



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo Previo a la Obtención del Grado
Académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE PARTO PREMATURO DE 30,4 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON POLIHIDRAMNIOS**

AUTOR

JESSIKA LISSBETH ROSERO TINUCO

TUTOR

VILLACRES FERNANDEZ FRANCISCO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR



ÍNDICE GENERAL

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.3 DATOS GENERALES	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).....	9
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	10
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	10
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	12
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	14
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	14
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	15
2.8 SEGUIMIENTO.....	16
2.9 OBSERVACIONES.....	18
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXOS.....	23



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



DEDICATORIA

El siguiente estudio de caso está dedicado con aprecio a mis queridos padres y a Dios que son los pilares fundamentales de mi vida. Al igual que a mi tutor, amigos, docentes y a todas aquellas personas que me estuvieron apoyando desde el inicio de mis estudios, manteniéndome dentro de los lazos del aprendizaje y educación a pesar de las adversidades que se me presentaron en toda mi trayectoria académica.



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



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, otorgo un agradecimiento especial a Dios por darme salud, sabiduría y conocimientos en todo momento. Al igual que a la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme aceptado y brindado el privilegio de prepararme y pulido todos estos años en base a la carrera de obstetricia.

Agradezco también a mi tutor Villacres Fernández Francisco por haberme obsequiado la oportunidad de trasmitirme sus ideales y conocimientos en cuanto a enseñanzas y aprendizajes. Y, sobre todo, haberme tenido mucha paciencia durante todo el proceso y desarrollo de mi caso.

Por último, un colosal agradecimiento a mis padres y hermanos quienes estuvieron apoyándome en todo mi proceso de educación.



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



TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE PARTO PREMATURO DE 30,4 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON POLIHIDRAMNIOS



RESUMEN

El siguiente estudio de caso está enfocado en paciente de sexo femenino de 19 años, secundigesta que es transferida del centro de salud de Mocache con diagnóstico médico de Polihidramnios más embarazo de 30 semanas de gestación por F.U.M con cuadro clínico de edemas en miembros inferiores, disnea, dolor tipo contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbar acompañado de pérdida de tapón mucoso. Al estabilizar a la paciente y administrarle plan de hidratación más antibióticos se procedió a realizar el tacto vaginal donde se evidenció una dilatación de 8cm, borramiento 90%, plano II, membranas integra, actividad uterina de 3/10/40`` Obstetra diagnostica embarazo de 30.4 semanas de gestación por F.U.M más trabajo de parto prematuro más CUP 1 más polihidramnios. Médico ordena realizar exámenes de uroanálisis, hematológicos y química sanguínea más ecografía y monitorización fetal. Paciente es transferida al área sala de parto. Se brindará el adecuado seguimiento, tratamiento y control al paciente, para así poder cumplir nuestros objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

Palabras claves: Polihidramnios, Hipogastrio, Ecografía, Parto Eutócico, Membranas Integra.



SUMMARY

The following case study is focused on a 19-year-old female patient, secondary to pregnancy, who is transferred from the Mocache health center with a medical diagnosis of chronic polyhydramnios plus a 30-week gestation pregnancy due to LMP with a clinical picture of edema in the limbs. lower legs, dyspnea, contractile type pain in the hypogastrium radiating to the lumbar region accompanied by loss of the mucous plug. Upon stabilizing the patient and administering a hydration plan plus antibiotics, a vaginal examination was performed, which revealed a dilation of 8cm, effacement of 90%, plane II, intact membranes, uterine activity of 3/10/40`` Obstetrician diagnosed pregnancy of 30.4 weeks of gestation due to LMP plus preterm labor plus CUP 1 plus polyhydramnios. Doctor orders urinalysis, hematology and blood chemistry tests plus ultrasound and fetal monitoring. Patient is transferred to the delivery room área. Adequate follow-up, treatment and control will be provided to both the patient, in order to meet our proposed objectives in this clinical case study.

Keywords: Polyhydramnios, hypogastrium, ultrasound, eutocic delivery intact membranes.



