradicardia fue gestionada con tratamientos especializados como marcapasos en bloqueos AV severos, subrayando la variabilidad en el enfoque según el origen y la severidad de la bradicardia.

La comparación entre el caso clínico y los estudios revisados ilustra cómo la RPM es una complicación obstétrica que demanda intervenciones rápidas y específicas, pero que varían en función de las características maternas, fetales y gestacionales. La monitorización fetal continua y la intervención oportuna son factores clave que pueden influir en el desenlace tanto materno como fetal. La cesárea se muestra como el método más efectivo para prevenir desenlaces adversos en casos de

sufrimiento fetal, aunque las complicaciones maternas varían dependiendo de las condiciones preexistentes.

Las diferencias en los desenlaces neonatales y las complicaciones maternas reflejan que la RPM, aunque comparte ciertos patrones clínicos, presenta una evolución distinta en cada caso, lo que subraya la necesidad de un manejo personalizado y un monitoreo constante. La literatura muestra que una atención prenatal temprana, la evaluación exhaustiva de factores de riesgo y la selección adecuada de herramientas de monitorización pueden mejorar significativamente los resultados en embarazos con RPM, enfatizando la importancia de la intervención rápida para evitar desenlaces fatales, tal como lo sugieren los casos de Ártica⁴, Neyra⁵ y Perin et al¹¹.

V. CONCLUSIONES

- La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) requiere un monitoreo fetal riguroso, ya que puede comprometer el bienestar fetal en cualquier etapa del embarazo, independientemente de la edad gestacional.
- La bradicardia fetal severa es un signo crítico o indicador clave de sufrimiento fetal que requiere intervención inmediata, especialmente en casos de Ruptura Prematura de Membranas (RPM), y así evitar el deterioro del estado fetal.
- El monitoreo fetal es una herramienta indispensable en la evaluación de la salud fetal en Ruptura Prematura de Membranas (RPM); tanto el MEF, NST y CST son fundamentales para detectar alteraciones en la frecuencia de latidos cardíacos fetales. Estos métodos permiten identificar signos tempranos de sufrimiento fetal que conduzcan a tomar decisiones clínicas oportunas, como una cesárea de emergencia, cuando sea necesario.
- La bradicardia fetal severa asociada con RPM tiene un pronóstico reservado, y el desenlace depende de la rapidez de la intervención, si esta no es oportuna puede resultar en muerte fetal como se observó en el caso clínico.

- El alto riesgo obstétrico de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) está relacionado con su período de latencia, pues a mayor prolongación del dicho período de latencia, mayor será el riesgo de infección y de complicaciones perinatales, debiendo monitorear más de cerca al feto y a la madre.
- La vigilancia perinatal durante la aplicación de oxitocina debe ser continua y estricta, monitoreando las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal, ajustando la dosis según la respuesta, y evaluando el progreso del parto, mientras se vigilan los signos vitales maternos y se está preparado para intervenciones de emergencia si surgen complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado 02 de mayo de 2024];64(3):405-413. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014
2. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2024];5(11): e606. Disponible de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
3. Chávez J, Toledo J, Cedeño M, García D. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Pol. Con [Internet]. 2023 [citado 2 de mayo de 2024];8(8):2713-2729. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152307>
4. Artica Aliaga S. Complicaciones materno fetal asociado a ruptura prematura de membranas [trabajo académico de segunda especialidad en internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024 [citado 09 de octubre de 2024]. 35p. Disponible de:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/11559/T061_46332110_S.pdf?sequence=11&isAllowed=y

5. Neyra Casafranca KL. Hallazgos cardiotocográficos del test no estresante en gestantes con rotura prematura de membranas en el Hospital de ventanilla – Callao, Enero 2021 – Junio 2022. [trabajo académico de segunda especialidad en internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2023 [citado 09 de octubre de 2024]. 55p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/12221/neyra_cl.pdf?sequence=5&isAllowed=y

6. Chávez J, Salazar Z, Sandoya K, Ramírez H. Monitoreo electrónico fetal: predictor de compromiso de bienestar fetal en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca [Internet]. 2022 [citado 02 de abril de 2024]; 40(2): 25-34. Disponible de: <https://doi.org/10.18537/RFCM.40.02.04>

7. Narea-Morales V, Bohórquez-Apolinario MDC, Castro-Castro MM, Macías-Guevara KB. Complicaciones maternas y perinatales asociadas a la ruptura prematura de membrana, pacientes mayo–diciembre 2019. Prosciences [Internet]. 2020 [citado 09 de octubre de 2024];4(35):108-16. Disponible de: https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/272?__cf_chl_tk=cXarK.n7U6hW9VI7YOOu_pBISOUdPCMbqNuKEsczchw-1728571158-1.0.1.1-TmL9btt2MGDR1T7mTNAsCFg4v3C_jrEeH54xwV_E0Qk

8. Minaya Carbajal JS. Caso clínico: Rotura prematura de membranas [trabajo académico de segunda especialidad en internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019 [citado 09 de octubre de 2024]. 59p. Disponible de: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e0dd0336-5e73-4697-9ab6-e8f2a19f6e1b/content>

9. Barrionuevo-Mendoza SK, Rivera-Herrera EG. Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial general Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. Rev Eugenio Espejo [Internet] 2018 [citado 09 de octubre de 2024]; 12(1):53-60. Disponible de: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v12n1/2661-6742-ree-12-01-00006.pdf>

10. Mamani R. Alteraciones del trazado de la frecuencia cardíaca fetal en gestantes con rotura prematura de membranas y su repercusión en el neonato. Hospital Pichanaki julio-diciembre del 2014 [tesis de segunda especialidad en internet]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2015 [citado 02 de mayo de 2024]. 49p. Disponible de: https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/2463/TESP_O_Mamani_Machaca_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Perin F, Rodríguez M, Bronte L, Ferrer M, Rueda F, Zabala J, et al. Bradicardia fetal: estudio multicéntrico retrospectivo en 09 hospitales españoles. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2014 [citado 2 de mayo de 2024]; 81(5):275-282. Disponible de: <https://www.analesdepediatria.org/es-bradicardia-fetal-estudio-multicentrico-retrospectivo-articulo-S1695403314000344>

12. Araujo-Vargas K, León-Villavicencio L, Villegas-Márquez C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024 [citado 2 de mayo de 2024]; 84(1):59-72. Disponible de: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/02/10-R-84-1-Rotura-prematura-de-membranas-diagnostico-y-manejo-1.pdf>
13. Morales EMA. Rotura prematura de membranas. Argentina: Universidad de La Plata; 2022 [citado 09 de octubre de 2024]. 31p. Disponible de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/148052/Documento_completo.pdf?sequence=1
14. Cabanillas-Carhuaz S. Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y a término. Rev Peru Obstet Enferm [Internet] 2015 [citado 09 de octubre de 2024]; 11(2). Disponible de: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/rpoe/article/view/748/586>
15. García T. Relación de los resultados cardiotocográficos en gestantes con rotura prematura de membranas y parto por cesárea, atendidas en el Hospital “Santa Gema”, Yurimaguas, Abril - Setiembre, 2019 [tesis de segunda especialidad en internet]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2020 [citado 02 de mayo de 2024]. 99p. Disponible de: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6231/2OB.MF111G23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Lazo M. Comorbilidades maternas en las pacientes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2020 [tesis de segunda especialidad en internet]. Huánuco: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020 [citado 02 de mayo de 2024]. 73p. Disponible de: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a4f074b8-9ff1-463c-bc96-f05bb64620f3/content>
17. Kou-Guzmán J, Viteri-Rojas A, Vallejo-López A. Embarazo de alto riesgo. RECIAMUC [Internet]. 2023 [citado 2 de mayo de 2024]; 7(1):371-380. Disponible de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1030>
18. Espinoza-Moreira S, Santos-García J, Santos-García K, Zambrano-Espinoza M. Consecuencias del embarazo de alto riesgo y su valoración fetal anteparto. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2024]; 5(1):26-36. Disponible de: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1031>
19. Godoy-Villamil P; Acuña-Padilla C; Caicedo-Goyeneche A; Rosas-Pabón D; Paba-Rojas S. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2022 [citado 02 de abril de 2024]; 60(1): 47-70. Disponible de: <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/16/articulo/monitoreo-fetal-principios-fisiopatologicos-y-actualizaciones>
20. Vélez S. Monitorización fetal intraparto basada en la fisiopatología. En el Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología, en el Marco del XVII Curso de actualización en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de

Antioquía [Internet]. 2020 [citado 09 de abril de 2024]. Disponible de:
https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346862

21. Guía de Monitorización Electrónica Fetal Intraparto. Hospital Universitario Donostia [Internet]. 2013 [citado 02 de abril de 2024]. Disponible de:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf

22. Herrera E. Monitoreo fetal electrónico en sufrimiento fetal agudo en gestantes a término en Hospital de Tocache 2020 [tesis de segunda especialidad en internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2022 [citado 09 de abril de 2024]. 78p. Disponible de:
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/4046/Herrera%20Mendoza%2C%20Esmith%20Juliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Valdivia A. Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal - Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. [tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 09 de abril de 2024]. 44p. Disponible de:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3611/Valdivia_ha.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Miranda Palacios R. Resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal anteparto en gestantes con ruptura prematura de membranas relacionados

con el tipo de parto. Hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores – 2016. [trabajo académico de segunda especialidad en internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2017 [citado 09 de octubre de 2024]. 94p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2551/MIRANDA_ROCIO.pdf?sequence=3&isAllowed=y

25. Pérez Picoy MI. Madres con ruptura prematura de membranas ovulares pretérmino que registraron complicaciones maternas y del recién nacido en el Hospital de Huaycán - Ate Vitarte 2017 [tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2019 [citado 09 de octubre de 2024]. 43p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4480/perez_pmi.pdf?sequence=5&isAllowed=y

26. Quispe Maldonado C. La ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Rezola - Cañete 2014 [tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016 [citado 09 de octubre de 2024]. 64p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2310/QUISPE_Carla.pdf?sequence=3&isAllowed=y

VI. ANEXOS

ANEXO 01: Autorización del hospital para revisión del caso clínico.