INTRODUCCIÓN

La mayoría de embarazo suelen llevarse con normalidad, pero ocurre en ciertos casos complicaciones, los cuales implican tratamientos médicos aparte del seguimiento normal del proceso, en el siguiente caso clínico se realizó un estudio de una paciente secundigesta con problemas de polihidramnios.

Se define al polihidramnios como una afección que se suele presentar cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo. No obstante, también se conoce al polihidramnios como trastorno del líquido amniótico, o hidramnios (Tango, 2021).

Es importante mencionar que la mayoría de los casos de polihidramnios son leves y se deben a una acumulación gradual de líquido amniótico durante la segunda mitad del embarazo. Sin embargo, cuando se trata de polihidramnios graves puede causar disnea, edemas en los miembros inferiores, dolor abdominal tipo cólico que se irradia a la zona pélvica y a la columna, trabajo de parto prematuro, entre otros (Mayo Clinic, 2020).

Para obtener un diagnóstico certero de polihidramnios se debe de realizar hallazgos ecográficos o examinar físicamente si el tamaño del útero es más grande de lo esperado para las fechas exactas. Por otro lado, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser en la mayoría de los casos subjetivas. También es importante mencionar que, si se sospecha polihidramnios, el líquido amniótico debe evaluarse cuantitativamente utilizando la medición ecográfica del Índice de líquido amniótico (ILA) (Dulay, 2020).

El idóneo tratamiento cuando hay casos leves de polihidramnios, requerirá tratamiento en raras ocasiones y pueden desaparecer solos. Sin embargo, si existe cuadro clínico grave basado en el diagnóstico de polihidramnios y que comprometa al trabajo de parto prematuro. El tratamiento puede comprender un drenaje del exceso de líquido amniótico. Los cuáles serán tratados con los debidos antibióticos y analgésicos en el área post operatorio (Dulay, 2020).

La siguiente investigación nos ofrece una detallada descripción de los principales aspectos relacionados con los Polihidramnios.



I. MARCO TEÓRICO

Definición de embarazo

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrerol, 2012).

Principales complicaciones en el embarazo

Según el departamento de salud de la universidad de Stanford: la mayoría de los embarazos son normales, puede haber complicaciones en algunos casos. A continuación, se enumeran algunas de las complicaciones del embarazo más comunes (Stanford University, 2022):

- Complicaciones con el líquido amniótico.
- Sangrado
- Aborto espontáneo o pérdida del feto.
- Complicaciones placentarias.
- Preeclampsia o eclampsia

LIQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico rodea al feto intraútero y cumple funciones importantes como la protección contra traumatismos, propiedades antibacterianas, asegura la hidratación del feto, suministra sales minerales y nutrientes para su desarrollo, facilita los movimientos fetales evitando las adherencias a la membrana amniótica, permite además el desarrollo del sistema músculo – esquelético fetal y del tubo digestivo, así como la maduración y desarrollo pulmonar (Alvarez, 2019).



Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Si sobra líquido puede causar demasiada presión en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro (Stanford University, 2022).

CONCEPTO DE POLIHIDRAMNIOS

Se define al polihidramnios es una afección en la que hay demasiado líquido en el saco amniótico, el saco que contiene al bebé en desarrollo (feto). Este líquido se llama líquido amniótico y rodea al feto durante el embarazo (MSP, 2015).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del polihidramnios varía según diferentes estudios, pero se considera poseer una frecuencia de 0.5 a 3.6 % de los embarazos, en un estudio en puérperas de parto pretérmino en Lima Perú no se evidencio ninguna gestante con polihidramnios, por lo que no se considera una patología frecuente, pero de importancia cuando está presente (Varas, 2020).

En Ecuador se conoce una tasa de mortalidad materna relacionada a alteraciones del líquido amniótico en 1.20%. Dentro de las complicaciones durante el embarazo, las de mayor importancia son la muerte neonatal y materna que se presenta en 320 por 100 mil nacidos vivos. Por un lado, el oligohidramnios predispone a el parto por cesárea y Apgar bajos. Y el polihidramnios predispone la prematuridad, parto quirúrgico, Apgar menor a 6 puntos y RCP neonatal (Varas, 2020). (Dulay, 2020)

PATOGENIA

Se trata de una patología rara que demanda un porcentaje de prevalencia de menos 0,5%. Produce por un desequilibrio entre las entradas y las salidas de líquido amniótico a favor de las entradas. Un 50-60% de los polihidramnios son idiopáticos. No obstante, el polihidramnios es nada menos que una acumulación excesiva de líquido amniótico >1500 – 2000 mL o, mejor definido, existe el doble de lo normal para la edad gestacional. Su diagnóstico de certeza se realiza mediante la ecografía: Diámetro de la laguna máxima > 8 cm ó I.L.A. > 24 cm (Ramirez, 2021).



CAUSAS DE POLIHIDRAMNIOS

Según en la investigación de (VASCO MORETA, 2020)

Idiopático (60%)

- El 80% de los polihidramnios leves son idiopáticos

Causas maternas (12-19%)

- Diabetes mellitus
- Isoinmunización RH
- Drogas (Abuso de benzodicepinas, terapia con litio)
- Preeclampsia
- Anemia. Obesidad
- Infección por parvovirus B19

Causas fetales (5-9%)

- Malformaciones del S.N.C.
- Tracto gastrointestinal
- Tracto respiratorio
- Insuficiencia cardiaca
- Gemelos (transfusión feto-fetal)
- Infecciones congénitas

Causas placentarias

- Corioangioma

FACTORES RELACIONADOS

Factores fetales

- **19% se vincula con anomalías congénitas como:**
 - Defectos del tubo digestivo (39%)
 - Defectos del sistema nervioso central (25%)
 - Defectos cardiovasculares (22%)
 - Defectos de las vías urinarias (13%)
 - Infección congénita (adquirida durante el embarazo)
 - Anormalidades cromosómicas.
- **7.5% se asocia con embarazos múltiples.**
- **Otras causas diversas (el % restante).**

(Gutiérrez, Maza, & Guerrero, 2019).



CLASIFICACIÓN DE POLIHIDRAMNIOS

Según el momento de instauración:

- **Agudo:** Antes de las 24 semanas de gestación.
- **Crónico:** Se diagnostica en el 3 trimestre.

Se clasifica por evolución en agudo con el 2,5%, apareciendo en el segundo trimestre, acompañándose a complicaciones congénitas incompatibles con la vida y evoluciona a parto prematuro. El polihidramnios crónico con un 97,5%, en el tercer trimestre, asociado a factores maternos, pero principalmente a factores de causa desconocidas.

Según la cantidad de líquido amniótico por ILA:

- **Leve:** 25 – 30cm
- **Moderado** 31 – 40cm
- **Severo** mayor de 40cm.

Según la medición del lago vertical de mayor profundidad encontrado:

- Leve: 8 – 11cm.
- Moderado: 12 – 15cm.
- Severo: >16cm (Cadena & Cordova, 2018).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas de la paciente se derivarán del exceso del volumen uterino:

- Disnea y polipnea.
- Edema en miembros inferiores y región suprapúbica.
- Dolor en la pelvis.
- Indigestión frecuente.
- Insuficiencia venosa en miembros inferiores.
- Poliuria (Ramirez, 2021).



DIAGNÓSTICO GENERAL

- Medición ecográfica del índice de líquido amniótico (ILA).
- Ecografía completa, incluyendo la evaluación de malformaciones fetales.
- Pruebas maternas por causas sospechadas en base a los antecedentes.

Generalmente se sospecha en base a hallazgos ecográficos o el tamaño del útero que es más grande de lo esperado para las fechas. Sin embargo, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser subjetivas. Así que, si se sospecha polihidramnios, el líquido amniótico debe evaluarse cuantitativamente utilizando el ILA (Dulay, 2020).