	PERU	Ministerio de Salud	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación	Hospital San Juan de Lurigancho
---	------	---------------------	---	---------------------------------

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

San Juan de Lurigancho, 29 de Mayo del 2024

CARTA N° 156 2024-UADI-HSJL

DRA. ROSA VILLAR VILLEGAS
DECANA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES, UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA –USMP.

Presente. –

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA LA APLICAR DE INSTRUMENTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO.

REFERENCIA : OFICIO N° 043-2024-D-FOEHZBN-USMP

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y según documento de la referencia, hacer de conocimiento que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y la Coordinación de Investigación **AUTORIZA**, a la Investigadora Principal: **JENIFER LISBETH DE LA CRUZ PUENTE**, Alumna de la Universidad de Porres, Unidad de Posgrado de la Facultad de Obstetricia y Enfermería –USMP, Unidad de Posgrado de la Facultad de Obstetricia y Enfermería –USMP, en relación a la Investigación titulada: **"REPORTE DE CASO CLÍNICO ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y RESULTADO PERINATAL ADVERSO"**.

Asimismo, desearle éxitos en la mencionada investigación, la misma que deberá servir de aporte a la sociedad con miras a dar soluciones; por ello, se solicita que se nos remita el Informe final a fin de implementar mejoras con los resultados y conclusiones que se obtengan.

Sin otro particular me suscribo de Ud.,

Atentamente,

 **MINISTERIO DE SALUD**
DIRECCIÓN DE UNIDADES ESPECIALIZADAS DE SALUD LIMA CENTRO
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

[Firma]
MC. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
CMP. N° 031644 - RNE. N° 017232
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

www.hospitalsil.gob.pe Av. Canto Grande Alt. Paradero 11 s/n
San Juan de Lurigancho - Lima Perú

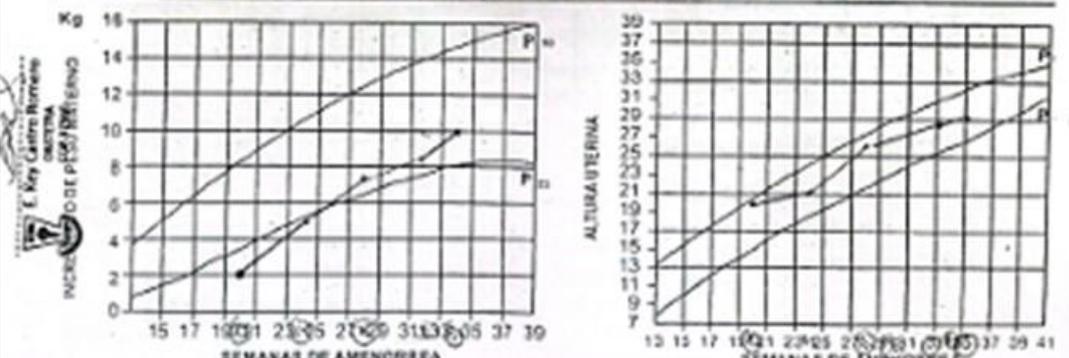
 **Con
PUNTO
Perú**

 **BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

27^{da} a 31^{da} de 2012

ATENCIÓN PRENATAL	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora servicio (hora local)	20/11/12	24/11/12	27/11/12	30/11/12	31/11/12	01/12/12	02/12/12	03/12/12	04/12/12
Edad Gest. (semanas)	20/11/12	24/11/12	27/11/12	30/11/12	31/11/12	01/12/12	02/12/12	03/12/12	04/12/12
Peso madre (Kg)	58.00	61.00	63.00	64.00	66.00	66.00	66.00	66.00	66.00
Temperatura (°C)	36.0	36.5	36.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0
Presión arte. (mm Hg)	100/70	110/80	110/80	110/80	110/80	110/80	110/80	110/80	110/80
Pulso materno (por min)	84	85	84	84	84	84	84	84	84
Altura (centros)	20	21	26	26	29	29	29	29	29
Situación (L/T/NA)		L			L	L	L	L	L
Presentación (C/P/A)		P			C	C	C	C	C
Posición (D/N/A)		I			I	I	I	I	I
F.C.F. (por min/A)	102	150	181	134	144	144	144	144	144
Mov. fetal (++++/++/+/0/NA)	+	+	++	++	++	++	++	++	++
Pruebas Duración	NSH								
Edema (+/+/+/-/0/NA)	SIE								
Pruebas Cerebrales	+	++	++	++	++	++	++	++	++
SX PEPTON	PE								
Info. Clínica	190	200	300	40	NA	NA	NA	NA	NA
Info. AC (F80)	190	200	300	40	NA	NA	NA	NA	NA
Info. AC (F90)	NA								
Info. AC (F95)	NA								
Info. AC (F99)	NA								
Info. AC (F00)	NA								
Info. AC (F05)	NA								
Info. AC (F10)	NA								
Info. AC (F15)	NA								
Info. AC (F20)	NA								
Info. AC (F25)	NA								
Info. AC (F30)	NA								
Info. AC (F35)	NA								
Info. AC (F40)	NA								
Info. AC (F45)	NA								
Info. AC (F50)	NA								
Info. AC (F55)	NA								
Info. AC (F60)	NA								
Info. AC (F65)	NA								
Info. AC (F70)	NA								
Info. AC (F75)	NA								
Info. AC (F80)	NA								
Info. AC (F85)	NA								
Info. AC (F90)	NA								
Info. AC (F95)	NA								
Info. AC (F99)	NA								
Estad. de lactación	estornos								
Responsable atención									

(L=Longitudinal) T=Transversa C=Céfalo P=Fémur D=Derecha I=Izquierda SR=Sin Reversión SE=Sin Edema SA=No Aplica NSH=No se hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

En preñez Fecha: _____

Otras patologías (CIE 10):

1: _____ 2: _____

Referencia - Consulta Externa No No Aplica Fecha: _____

Referencia - Emergencia No No Aplica Fecha: _____

Referencia - Apoyo al Diagnóstico No No Aplica Fecha: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN FRENATAL PLAN DE PARTO No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA No No Aplica

Figura 02: Historia clínica de Ingreso.

Ministerio de Salud Hospital de San Juan de Lurigancho

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

Historia: [REDACTED] Cuenta: [REDACTED]
 ente: [REDACTED] Fuente: SIS
 Ident: [REDACTED] Edad: 33 Años (F.N: 29/10/1990)
 Pac: [REDACTED] Sexo: Femenino
 Fonos: [REDACTED] F/H Ingreso: 03/01/2024 09:51:54p.m.
 Oficio: TOPICO GINECOLOGIA
 Salud: [REDACTED]

INDICACIONES VITALES

PA :	FR :	T° :	FC :	SAT.O2 :	PESO :	TALLA :
120/70	20	36.90	74	99	66.00	154.00

ANAMNESIS

ANTECEDENTES NIEGA RAMS
NIEGA PATOLOGIAS
NIEGA QX

FUR: 10/04/23
FPP 18/01/24

SÍNTOMAS PACIENTE REFIERE PERDIDA DE LIQUIDO TV DESDE APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS,

EXAMEN FISICO AREG AREN AREH
PIEL: TAÑE LLENADO CAPILAR MENOR DE 2SG
ABD: DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN INFERIOR.
TV: DEHISCENTE 1 DEDO, INCORPORADO: 70% PA: -3, MEMBRANAS ROTAS CON LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, AU 31C, LCF 134.

DX
1. GESTANTE DE 37SS 3D POR ECO I TRI
2. RPM
3. PRODROMP DE TRABAJO DE PARTO

DIAGNÓSTICO

Código	Descripción	Tipo
1	O80.9 Parto unico espontaneo, sin otra especificacion	Definitivo

PLAN DE TRABAJO

EXAMEN DE LAB
ECOGRAFIA OBS
NST
CST
REEVALUACION CON RESULTADOS

TRATAMIENTO

1. NST
2. CST

ORDENES MÉDICAS

Código	Descripción	Cantidad	Observación
Patología Clínica			
80063	Perfil de coagulación basico	1	
85002	Tiempo de sangría	1	
86582	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponemico; cualitativo (p ej VDRL, RPR, ART)	1	
86900	Tipificación de sangre; ABO	1	
86703	Detección de anticuerpos HIV 1-2	1	
86901	Tipificación de sangre; Rh (D)	1	
85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	1	
Ecografía Obstétrica			

Figura 03: Consentimiento informado para Hospitalización.

	PERÚ	Ministerio de Salud	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	
---	-------------	----------------------------	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION

Yo, [REDACTED] de 33 años de edad, identificada (o) con DNI N° [REDACTED] (en caso de menor de edad)

Yo, de años de edad, identificada (o) con DNI N°, padre / madres de

He sido informado por el/ la Dr. (a)

Y me ha explicado de la conclusión acerca de los resultados de los datos de la historia clínica, exámenes, examen clínico y pruebas diagnósticas practicadas, es que debo ser hospitalizado (a) fundamentado en que el diagnóstico inicial es de:

Entiendo que la información adecuada y veraz que proporciones dependerá del diagnóstico y el seguimiento adecuado de sus orientaciones para el éxito del tratamiento. También comprendo que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes, procedimientos, tratamiento, indicaciones y cuidados que pueden resultar incómodos y dolorosos, los cuales acepto en la medida que sea necesario para el diagnóstico, recuperación y/o rehabilitación de mi salud.

No obstante, en aquellos que se presente un riesgo mayor y en el caso de ser intervenciones otorgare mi consentimiento cuando me sea suministrada la información necesaria para tomar decisiones.

Entiendo que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad del hospital y del equipo de salud consiste en colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible. Se me informa que en el Hospital donde voy a ser atendida (o) participa personal en formación que coopera en la atención bajo responsabilidad y supervisión directa y presencial del profesional docente.

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible, los aspectos relacionados de condición actual, estudio y tratamiento del proceso de enfermedad y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. Entiendo que aunque los resultados no puedan garantizarse, el Hospital y los profesionales de la Salud pondrán los medios y el compromiso para obtener el mejor de los resultados.

Por medio del presente documento de manera expresa, libre y en pleno uso de mis facultades mentales:

AUTORIZO: Como resultado de la información recibida, acepto la hospitalización y las condiciones para el estudio y tratamiento el proceso de la enfermedad, así como los riesgos justificados posibles que conlleva la hospitalización,

[REDACTED] FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED] FIRMA DEL TESTIGO

Doy fe de haber informado al paciente

[REDACTED] FIRMA DEL MEDICO

Figura 04: Plan de atención de Obstetras


Ministerio de Salud **HOSPITAL SAN JUAN DE URUGUAICHO**

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - SERVICIO DE OBSTETRICIA
PLAN DE ATENCION DE OBSTETRAS



	2021...	2022...	2023...	2024...
FECHA: 04/01/2024... 05/01/2024...				
DIETA: NPO x 8h (solo por el día) + 1 MV				
RECANALIZACION DE VIA: 02/06/24 1.000cc.				
Clapoteo 1g cu c/8h. B(6)				
Relajantefol.				
Cl Nalg. 1000cc + 3012 Ondina				
Cl Trimon 2g EV c/24h.				
Clindam. 600g EV c/12h.				
Metimol 25g EV c/12h.				
Tramadol 50g EV PAR dolor intermitente				
Dexametaz. 50g EV PAR resurgimiento → coud.				
Ceftriaxone 2.5g 2Tds no disponibles.				
Sintetina 30mg x 10 8h.				
Terapia obstétrica: Sonda Foley por cateterismo de uretra con drenaje de la vejiga a las 20:00cc (500 + 400cc)				
Control de funciones vitales 12h. Ne-duc. Non. Dimpun ✓				
Evolución obstétrica: 98Hh 9.7g/4h				
UV (-) 7/14/12/2023				
120 AL (-) 7				
CAF: O +				
1				
EDAD: 33 años PESO: 66 TALLA: 154				
FECHA Y HORA NACIMIENTO: 04/01/2023 04:49h.				
RN SEXO: Menor PESO RN: 2700				
CPN: 6 - LUGAR: Casa Parto				
OB* ETIQUETA RESPONSABLE: [Redacted]				
Cocheute 37-355 (Prof. DSP)				
D. 2024...				

Figura 05: Exámenes de Laboratorio.



**LABORATORIO
RESULTADOS**

PROM 23-01-2024	PACIENTE [REDACTED]	MEDIQUENTE	HISTORIA CLÍNICA	SEXO F
--------------------	------------------------	------------	------------------	-----------

SERVICIO TOPICO ONCOLOGIA CUENTA 714210 ORDEN 2009951 ECHO 33 Años

Código: 80783 Prueba: DETERMINACION DE ANTICUERPOS HIV 1-2
 Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:04
 Fecha resultado: 2024-01-03 23:28:00

PWA HIV1 - E	RESULTADO NO REACTIVO	VALOR REFERENCIAL NO REACTIVO
-----------------	--------------------------	----------------------------------

Sin observaciones

Código: 80643 Prueba: PERFIL DE COAGULACION BASICO
 Realiza la prueba,
 Fecha toma de muestra: 2024-01-03 20:11:04
 Fecha resultado: 2024-01-03 23:28:00

PWA TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) INR TIEMPO PARCIAL DE TRIMBOPLASTINA FIBRINOGENO	RESULTADO 11.7 seg 0.99 33.8 seg 5.49 g/l	VALOR REFERENCIAL
---	---	-------------------

Sin observaciones

Código: 80003 Prueba: PRUEBA DE SÍFILIS: ANTICUERPO NO TREPONEMICO; CUALITATIVO (P.EJ VDRL, RPR, ART)
 Realiza la prueba,
 Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:00
 Fecha resultado: 2024-01-03 23:28:00

PWA RPR	RESULTADO NO REACTIVO	VALOR REFERENCIAL NO REACTIVO
------------	--------------------------	----------------------------------

Sin observaciones

Código: 86027 Prueba: RECuento SANGUINEO COMPLETO AUTORIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERYTROCITOS, LEUCOCITOS Y PLASMETAS)
 Realiza la prueba,
 Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:00
 Fecha resultado: 2024-01-03 23:28:00

PWA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
WBC	6.47 10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Neu#	4.40 10 ⁹ /L	2.00 - 7.00
Lym#	1.55 10 ⁹ /L	0.80 - 4.00
Mye#	2.43 10 ⁹ /L	0.12 - 1.20
Eos#	0.08 10 ⁹ /L	0.00 - 0.50
Bas#	0.01 10 ⁹ /L	0.00 - 0.10
Neu%	70 %	50.0 - 70.0
Lym%	18 %	20.0 - 40.0
Mon%	08 %	3.0 - 12.0
Eos%	01 %	0.0 - 0.5
Bas%	0.0 %	0.0 - 1.0
HGB	3.10 10 ¹² /L	3.00 - 5.80
HGB	11.7 g/L	11.0 - 16.0
HCT	34.1 %	37.0 - 54.0
MCV	87.7 fL	80.0 - 100.0
MCH	30.5 pg	27.0 - 34.0
MCHC	34.3 g/dL	31.0 - 36.0
RDW-CV	12.2 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	43.5 fL	35.0 - 56.0
PLT	236 10 ⁹ /L	150 - 400
MPV	10.4 fL	8.0 - 12.0
PDW	15.6	10.0 - 17.0
PCT	0.244 %	0.100 - 0.300

PH3 10E 2 17

PLCC	69 %	30 - 90
PLCR	29.3 %	11.0 - 45.0
NRBC#	0.000 %	0.000 - 9999.999
NRBC%	0.00 %	0.00 - 9999.99
IMC#	0.01 %	0.00 - 999.99
IMG%	0.1 %	0.0 - 100.0

Sin observaciones

Código: 85002 Prueba: TIEMPO DE SANGRIA

Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:00

Fecha resultado: 2024-01-03 23:39:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	1.50"	
TIEMPO DE SANGRIA	6.00"	
TIEMPO DE COAGULACIÓN		

Sin observaciones

Código: 86909 Prueba: TIPIFICACION DE SANGRE; ABO

Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:00

Fecha resultado: 2024-01-03 23:38:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GRUPO SANGUINEO	O	

Sin observaciones

Código: 86901 Prueba: TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)

Fecha toma de muestra: 2024-01-03 22:11:00

Fecha resultado: 2024-01-03 23:38:00

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
FACTOR RH	POSITIVO	

Sin observaciones

Figura 06: Ecografía Obstétrica.

	PERÚ Ministerio de Salud	Hospital San Juan de Lurigancho
---	------------------------------------	---------------------------------

INFORME

PACIENTE: [REDACTED]
IAFA: SIS - SIS GRATUITO - 062
FECHA INGRESO: 03/01/2024 21:50
SERVICIO INGRESO: TOPICO GINECOLOGIA
SERVICIO ACTUAL: EMER. OBSERVACION GINECO-OBSTETRICA

Nº HISTORIA CLINICA: [REDACTED]
Nº CUENTA: [REDACTED]
Nº DOCUMENTO: [REDACTED]
USUARIO IMPRIME: [REDACTED]
EQUIPO IMPRIME: EGO2-APC
FECHA Y HORA IMPRESION: 03/01/2024 11:51:12p.m.