TRATAMIENTO GENERAL

Las medidas terapéuticas dependerán de la etiología, la edad gestacional y el grado de severidad como: amniodrenajes, la administración de indometacina o la finalización de la gestación

- **Medidas paliativas como:** Reposo en cama, administración de diuréticos y dieta Hiposódica.
- **Usar oxitocina durante el trabajo de parto:** Evita las alteraciones en las contracciones uterinas.
- **Usar oxitocina post parto:** evita las hemorragias.

(Gutiérrez, Maza, & Guerrero, 2019).

COMPLICACIONES DE POLIHIDRAMNIOS

- Nacimiento prematuro.
- Rotura prematura de membranas: cuando rompes la bolsa de manera temprana.
- Desprendimiento de placenta: cuando la placenta se despega de la pared interna del útero antes del parto.
- Prolapso del cordón umbilical: cuando el cordón umbilical desciende dentro de la vagina por delante del bebé.
- Parto por cesárea - Muerte fetal (Mayo Clinic, 2020).



1.1 JUSTIFICACIÓN

Durante el lapso de preparación, elaboración e investigación del tema se decide trabajar el caso clínico basado en una gestante de 30.4 semanas de gestación con diagnóstico de Polihidramnios, puedo justificar que tiene como prioridad dar a conocer a las gestantes y adolescentes la importancia de la información sobre planificación familiar y acerca de los factores de riesgos, cuadro clínico y las complicaciones que conlleva un embarazo.

Por aquello es de vital importancia acudir a todos los controles obstétricos, ya que así estaríamos aplicando las prevenciones de enfermedades durante la etapa del embarazo. Sin embargo, el polihidramnios es una complicación que puede aparecer entre un 0,5 – 3.6% de las gestaciones y su cuadro clínico dependerá de la severidad con la que se presenta el polihidramnios.

La finalidad del caso clínico es proceder a una atención oportuna y óptima aplicando los conocimientos aprendidos dentro de la trayectoria académica. De igual manera se evaluará y valorará el estado de la paciente mediante el examen físico y monitorización fetal, para así poder evitar complicaciones tanto a corto plazo como a largo plazo.



1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer la conducta obstétrica ante parto prematuro de 30.4 semanas de gestación con polihidramnios.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo que conlleve a una gestante a contraer Polihidramnios.
- Especificar los tipos de diagnósticos que existen para detectar un embarazo con Polihidramnios.
- Mencionar el adecuado tratamiento que se debe seguir intra – pre – post parto en una gestante con diagnóstico de Polihidramnios.



1.3 DATOS GENERALES

✚ Nombres y apellidos	NNNN
✚ Numero de historia clínica	361181
✚ Edad	19 años
✚ Sexo	Femenino
✚ Convivientes	Padres
✚ Lugar de nacimiento	Los Ríos – Mocache
✚ Fecha de nacimiento	23 – 03 – 01
✚ C.I	XXXXXXXXXX
✚ Etnia	Mestizo
✚ Lugar de residencia	La victoria – Vía a Vinces
✚ Nivel de estudios	Secundaria
✚ Nivel sociocultural/económico	Bajo
✚ Grupo Sanguíneo	O+
✚ Religión	Católica
✚ Fecha de ingreso	03 – 09 – 21
✚ Hora de ingreso	14:55pm

Elaborado por: Jessika Lissbeth Rosero Tinuco

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo femenino de 19 años es transferida del centro de salud Mocache a nuestra unidad con diagnóstico de embarazo de 30.4 semanas de gestación por FUM, más trabajo de parto prematuro, más CUP 1, más Polihidramnios.

Es traída en compañía de médico tratante quien refiere cuadro clínico de edemas en miembros inferiores, disnea, dolor tipo contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbar acompañado de pérdida de tapón mucoso.