Fecha Examen: 03/01/2024

movimiento: 348999

ecografía, utero gravido, tiempo real con documentacion de la imagen, Evaluacion fetal y materna, despues del 1er trimestre (> o = a 14 se

INFORME

***** INFORME DE ECOGRAFIA OBSTETRICA *****

FECHA: 03/01/2024 HORA: 22:30 HORAS

*****MALLAZGOS*****

FETO: UNICO() MULTIPLE()
SITUACION: LONGITUDINAL CEFALICO DERECHO
FCF: 134 LPM
PONDERADO FETAL: 2719 GRS

BIOMETRIA FETAL
DBP: 91.4 mm
CC: 312.4 mm
CA: 317.6 mm
LF: 67.9 mm

LIQUIDO AMNIOTICO: ADECUADO PM: 30
PLACENTA: ANTERIOR ALTA (II/III)
CORDON UMBILICAL: 2A/1V

*****CONCLUSIONES*****

1. GESTACION UNICA ACTIVA DE 35SS 5 DIA X BF
2. PONDERADO FETAL EN PERCENTIL ADECUADO

Figura 07: Evolución Médica, 04/01/24; 02.34pm.

PERÚ Ministerio de Salud Hospital de San Juan de Lurigancho		
EVOLUCIÓN MÉDICA		
Paciente: [REDACTED]	Fecha y Hora: 04/01/2024 02:34	
Nº Cuenta: [REDACTED]	Cama:	
Médico: [REDACTED]	Servicio: EMER. OBSERVACION GINECO-OBSTETRICA	
Funciones Vitales: PA: 120/70 FC: 74 FR: 74 T°C: 36.90 SAT: 99		
Subjetivo PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ES RREVALUADA CON NST Y CST ACTUAMENTE REFIERE CONTRACCIONES UTERINAS FRECUENTES Y DE MAYOR INTENSIDAD		
Objetivo: AREG AREN AREH PIEL: T/H/E LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG ADH: AL: 3L, LCF: 134 SPP: LCI DU: 3/10/30 TV: DEHICNETE 2 DEDOS, I 70%, PA: -3, MENBRANAS ROTAS CON LIQUIDO AMNIOICO CLARO LOTEF		
Apresiasión: DX 1. GESTANTE DE 37SS 3D POR ECO DE I TRIM 2. RPM +/- 6 HORAS		
Plan: PASA A HOSPITALIZACION ANTIBIOTICO		
Diagnósticos:		
<u>Tipo Diagnóstico</u>	<u>Clase</u>	<u>Diagnóstico</u>
Definitivo	O80.9	Parto unico espontaneo, sin otra especificacion
Tratamiento: 1. NPO 2. MISOPROSTROL 25UG VV (PRIMERA DOSIS 07:00 AM), PREVIA RREVALUACION MEDICA 3. CEFAZOLINA 3G EV CADA 8 HORAS 4. CO, LCF + DU CADA 15 MINUTOS 5. CFV + OSA 6. PASA A HOSPITALIZACION		
Otras Anotaciones:		
[REDACTED]		
Historia Clínica Nº: [REDACTED]	Apellidos y Nombres: [REDACTED]	

Figuras 09.1- 9.2 y 9.3 : Monitoreo Fetal Electrónico.

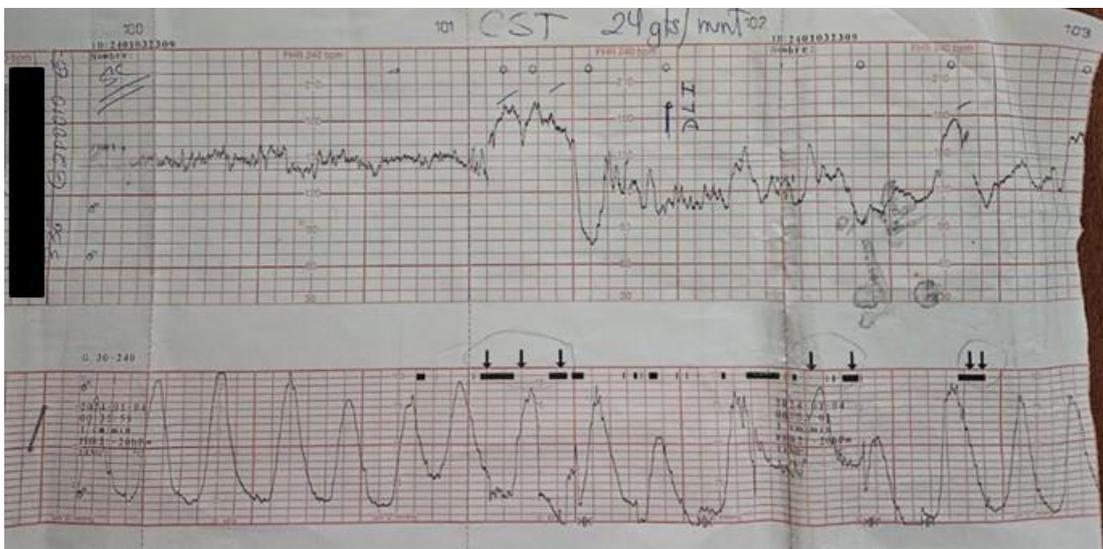
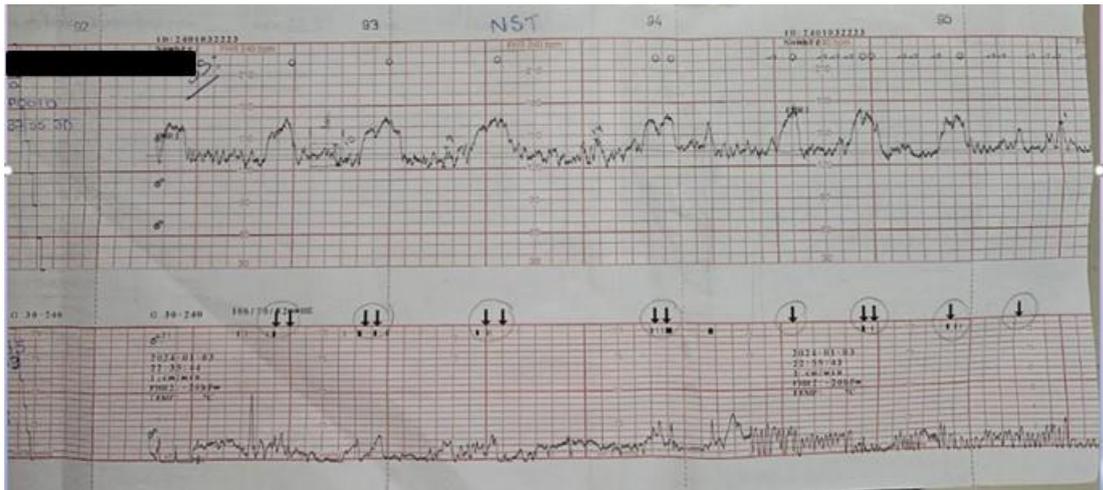


Figura 10: Consentimiento informado para Anestesia

	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ANESTESIA:		
La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor.		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:		
Para realizar la anestesia es necesario pinchar una vena por la que le administrarán los sueros y fármacos necesarios según su situación actual y el tipo de cirugía prevista. Cuando ingrese al quirófano se le colocarán una serie de cables y aparatos en su cuerpo cuya finalidad es controlar sus funciones físicas básicas. Existen diversos tipos de cirugías donde es conveniente y necesario realizar la administración de Anestesia General o Regional, o ambas a la vez, lo cual se le informará oportunamente. El médico Anestesiólogo es el encargado de controlar todo el proceso de la anestesia y tratar las complicaciones no quirúrgicas que pudieran tener lugar y quien pudiera estar acompañado de un médico estudiante de anestesiología.		
RIESGOS DE CUALQUIER TIPO DE ANESTESIA:		
La administración de los sueros y de los fármacos necesarios durante la anestesia puede producir excepcionalmente , reacciones adversas, las cuales pueden llegar a ser graves; el riesgo no es el mismo para todos los pacientes. El riesgo de la anestesia aumenta por diferentes factores como la edad, el estado psíquico, físico o enfermedades de fondo como Diabetes, Hipertensión, enfermedades cardíacas, respiratorias, etc, y por los medicamentos que se toman para controlarlas, todo esto sumado al tipo de intervención quirúrgica que puede ser complicada, de mayor duración o que se realiza sobre órganos más importantes. También existen riesgos por procedimientos anestésicos poco usuales pero necesarios para monitorear al paciente durante la cirugía o su recuperación (cateterismo venoso central y/o línea arterial).		
RIESGOS ASOCIADOS A LA ANESTESIA GENERAL:		
La anestesia general consiste principalmente en colocar un tubo en la tráquea para asegurar la respiración continua, pero su colocación puede entrañar cierta dificultad y a pesar del cuidado a tener puede dañar algún diente (especial en personas con dientes grandes, boca en malas condiciones o pequeña). Durante la colocación del tubo endotraqueal puede pasar el pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar trastornos respiratorios muy severos, siendo necesario para prevenir el evento GUARDAR AYUNO ABSOLUTO, por no menos de 8 horas antes de la cirugía programada. Posterior a la cirugía pueden aparecer complicaciones menores como dolor de garganta, tos y disfonía que son de manera temporal o pasajera.		
RIESGOS ASOCIADOS A LA ANESTESIA REGIONAL:		
La anestesia regional consiste en forma específica colocar un fármaco anestésico en un punto anestésico concreto (PLEXO NERVIOSO), por lo que la dificultad que plantea llegar al lugar de acción del fármaco anestésico, excepcionalmente puede ingresar rápidamente a la sangre a través de un vaso sanguíneo, o llegar al sistema nervioso central y producir efectos de una anestesia general y acompañarse de complicaciones graves como convulsiones, caída de la presión arterial, etc. Generalmente estas complicaciones en la mayoría de casos se solucionan, pero requiere llevar a cabo los procedimientos previstos para anestesia general. Otra complicación es que en caso no sea posible colocar la anestesia regional o no se consiga por razones técnicas, pueden aparecer en días posteriores dolor de cabeza o de espalda que desaparecerán en días posteriores. Excepcionalmente en mujeres gestantes, puede provocar la disminución de la producción de leche materna. Sin embargo, no requiere tratamiento médico, puesto que fisiológicamente al contacto piel a piel estimulará la producción del calostro.		
CONSENTIMIENTO:		
Yo,....., luego de haber leído el presente documento (consentimiento informado), declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas a los procedimientos así como los posibles riesgos que pudieran ocurrir y que dispongo de toda la información.		
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO		1



DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. En tales condiciones CONSIENTO que se me efectúe el procedimiento de Anestesia Genel Anestesia para que se me pueda realizar el procedimiento quirúrgico de Prone para mi dolencia de diagnóstico gastro brucis con las variantes que el anestesiólogo considere oportunas. Se me ha puesto en conocimiento que no pierdo mi derecho a rechazar o revocar en cualquier momento el procedimiento que se me ha informado

Dado en a los días del mes del año Hora: H.C.
Domicilio:

	Huella digital		
Firma del Paciente N° DNI:		Firma del representante legal / familiar N° DNI:	Nombre / Firma / Sello / CMP / RNE del Médico Tratante

RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO:

Yo identificado con DNI N°:
NO AUTORIZO a la realización de este procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fecha / / Hora:

	Huella digital		
Firma del Paciente N° DNI:		Firma del representante legal / familiar N° DNI:	Nombre / Firma / Sello / CMP / RNE del Médico Tratante

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo identificado con DNI N°:
declaro que de forma libre y consciente he decidido **RETIRAR EL CONSENTIMIENTO** para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fecha / / Hora:

	Huella digital		
Firma del Paciente N° DNI:		Firma del representante legal / familiar N° DNI:	Nombre / Firma / Sello / CMP / RNE del Médico Tratante

Figura 11: Consentimiento Informado para Sala de Operaciones.

	PERÚ	Ministerio de Salud	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
---	------	---------------------	---------------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA

Yo, [REDACTED] Identificada con DNI [REDACTED] en forma voluntaria, consiento que el (la) doctor (a) Medico – Gineco -Obstetra del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, me realice la operación CESAREA por indicación medica.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y que su justificación es debida a que en las circunstancias actuales de mi embarazo hacen presumir un mayor riesgo para mí y/o para mi bebe durante un parto vaginal.

Se me ha explicado que como en todo acto medico existen riesgos y se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

En mi caso particular, el (la) médico responsable me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:
Entiendo que para esta cirugía se requiere de anestesia, cuya realización esta a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el medico (a) anestesiólogo (a).

Se me informa la necesidad de la presencia de un medico Pediatra para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto medico independiente al medico Gineco-Obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del medico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción.

Yo entiendo sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva su procedimiento quirurgico que aquí autorizo.

[REDACTED]

Firma de la paciente
DNIN [REDACTED]

San Juan de Lurigancho, de de 20.....

Figura 13: Registro de Anestesia



PERU
 Ministerio de Salud
 Hospital San Juan de Lurigancho

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico



Registro de Anestesia

Nombre: [REDACTED] Pab: _____ Cama: _____ HC: _____
 Edad: 33 años Talla: _____ Peso: _____ Hora Ingreso SOP: 4:30 Fecha: 11/01/2014
 P.A. 120/70 Pulso 80 x Respiración 16 x Temperatura _____ SpO2 98 Hemoglobina 13.2 g/dl
 Diagnóstico PreQx: Peritonitis 2.º grado + Bacteriemia Alergias: None G.S. 0 Rh: +
 Operación Propuesta: CSL ASA 1 2 3 4 5 6 C Rec. Plaq: 6 T.S.21
 Premedicación: _____ Ayuno: _____ TP: _____ INR: _____
 Complicaciones preoperatorias: _____

HORA	07	15	30	45	07	15	30	45	07	15	30	45	07	15	30	45		
Res. E A C	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45

AGENTES	DOSES	TECNICAS	INDUCC.-MANTEN.-DESPERTAR-OBSERVAC.
A	1x 10mg	A regional	RO: M F Hora: 4:40 Apgar:
B	1x 10mg	A regional	con 100mg ampicilina
C	1x 10mg	A regional	Post. Operatorio: <u>Anto fetal</u>
D	1x 10mg	A regional	<input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> PISO <input type="checkbox"/> OTRO:
E	1x 10mg	A regional	FC: 10 FR: 16 PA: 110/70 SpO2: 95%
F	1x 10mg	A regional	Despierto: <input checked="" type="checkbox"/> Dormido: <input type="checkbox"/> Sedado: <input type="checkbox"/> Otros: _____
G	1x 10mg	A regional	Tiempo de Cirugía: Inicio: 4:45 Final: 5:00
H	1x 10mg	A regional	Sangrado: <u>0</u> Dx. Final: <u>0</u> Operación: <u>CSL</u>
I	1x 10mg	A regional	Anestesiólogo: <u>[REDACTED]</u>
ADMINISTRAC. DE LIQUIDOS		Máscara Laríngea/Facial	Pediatra: <u>[REDACTED]</u>
Dextrosa		Sonda orofaríngea / S. Hudson	
CiNa 97	1500 ml	Tubo Nasotracheal / Orotracheal	
Plasma		Tiempo de Anestesia: Inicio: 4:30 Final: 5:00	
Sangre			
Otros			
Instrumentista: <u>[REDACTED]</u>		Tec. Circulante: <u>[REDACTED]</u>	

Complicaciones: 76 HUGAR

Observaciones: [REDACTED]

Anestesiólogo

Figura 14: Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía



MINISTERIO DE SALUD

 INSTITUTO NACIONAL DE LA ANESTESIA Y LA REANIMACIÓN

PERU

 Ministerio de Salud

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia Antes de la incisión cutánea Antes de que el(a) paciente salga del Quirófano

H.I. ⇒ 04:31 H.S. ⇒ 05:56

ENTRADA	PAUSA	SALIDA
Con el(a) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha confirmado el(a) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> No Procedo <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha colocado el pulsoxímetro al paciente y funciona? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Tiene el(a) paciente Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Via aérea difícil / riesgo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI En este caso, ¿hay instrumental y equipo(s) ayuda disponible? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> SI Riesgo de hemorragia 500ml (7ml / Kg en niños) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> SI En este caso, ¿se ha previsto la disponibilidad de suero, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI 	Con el(a) enfermero(a) y anestesiólogo(a), y cirujano: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programadas se hayan capacitado con el protocolo de asepsia quirúrgica. <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar la identidad del(a) paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico. SI <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar al todos los miembros del equipo han cumplido con el protocolo de asepsia quirúrgica. SI <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No Procedo Previsión de Eventos Críticos <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuales son los pasos críticos o inesperados? cuanto <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? 1h: 500 <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? 1500 Anestesiista verifica: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Equipo de Enfermería verifica: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental, equipos? (con resultados de los indicadores) SI <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No Procedo 	El (a) enfermero (a) confirma verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento Cesarea + ovito fetal <input checked="" type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas gases (20) drenaj (4), Jod (30) comp. pte <input checked="" type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en que hay, incluido el nombre del paciente) SI placenta <input checked="" type="checkbox"/> ¿Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos. NO El (a) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuales son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente? Ingresa sin exchar latidos <input checked="" type="checkbox"/> NO se encuentran <input checked="" type="checkbox"/> HN ⇒ 04:49 Sexo: O base. <input checked="" type="checkbox"/> Apagar ⇒ 0 Pedictra + Dialysis <input checked="" type="checkbox"/> Pcte. pasa a Uvpa estable <input checked="" type="checkbox"/> Indica pleocito para pte Sangrado: 600 Diuresis: 100
IP Historia Clínica	Nombres y Apellidos del(a) paciente:	(336) Fecha 04/01/23 Es copia fiel del original

Figura 15: Ficha de notificación de Muerte perinatal



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO



FICHA NOTIFICACION DE MUERTE PERINATAL

FILIACION

Nombre: [Redacted] Edad: 33 años

Grado de Instruccion: Superior tecnica completa Direccion: [Redacted]

Acompañante: [Redacted]

ANTECEDENTES

FUR: 10/04/23 FPP: 18/01/24 EG: 31er 3 dias G 2 P001C

CPN: sí/no N° 6 Lugar: Larga Medica

Fecha de Ultimo CPN: 28/12/23 Fecha de Proximo CPN: 04/01/24

Atencion en Consultorio Particular: sí/no Larga Medica

Fecha: 28/12/23

Planifico el embarazo:

DATOS CLINICOS:

Disminucion de movimientos fetales: <input checked="" type="radio"/> sí/no	Tiempo:
Contracciones uterinas <input checked="" type="radio"/> sí/no	Tiempo: <u>3 horas</u>
Presencia de sangrado vaginal <input checked="" type="radio"/> sí/no	Tiempo:
Perdida de liquido amniotico <input checked="" type="radio"/> sí/no	Tiempo: <u>7 horas</u> color: <u>claro</u>

HALLAZGOS EN EL FETO

(Peso, sexo, talla, malformaciones y descripcion placentaria)

2700 gr, Masculino, 49cm, Placenta pegada a bilobulada con calcificaciones

FECHA 04/01/24

[Redacted Signature]

FIRMA MEDICO

26

Figura 16: Epicrisis de Muerte perinatal.