Se realiza exámenes de uroanálisis, hematológicos, química sanguínea, ecografía y monitorización fetal. Paciente es transferida de inmediato al área de sala de parto.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> + No posee enfermedades actuales.
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> + Menarquia: 12 años + Ciclos menstruales: Irregulares/ 5 – 6 días + Síntomas: Cólicos menstruales. + Inicio de vida sexual: 17 años. + Parejas sexuales: 3 + Gestas: 2 + Partos: 1 + Cesárea: 1 + Aborto: 0 + E.T.S: No refiere. + Inmunizaciones: Antitetánica e Influenza. + Controles: 3 + FUM: 02 – 02 – 2020 + Ecografías: 1 + Edad gestacional: 30.4 semanas de gestación + Papanicolau: No + Método de planificación familiar: Ninguno
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Madre: Sin antecedentes. • Padre: Diabético

Elaborado por: Jessika Lissbeth Rosero Tinuco

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente de 19 años de edad que cursa con embarazo de 30.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación (20/02/2020), antecedentes obstétricos: gestas 2, partos 1, cesárea 1, antecedentes patológicos personales no refiere, acude a emergencia referida en ambulancia desde centro de salud Mocache con ID: embarazo de 30.4 semanas de gestación por FUM, más trabajo de parto prematuro, más CUP 1, más Polihidramnios con cuadro clínico de edemas en miembros inferiores ,refiere dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbo sacra de leve a moderada intensidad acompañada de pérdida de tapón mucoso score mama 0.

Paciente es transferida al área sala de parto para la intervención. Se brindará el adecuado seguimiento, tratamiento y control al paciente.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

- ✚ **Cabeza:** Normocefalica de consistencia dura. Cabello con buena implantación, distribución y sin presencia de lesiones.
- ✚ **Oído:** Simétricos. Pabellón auricular sensible y buena agudeza auditiva.
- Cara:** Sin presencia de cicatrices.
- ✚ **Ojos:** Pupilas dilatadas y escleróticas blancas. Reacciona al reflejo de luz.
- Nariz:** Fosnas nasales simétricas con cánula nasal a 2lt debido a la presencia de la disnea.
- ✚ **Boca:** Labios semihumedos sin presencia de fisuras.
- ✚ **Lengua:** Saburral, semihúmeda y piezas dentarias completas.
- ✚ **CUELLO:** Cilíndrico. No se palpan tiroides, ganglios, ni adenopatías.
- ✚ **COLUMNA:** Sin anomalías. No se detectó masas o bultos.
- ✚ **TORAX:** Simétrico. Altura normal de hombros y murmullos vesicular en campos pulmonares. Latidos cardíacos transitorios por las contracciones cardíacas.



- ✚ **ABDOMEN:** Blando globuloso con feto vivo de 30.4 semanas de gestación con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto. Rítmicos. Posición y eje normal.
- ✚ **EDAD GESTACIONAL:** Diámetro biparietal, perímetro craneal, longitud fémur y circunferencia abdominal corresponde a gestación que cursa aproximadamente las 29.5 – 30.2 semanas de amenorrea. Peso fetal: 1,600 gramos.
- ✚ **GENITALES:** Al tacto vaginal dilatación:8cm, borramiento: 90%,plano:II, membranas : integras .
- ✚ **EXTREMIDADES:** Simétricas. Presenta vía periférica en miembro superior con catéter calibre #18. Al igual que la presencia de edemas en miembros inferiores. Llenado capilar de 1 segundos y pulsos distales presente.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

✚ **Peso:** 48Kg

✚ **Talla:** 151cm

Al momento del ingreso la paciente reporta Score mama de 0

SCORE MAMA		PUNTUACIÓN
Frecuencia cardiaca	80lxmin	0
Presión sistólica	120 mmHg	0
Presión diastólica	80 mmHg	0
Frecuencia respiratoria	19rxmin	0
Temperatura	36.5°C	0
Saturación de oxígeno	99%	0
Estado de conciencia	Alerta	0
Proteinuria	Negativo	0
TOTAL =		0