PERU Ministerio de Salud HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

EPICRISIS DE MUERTE PERINATAL

APELLIDOS DEL PRODUCTO : 

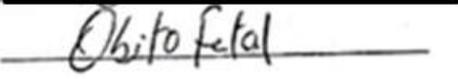
SEXO DEL PRODUCTO : Masculino

FECHA DE NACIMIENTO : 04/01/2024

HORA : 04:49

FECHA Y HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL: 03/01/24 09:51 PM

NOMBRE DE LA MADRE : 

HISTORIA CLINICA N° : 

DIAGNOSTICO DEL PRODUCTO : Obito fetal

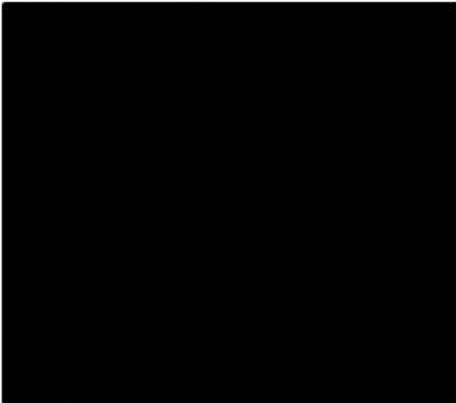
 San Juan de Lurigancho 04 de Enero del 2024



Figura 17: Reporte operatorio de la Cesárea.

PROCEDIMIENTO		
Cesarea solamente		
ELLIDOS Y NOMBRES	[REDACTED]	
II: [REDACTED]	[REDACTED] no	EDAD: 33 Años CUENTA: [REDACTED]
LLAZGOS		
***** REPORTE OPERATORIO *****		
CHA: 04/01/24 HORA DE INICIO: 04:47 HRS HORA DE TERMINO: 05:50 HRS		
: PRE OPERATORIO: GESTACION DE 37 SS // PTP // BRADICARDIA FETAL		
: POST OPERATORIO: OBITO FETAL 37 SS		
RUJANO: [REDACTED]		
UDANTE: [REDACTED]		
IESTESIOLOGO: [REDACTED]		
IESTESIA: RAQUIDEA		
RUGIA: CESAREA		
LLAZGOS:		
IN OBITO, SIN LATIDOS, CORROBORADO POR PEDIATRA. PESO: 2700 GR. TALLA 49 CM. EG POR CAPURRO 38 SS		
LACENTA PEQUEÑA BILOBULADA CON CALCIFICACIONES		
QUIDO AMNIOTICO CLARO EN ESCASA CANTIDAD SIN MAL OLO		
ORDON UMBILICAL DELGADO +/- 50CM 2A/1V		
IO +/- 600 CC		
OCEDIMIENTO:		
AA + CCE.		
INCISION TIPO PANNESTIEL		
DIERESIS POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL.		
HISTEROTOMIA SEGMENTARIA TRANSVERSA PRIMARIA TIPO KERR.		
EXTRACCION DE FETO EN CEFALICO Y SE ENTREGA A PEDIATRA.		
ALUMBRAMIENTO MANUAL + ESCOBILLONAJE.		
HISTERORRAFIA EN 2 PLANOS CON CATGUT CROMICO N 1		
REVISION PROLJA DE HEMOSTASIA		
CIERRE DE PARED POR PLANOS HASTA PIEL.		
CONTEO DE GASAS COMPLETO.		
CIDENTES: -		
AGNOSTICOS		
CIE10	DESCRIPCION	TIPO
32.1	Parto por cesarea de emergencia	Definitivo
SERVACION		
C:		
PO CSTP X BRADICARDIA FETAL		
AN: ANALGESICO. ANTIBIOTICO		
P:		
4PO X 8HRS LUEGO PROBAR TOLERANCIA ORAL.		
LORURO DE SODIO 0.9% 1000CC + OXITOCINA 30 UI - 30GTS/MIN		
EFTRIAXONA 2GR EV C/24 HRAS		
LINDAMICINA 600 MG EV C/8 HRAS		
ETAMIZOL 2 GR EV C/8 HORAS		
RAMADOL 50 MG EV PRN DOLOR INTENSO		
FV + CSV		
ONDA FOLEY PERMEABLE, RETIRAR CON DIURESIS CLARA MAYOR O IGUAL A 600CC.		
SS/8B Y HCTO CONTROL (06 HORAS POST OPERATORIO)		
[REDACTED]		
rof. Salud: [REDACTED]		

Figura 18: Reporte de Gineco Obstetra en recuperación post Cesárea.

04/01/23 08:50 AM. TA: 103.50°
P: 81.0°
Sat: 98%.

→ Se reevalúa paciente en recuperación, Notablemente
hemodinámicamente estable, no active molestias.

Al examen: AREA, UTERO
- útero contractado por debajo de CU
- legañas humedales claras en meñaca
- Herida abierta por cierre seco.

→ Paciente para hospitalización



Figura 19: Ficha de reporte de Unidad de recuperación post Anestésica.



PERÚ Ministerio de Salud

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico



HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST - ANESTÉSICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

○ Apellidos y Nombres: [REDACTED]

○ Fecha: 04-1-24 Hora de ingreso: 6:00 HCL: [REDACTED]

○ Edad: 37a Sexo: (M),(F) Cama: 01 Servicio URPA

○ SIS(✓), SOAT(), SISALUD(), Particular()

2. CONDICIÓN DEL PACIENTE

Programado () Emergencia (✓) Ambulatorio () Reingresante ()

3. DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Gest 2755 / p/p / bradicardia 170 bpm
POST OPERATORIO: Obito fetal 2755
PROCEDIMIENTO REALIZADO Cesarea.

4. TIPO DE ANESTESIA:

General Inhalatorio () General Endovenoso () Sedación ()
 Regional Raquídea (✓) Regional Epidural () Bloqueo ()
 Local () Otros: _____

5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - RECUPERACIÓN POST - ANESTESIA

Hora Ingreso: 6:00 Hora de Egreso: 9:20

Antecedentes: Niega Histo: 11-7-91 H. S30-600

Alergias: niega

Funciones Vitales T° () PA () FR () FC () SDO₂ () EVA ()

Condición del paciente al ingreso: Paciente despierta, LOTO, ventfondo espontáneo, abdomen blando y depresible, apneas, ruidos y deos, ritmo cardíaco, dando signos primarios de ganancia de peso

Condición del paciente al egreso: Clara, vitalidad perfecta, paciente en UCI pasar de Urua 11000 a 12000 / paciente es evaluado por médico cuando se acerca del despertar e indica pasar a piso - paciente pasa a piso hemodinámicamente estable con vía periférica permeable por J 207 a su TFC de 70 bpm / 12000 + exito con 700 ml - 70 bpm

Nombre del Anestesiólogo: [REDACTED] Nombre del Cirujano: [REDACTED]

Hora de Coordinaciones con Hospitalización para egreso: _____

6. ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS

HORA	INDICACIÓN
	NIPOX 8h → probar tolerancia Oral
	CINA 9/1000 + oxitecina 2001 → 20915x1
7:00	Ceftazidim 2g EV C12h
8:00	Clindamicina 600mg EV C12h
5:00	metumisol 2g EV C12h
7:40	Tramadol 50mg EV PRN a dolor intenso
	CEV
	Sonda Foley permeable (recomendamos clara > 600cc)
	SS/H by H/O control (06 Horas post operativas)

UAPM
UAPM
SOP
UAPM

7.- INDICACIÓN DEL ANESTESIOLOGO

HORA	INDICACIÓN

8. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE SIGNOS FÍSICOS SEGÚN CALIFICACIONES DE ALDRETE

Actividad Muscular:	Capaz de mover las cuatro extremidades 1
	Capaz de mover extremidades 1
	Incapaz de mover extremidades de manera voluntaria o ante orden 0
Respiración:	Capaz de respirar y tose 1
	Difícil o respirar y toser 1
	Apnea 0
Circulatorio:	PA < 20% de nivel pre anestésico 1
	PA < 20-49% del nivel pre anestésico 1
	PA < 50% del nivel pre anestésico 0
Saturación de Oxígeno:	Mantiene saturación de O2 > 92% con O2 ambiental 1
	Necesita O2 para mantener la saturación > 90% 1
	Saturación < 90% con suplemento de O2 0
Conciencia:	Despierta por completo 1
	Capaz de despertar al llamado 1
	No responde 0

Leyenda: Valoración de 8 a 10 indica que el paciente está en condiciones de ser dado de alta por el anestesiólogo a hospitalización ó de alta ambulatoria.