2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
Recuento de glóbulos rojos	4.14	10 ⁶ /ul	4 – 6
Hemoglobina	12.4	g/dl	13 – 17
Hematocrito	36.5	%	40 – 50
Volumen corpuscular medio (VCM)	88.1	Um3	80 – 100
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	29.0	Pg	27 – 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	32.9	g/dl	30 – 36
Ancho de distribución Eritrocitarios	12.4	%	11.5 – 15.5
Plaquetas	443	10 ³ /ul	150 – 450
Plaquetocrito	0.43	%	0.1 – 0.5
Volumen plaquetario medio (MPV)	9.2	Um2	7.4 – 11
Índice de distribución plaquetaria (POWc)	16.1	%	10 – 18
Glóbulos blancos	14.51	10ul	4 – 10
Linfocitos	12.2	%	25 – 40
Neutrófilos	83.6	%	55 – 65
Monocitos	3.7	%	2 – 10
Eosinófilos	0.4	%	0.5 – 5
Basófilos	0.1	%	0 – 2
Células Granulares inmaduras	1.2	%	
Linfocitos (#)	1.78	10 ³ /ul	1 – 4.4
Neutrófilos (#)	12.11	10 ³ /ul	1.6 – 7
Monocitos (#)	0.54	10 ³ /ul	0.3 – 1
Eosinófilos (#)	0.06	10 ³ /ul	0 – 0.5
COAGULACIÓN			
Tiempo de protrombina (TP)	11		(12-14)
Tiempo parcial de Tromboplastina (TTP)	24		(20-40)

Elaborado por: Jessika Lissbeth Rosero Tinuco.

Fuente: Resultados de los exámenes de laboratorio del paciente.

RESULTADOS DE EXÁMENES AUTOINMUNES E INFECCIOSOS	
HIV 1 + 2 Cuarta generación	No reactivo
VDRL	No reactivo

Elaborado por: Jessika Lissbeth Rosero Tinuco.

Fuente: Resultados de los exámenes de laboratorio del paciente.



ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Al recibir los resultados de los exámenes de laboratorios se pudo interpretar que existe un aumento de glóbulos blancos 14.54 (4 – 10) lo que significa que existe un leve proceso infeccioso que debe ser tratado lo antes posible con antibióticos.

RESULTADOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

- **Feto:** Único y vivo con movimientos presentes.
- **Actitud:** Normal.
- **Presentación:** Cefálico.
- **Situación:** Longitudinal.
- **Posición:** Dorso fetal hacia la izquierda.
- **Placenta:** Inserta en la pared posterior, parénquima homogéneo, placa corial lisa sin signos de calcificación.
- **Líquido amniótico:** ILA 4 cuadrantes: Mide 42cc (Dx: Polihidramnios severo).
- **Cordón umbilical:** Disposición anatómica vascular AV normal (2 arteria, 1 vena) Arterias y vena umbilical con espectrometría velocidades e IR normales.
- **Corazón fetal:** Frecuencia 148 latidos por minutos. Rítmicos. Posicion y eje normal, sin dominancia de cavidades, válvulas bien implantadas, pericardio libre. Foramen oval y shunt evidenciado hacia la izquierda.
- **Sexo:** Masculino.
- **Labio superior:** Normal.
- **Edad gestacional:** Diámetro, biparietal, perímetro craneal, longitud fémur, y circunferencia abdominal corresponde a gestación que cursa aproximadamente las 29.5 – 30.1 semanas de amenorreas.
- **Peso fetal:** 1.600 gramos.



2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo	Embarazo de 30.4 SG +distocia de presentación
Diagnóstico diferencial	Amenaza de parto prematuro + CUP (1)
Diagnóstico definitivo	Parto prematuro de 30.4 semanas de gestación con polihidramnios severo.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ORIGEN DEL PROBLEMA

A partir de la información obtenida en la entrevista realizada a la paciente (anamnesis) y la valoración física se pudo confirmar el diagnóstico definitivo de polihidramnios debido al cuadro clínico de edemas en miembros inferiores, disnea, dolor tipo contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbar acompañado de perdida de tapón mucoso.