VALORACIÓN FÍSICA	TIEMPO									
	0	5	10	15	30	HORA	1h 30'	2 horas	3 horas	4 horas
Conciencia	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Actividad Muscular	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Respiración	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Circulación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Saturación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	4	4	4	4	4	10	10	10	10	10
Presión Arterial	116/69	117/62	118/64	117/62	118/66	108/58	115/67	118/66		
Pulso	88	85	83	85	88	75	78	84		
Respiración	18	17	18	17	17	17	17	17		
Saturación de O2	97	95	97	99	99	98	97	97		
Temperatura	36.5	36.5	36.5	→	→	→	→	→		

9. BALANCE HÍDRICO

HORA	BALANCE HÍDRICO INMEDIATO													
	INGRESO						TOTAL	EGRESO						
	CINA 9%	Dx 5%	Gel	Sangre	Medicam	ORINA		DRENAJ	APOS.	VOM	TOTAL			
Sop	1500cc													
UAPM														
UAPM														
TOTAL														

Lic. de Enfermería Responsable

Firma del Anestesiólogo

Figura 20: Evolución Médica del 04/01/24, 11:36hrs

PERÚ Ministerio de Salud Hospital de San Juan de Lurigancho

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente: [REDACTED] Fecha y Hora: 04/01/2024 11:36
 Nº Cuentá: [REDACTED] Historia Clínica Nº: [REDACTED] Cama: [REDACTED]
 Médico Tratante: [REDACTED] Servicio: HOSP-OBSTETRICIA

Funciones Vitales: PA: 100/60 FC: 80 FR: 14 T°C: 37.00 SAT: 98

Subjetivo:
 PACIENTE 33 AÑOS, PO INMEDIATO CSTP X BRADICARDIA FETAL, ACTUALMENTE NO MANIFIESTA MOLESTIAS MAYORES, NO SAT, NO SANGRADO

G2P1010
 CESÁREA 04-03-2024 4:47AM
 ÓBITO FETAL 2700 MASCULINO APGAR 0-0

NIEGA ANT PERSONALES
 NIEGA ANT OX
 NIEGA RAM

Objetivo:
 AREGLAREH/AREH
 LOTEP
 T/E/H LLENADO CAP <2 SEG, NO PALIDEZ
 ABD: B/D LEVEMENTE DOLGROSO A NIVEL PERIUMBILICAL. ÚTERO CONTRAÍDO ALTURA CICATRIZ UMBILICAL HERIDA OPERATORIA CUBIERTA CON
 GLU EQUIVOS HEMÁTICOS ESCASOS, SIN MAL OLR.
 SONDA FOLEY CON ORINA APROX 300 CC ALGO COLORICA.

Apreciación:
 PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, QUIEN REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL, SE LE INDICA MEDICACIÓN PARA SUPRESIÓN DE PRODUCCIÓN
 MATERNA, ASÍ MISMO SE LE INDICA VENDAJE COMPRESIVO. SE SOLICITÓ HEMOGLOBINA-HEMATOCRITO CONTROL.

DX:
 PO INM CSTP X BRADICARDIA FETAL
 ÓBITO FETAL

Plan:
 DIETA
 ATB
 ANALGÉSICOS
 SUPRESIÓN LACTANCIA

Diagnósticos:

Tipo Diagnóstico	CIE10	Diagnóstico
Definitivo	O82.1	Parto por cesarea de emergencia
Definitivo	O36.4	Atencion materna por muerte intrauterina
Definitivo	O68.0	Trabajo de parto y parto complicados por anomalia de la frecuencia cardiaca
Definitivo	O42.0	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas

Tratamiento:
 NPO X 8H, LUEGO D8-LAV
 CLORURO SODIO 0.9% 1000CC + ONTOGNA 30 UI --- I-B FCOS LUEGO VS
 CEFTRIAXONA 2GR EV C/24H
 CLINDAMICINA 600 MG EV C/8H
 METAMIZOL 2GR EV C/8H
 TRAMADOL 50 MG EV PRN DOLOR INTENSO
 DIMENHIDRINATO 50 MG EV PRN NÁUSEAS O VÓMITOS
 CARBERGOLINA 0,5MG 2TAB. VO DOSIS ÚNICA
 VENDAJE MAMARIO COMPRESIVO
 SONDA FOLEY PERMEABLE Y RETIRAR CON 600 CC DE DIURESIS
 HB-HCTO CONTROL (EFECTIVIZAR)
 CFV+CSV+OSA

Otras Anotaciones:
 [REDACTED] [REDACTED]

Figura 22: Evolución Médica del 05/01/24, 08:11hrs

PERU Ministerio de Salud Hospital de San Juan de Lurigancho

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente: [REDACTED] Fecha y Hora: 05/01/2024 08:11
 N° Cuenta: [REDACTED] Historia Clínica N°: [REDACTED] Cama: [REDACTED]
 Médico Tratante: [REDACTED] Servicio: HOSP-OBSTETRICIA

Funciones Vitales: PA: 100/60 FC: 80 FR: 15 T°C: 36.20 SAT: 97

Subjetivo
 PACIENTE 33 AÑOS, POI CSTEP X BRADICARDIA FETAL, ACTUALMENTE NO MANIFIESTA MOLESTIAS MAYORES. NO SAT. NO SANGRADO ACTIVO.

G2P1010
 CESÁREA 04-01-2024 4:47AM
 ÓBITO FETAL 2700 MASCULINO APGAR 9-0

NIEGA ANT PERSONALES
 NIEGA ANT OX
 NIEGA RAM

Objetivo
 ANEGAREHAREH
 LÓTEP
 T/E/H LLENADO CAP <2 SEG, NO PALIDEZ
 ABD: B/D LEVEMENTE DOLOROSO A NIVEL PERIUMBILICAL. ÚTERO CONTRAÍDO ALTURA CICATRIZ UMBILICAL HERIDA OPERATORIA BIEN AFRONTADA, NO SIGNOS DE FLOGOSIS NI SECRECIONES.
 GL: LOQUIOS MENSTRUALES ESCASOS, SIN MAL OLOR.

HB INGRESO 03-05-2024: 11.7 gr/dl
 HB CONTROL 04-01-2024: 9.7 GR/DL

Apreciación:
 PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTUALMENTE CON LEVE MOLESTIAS A NIVEL ABDOMINAL, SIENTE DISTENSIÓN ABDOMINAL LEVE. NO ADECUADAMENTE AFRONTADA. ÚTERO BIEN CONTRAÍDO. AFEBRIL. SE SIENTE TRANQUILA, EMOCIONALMENTE ESTABLE.

DI: [REDACTED]
 PO 1 CSTEP X BRADICARDIA FETAL
 ÓBITO FETAL
 ANEMIA MODERADA

Plan: [REDACTED]
 DIETA [REDACTED]
 ATB [REDACTED]
 ANALGÉSICOS
 VENDAJE MAMARIO
 CORRECCIÓN DE ANEMIA

Diagnósticos:

Tipo Diagnóstico	CIE10	Diagnóstico
Definitivo	O82.1	Parto por cesarea de emergencia
Definitivo	O36.4	Atencion materna por muerte intrauterina
Definitivo	O68.0	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardiaca
Definitivo	O42.0	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
Definitivo	O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio

Tratamiento:
 DE-LAV [REDACTED]
 VS [REDACTED]
 CEFTRIAXONA 2GR EV C/24H
 CLINDAMICINA 600 MG EV C/8H
 METAMIZOL 2GR EV C/8H
 TRAMADOL 50 MG EV P/N DOLOR INTENSO
 DIMENHIDRINATO 50 MG EV P/N NÁUSEAS O VÓMITOS
 SIMETICONA 80 MG VO C/8H
 SULFATO FERROSO 300 MG VO C/12H
 VENDAJE MAMARIO COMPRESIVO
 CFV+CSV+OSA

Otras Anotaciones: [REDACTED]

Historia Clínica N°: [REDACTED] Apellidos y Nombres: [REDACTED]

Figura 23: Evolución Médica del 05/01/24, 09:16hrs

PERU Ministerio de Salud Hospital de San Juan de Lurigancho

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente: [REDACTED] Fecha y Hora: 05/01/2024 09:18
 N° Cuenta: [REDACTED] Historia Clínica N°: [REDACTED] Cama:
 Médico Tratante: [REDACTED] Servicio: HOSP-OBSTETRICIA

Funciones Vitales: PA: 100/60 FC: 80 FR: 15 T°C: 36.20 SAT: 97

Subjetivo
 PACIENTE 33 AÑOS, POS CPTP X BRADICARDIA FETAL, ACTUALMENTE NO MANIFIESTA MOLESTIAS MAYORES. NO SAT, NO SANGRADO ACTIVO.
 PACIENTE LUEGO DE LA VISITA MÉDICA, SOLICITA SU RETIRO VOLUNTARIO A PESAR DE QUE SE LE EXPLICA LA NECESIDAD DE CONTINUAR CON LA COBERTURA ANTIBIÓTICA Y EL MANEJO REGULAR DEL POST OPERATORIO.