Se confirmó la edad gestacional de la paciente por FUM (30.4 semanas) y el índice de líquido amniótico (42cc) que fue resultados de la ecografía.

Motivo por cual, se cumplió con el criterio de diagnóstico para Polihidramnios severo.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- Ingreso hospitalario
- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal cada 4 horas
- Exámenes BH, QS, TP, TTP, HIV, VDRL, Rh
- Solucion salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto
- Betametasona 12mg IM stat y en 24 horas.
- Ampicila 1gr IV cada 6 horas



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

Es primordial dar consejería a todas las gestantes que acuden por primera vez a una unidad de salud. Debido a que se estaría evitando estos problemas que la mayoría de las veces ocurren durante la etapa del embarazo. No solo haciendo mención por los casos de Polihidramnios, sino también, por la preeclampsia, eclampsia, abortos espontáneos, etc.

El origen del problema reside desde el primer control que tiene la gestante. Es ahí donde tanto la paciente como la Obstetra deben dialogar a profundidad y con toda la confianza del mundo sin omitir el más mínimo detalle.

En este estudio de caso, el problema se debió a escaso control que tuvo la gestante. Y sobre todo, la única ecografía que se hizo en el primer contacto. De ahí se presentó el cuadro clínico de edemas en miembros inferiores, disnea, dolor tipo contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbar acompañado de pérdida de tapón mucoso.

Razón por cual, fue transferida a esta unidad de salud para ser atendida por emergencia, debido a su diagnóstico de parto prematuro de 30.4 semanas de gestación con Polidramnios.



2.8 SEGUIMIENTO

NOTA DE INGRESO (3/9/2020)

Paciente femenina de 19 años, que sube de emergencia obstétrica con ID: embarazo de 30.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación (02/02/2020)

Antecedentes gineco-obstétricos

G:2 P:1 A:0 C:1

Al momento refiere dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra:

Al examen físico:

- Cabeza: normocefalica
- Facies: normales
- Mucosas: hidratadas
- Tórax: simétrico
- Abdomen: globuloso
- Extremidades: simétricas con presencia de edemas.

Al examen gineco-obstétrico

- Dilatación: 8cm.
- Borramiento: 90%
- Plano: II
- Membranas Integras:
Actividad Uterina 3/10/40.
- FCF:148 Latidos por minutos

Signos Vitales

- **PA:** 100/60 mmHg
- **FC:** 80lxm
- **FR:** 19rxm
- **T °:** 36. 6° C
- **StO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** alerta
- **Proteinuria:** negativa
- Score mama: 0

MEDIDAS GENERALES Y TERAPEUTICAS

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal cardiaco
- Signos de alarma materno fetal
- Socialización de parto humanizado
- exámenes de laboratorio

Medicación

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc IV a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 1g IV cada 6 horas
- Betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina: 12,4
- Hematocrito: 36,5
- Plaquetas: 443
- Leucocitos: 14,51
- Neutrófilos: 63,6
- Grupo sanguíneo: A positivo
- VIH: no reactivo
- VDRL: no reactivo



NOTA POST PARTA (04/09/2020)

Paciente con más dolor es pasada a sala de parto para valoración.

Al examen ginecológico:

- Dilatación: 10cm
- Borramiento: 100%
- Plano: III
- Membranas: Integras
- Al monitoreo fetal
- FCF: 145 lpm

Paciente es colocada en posición no litotómica y bajo normas de asepsia y antisepsia de la región vulvo vaginal se realiza episiotomía, paciente obtiene recién nacido único vivo de sexo masculino APGAR 8/9 con peso de 1.700 gr y talla 44cm. líquido amniótico claro RN es recibido por pediatra de turno se realizó apego precoz y se clampea cordón umbilical al cese de latidos.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Control de signos vitales
- Control de sangrado transvaginal+masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas.
- Apego precoz
- Lactancia materna
- Oxitocina 10UI IM al minuto de salida de hombro anterior
- Biometría de control
- Se transfiere al RN al área de UCIN para brindarle soporte de oxígeno por cánula nasal.