G2P2010
 CESÁREA 04-01-2024 4:47AM
 OBITO FETAL 2700 MASCULINO AFGAR 0-0

NIEGA ANT PERSONALES
 NIEGA ANT QX
 NIEGA RAM

Objetivo:
 AREGAREHAREH
 LOTEP
 T/E/H LLENADO CAP <2 SEG, NO PALICEZ
 ABD: B/D LEVEMENTE DOLOROSO A NIVEL PERIUMBILICAL. ÚTERO CONTRAÍDO ALTURA CICATRIZ UMBILICAL HERIDA OPERATORIA BIEN AFRONTADA, NO SIGNOS DE FLOJOSIS NI SECRECIONES.
 GLU LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS, SIN MAL OLOR.

HB INGRESO 03-01-2024: 11.7 gr/dl
 HB CONTROL 04-01-2024: 9.7 GR/DL

Apreciación:
 PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTUALMENTE CON LEVE MOLESTIAS A NIVEL ABDOMINAL, SIENTE DISTENSIÓN ABDOMINAL LEVE. NO ADECUADAMENTE AFRONTADA. ÚTERO BIEN CONTRAÍDO. AFEBRIL. SE SIENTE TRANQUILA, EMOCIONALMENTE ESTABLE.
 PACIENTE SOLICITA SU RETIRO VOLUNTARIO POR TEMAS PERSONALES A PESAR DE QUE SE LE EXPLICA LA NECESIDAD DE CONTINUAR CON LA COBERTURA ANTIBIÓTICA Y EL MANEJO REGULAR DEL POST OPERATORIO.

DX:
 PO 1 CPTP X BRADICARDIA FETAL
 OBITO FETAL
 ANEMIA MODERADA

Plan:
 PACIENTE SOLICITA RETIRO VOLUNTARIO A PESAR DE QUE SE LE EXPLICA LA NECESIDAD DE CONTINUAR CON LA COBERTURA ANTIBIÓTICA Y EL MANEJO REGULAR DEL POST OPERATORIO EN VISTA A LOS RIESGOS QUE PUEDEN PRESENTARSE COMO INFECCIÓN, DOLOR POST OPERATORIO, DEHISCENCIA DE SUTURA, INTOLERANCIA ORAL, ENTRE OTROS.

Diagnósticos:

Tipo Diagnóstico	CIE10	Diagnóstico
Definitivo	O82.1	Parto por cesarea de emergencia
Definitivo	O36.4	Atencion materna por muerte intrauterina
Definitivo	O68.0	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardiaca
Definitivo	O42.0	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
Definitivo	O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio

Tratamiento:
 DE+LAV
 VS
 CEFTRAXÍMNA 2GR EV (APLICAR ÚLTIMA DOSIS STAT)
 CLINDAMICINA 600 MG EV (APLICAR ÚLTIMA DOSIS STAT)
 METAMIZOL 2GR EV (APLICAR ÚLTIMA DOSIS STAT)

RETIRO VOLUNTARIO:
 CEFUROXÍMMA 500 MG VO C/12H X 7 DÍAS
 CLINDAMICINA 300 MG VO C/8H X 7 DÍAS
 PARACETÁMOL 2GR VO C/8H X 3 DÍAS
 SIMETICONA 80 MG VO C/8H X 3 DÍAS
 SULFATO FÉRRICO 300 MG VO C/12H X 15 DÍAS
 VENDAJE MAMARIO COMPRESIVO
 CONTROL Y CONSULTORIO EXTERNO EN 7 DÍAS PARA RETIRO DE PUNTOS

Historia Clínica N°: [REDACTED] Apellidos y Nombres: [REDACTED]

Figura 25: Informe de Alta del 05/01/24.

 PERÚ Ministerio de Salud		Hospital San Juan de Lurigancho
INFORME DE ALTA		
FECHA Y HORA DE INGRESO: 03/01/2024 9:50PM		N° DE CUENTA: [REDACTED]
FECHA DE ALTA: 05/01/2024		TIPO DE SEGURO: SIS
APELLIDOS Y NOMBRES: [REDACTED]		HC: [REDACTED]
EDAD: 33 Años	SEXO: Femenino	
SERVICIO: HOSP-OBSTETRICIA	CAMA: [REDACTED]	
DIAGNOSTICO DE INGRESO: O80.9 - Parto unico espontaneo, sin otra especificacion - Definitivo O42.9 - Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificacion - Definitivo		
RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL		
PROCEDIMIENTO EFECTUADO: 59020 - Test estresante fetal por contraccion 59514 - Cesarea solamente 90762 - Inyeccion profilactica, diagnostica o terapeutica; subcutanea o intramuscular 90764 - Inyeccion profilactica, diagnostica o terapeutica, intravenosa 99221 - Cuidados hospitalarios iniciales 99231 - Atencion paciented-dia hospitalizacion continuada 99206 - Atencion de enfermeria en II, III nivel de atencion de salud 59025 - Test no estresante fetal NST 99284 - Consulta en emergencia para evaluacion y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia clinica focalizada-extendida del problema, examen clinico detallado-extendido del problema, decision medica de moderada complejidad, u 96366 - Infusion intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnostico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, cada hora adicional (registrar por separado ademas del codigo del procedimiento principal)		
TRATAMIENTO:		
DIAGNOSTICO DE ALTA: O82.9 - Parto por cesarea, sin otra especificacion - Definitivo O42.9 - Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificacion - Definitivo O68.0 - Trabajo de parto y parto complicados por anomalia de la frecuencia cardiaca - Definitivo O36.4 - Atencion materna por muerte intrauterina - Definitivo O99.8 - Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio - Definitivo O99.0 - Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio - Definitivo		
PRONÓSTICO:		
RECOMENDACIONES:		
[REDACTED]		[REDACTED]
Apellido y Nombre - Medico Tratante		Firma y sello

Figura 26: Epicrisis del 05/01/24.


 Ministerio de Salud Hospital San Juan de Lurigancho

EPICRISIS

F y H Ingreso: 2024-01-03 9:50PM
Paciente: [REDACTED]
Servicio: HOSP-OBSTETRICIA

N° H.C: [REDACTED]
Cuenta: [REDACTED]
Cama: [REDACTED]
N° Filiación: [REDACTED]

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO	CIE10	TIPO DE DIAGNOSTICO
1) Parto unico espontaneo, sin otra especificacion	O60.9	D = Definitivo
2) Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificacion	O42.9	D = Definitivo

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Exámen Físico: -

Exámenes auxiliares: -

Evolución: -

Tratamiento: -

Recomendaciones: -

Resumen Enfermedad Actual: -

Complicaciones: -

CITA CONTROL EN:	ESPECIALIDAD	FECHA DE CITA SUGERIDA
NINGUNO		

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICOS Y/O DIAGNÓSTICOS REALIZADOS:

Cant.	Procedimientos	CPT
1) 1	Test estresante fetal por contraccion	99020
2) 2	Test no estresante fetal NST	99025
3) 1	Cesarea solamente	59514
4) 1	Inyeccion profilactica, diagnostica o terapeutica; subcutanea o intramuscular	90782
5) 1	Inyeccion profilactica, diagnostica o terapeutica, intravenosa	90784
6) 1	Infusion intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnostico (especificar la sustancia o medicamento); inicio, cada hora adicional (registrar por separado ademas del codigo del procedimiento principal)	96366
7) 1	Atencion de enfermeria en el III nivel de atencion de salud	99206
8) 1	Cuidados hospitalarios iniciales	99221
9) 1	Atencion paciente-dia hospitalizacion continuada	99231
10) 1	Consulta en emergencia para evaluacion y manejo de un usuario de salud que requiere de estos tres componentes: historia clinica focalizada-extendida del problema, examen clinico detallado-extendido del problema, decision medica de moderada complejidad, u	99294

DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO	CIE10	TIPO DE DIAGNOSTICO
1) Parto por cesarea, sin otra especificacion	O62.9	D = Definitivo
2) Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificacion	O42.9	D = Definitivo
3) Trabajo de parto y parto complicados por anomalia de la frecuencia cardiaca	O68.0	D = Definitivo
4) Atencion materna por muerte intrauterina	O36.4	D = Definitivo
5) Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	O99.6	D = Definitivo
6) Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O99.0	D = Definitivo

DIAGNOSTICO(S) DE MORTALIDAD CIE10 TIPO DE DIAGNOSTICO

INFORMACION EN CASO DE FALLECIMIENTO

CONDICION DE EGRESO

Mejorado () Curado () Retiro Voluntario (X) Fuga () Fallecido ()

TIPO DE ALTA

Definitiva (X) Transitoria () Traslado ()

Figura 27: Registro de aplicación de oxitocina (CTS)

SOLUCION														
FECHA	GOTEO	CFV			SAT 02	LF	DINAM UTERINA			EXAMEN VAGINAL				OBSERVACION
		PA	P	T ^o			F	D	I	DIL	INC	AP	M	
23:15	4 gts	120/70	74	36.7	99%	144x	-	-	-					
23:30	8 gts		77		99%	142x	irregular							
23:45	12 gts		76		99%	149x	1-2/10	15	+					
00:00	16 gts		75		99%	153	2/10	15	+					
00:15	20 gts		78		99%	144	3-4/10	20	++					
00:30	24 gts		81		99%	155	4-5/10	20	++					
00:45	24 gts		79		98%	157	5/10	25	++					
01:00	24 gts					120	5/10	25	++					

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LOS RIOS
 BOGOTÁ - COLOMBIA
 2014