Medicación

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc IV a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 1g IV cada 6 horas
- Paracetamol 500mg vo cada 6 horas

ALTA MÉDICA (05/09/2020)

Paciente que cursa con más menos 24 horas posparto al momento estable, activa, reactiva afebril orientada en tiempo y espacio, útero contraído en involución uterina por debajo de cicatriz umbilical abdomen no doloroso a la palpación loquios escasos exámenes de laboratorio.
hemoglobina 10
hematocrito 29.6
VDRL no reactivo
VIH no reactivo

ID: puerperio fisiológico mediato

Consejería en planificación familiar
asesoría de signos de alarma materno
dieta general
amoxicilina 50 mg cada 8 horas
paracetamol 500 mg cada 8 horas
sulfato ferroso 100 mg cada 12 horas
levonorgestrel 0.03mg cada día .



2.9 OBSERVACIONES

- De acuerdo con un reporte ecográfico realizado de forma particular a la paciente días antes de su ingreso hospitalario, se puede identificar polihidramnios severo con un índice de líquido amniótico de 42 CC. A las 30 semanas de gestación sin embargo no se encontró evidencia de que esta patología fuese diagnosticada previamente por el centro de salud donde la gestante llevaba su control prenatal.
- Gestante no presentó complicaciones post parto.
- RN fue llevado al área de UCIN para seguimiento y control.
- Se informa al paciente y a su familia sobre el diagnóstico las medidas a realizarse, datos relevantes, como tratamiento y medidas generales.
- No se apreció malformaciones en el recién nacido, ni complicaciones. Dando como resultado un diagnóstico de: Neonato prematuro de 30.5 semanas de gestación – Bajo peso al nacer.
- Paciente se mostró muy colaboradora desde su ingreso hasta su alta médico.
- Se instruye a la madre acerca de cómo debe amamantar al recién nacido y la técnica que debe emplear a la hora de realizar el apego precoz.
- Se ofrece planificación familiar a la madre y se le menciona los beneficios a corto y largo plazo, tanto para ella como para su hijo.
- Se recomienda a la madre que acuda al centro de salud más cercano, para seguimiento y control de salud.



CONCLUSIONES

Debemos tener en cuenta que el embarazo es un proceso fisiológico normal el mismo que puede verse alterado por diferentes patologías durante el transcurso de su desarrollo desatando inminentes complicaciones materno-fetales. El cuidado de la salud prenatal tiene como objetivo identificar oportunamente los factores de riesgo en la gestante y disminuir sustancialmente el riesgo de complicaciones. En la investigación puedo concluir que no se encontraron factores de riesgos que influyen de manera significativa en la paciente gestante para padecer polihidramnios.

Se logró brindar atención adecuada y oportuna a la gestante gracias a la participación del equipo de salud y el apoyo de los especialistas gineco-obstetras. El diagnóstico se determinó por medio de medición ecográfica del índice de líquido amniótico (ILA) y ecografía completa.

Las medidas terapéuticas dependerán de la edad gestacional y el grado de severidad como amniodrenaje, (evacuación del exceso de líquido amniótico) finalización de la gestación



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarez, S. (2019). Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio. Revista de Gineco - pediátrica, 2-12.

Cadena, J., & Cordova, C. (2018). PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE POLIHIDRAMNIOS ASOCIADO A PATOLOGIAS FETALES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL 2015 - 2017. Universidad Estatal de Guayaquil, Departamento de medicina. Guayaquil - Quito: Editorial Universitaria S.A. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepositorio.ug.edu.ec%2Fbitstream%2Fredug%2F30502%2F1%2FCD%252022-22-%2520JOHANNA%2520REBECA%2520CADENA%2520YEPEZ.pdf&clen=1201953](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30502/1/FCD%252022-22-%2520JOHANNA%2520REBECA%2520CADENA%2520YEPEZ.pdf)

Pellicer, H. D. (2016). Obstetricia y Ginecología Guía de actuación. Madrid: Editorial Médica Panamericana, s. a.

Dulay, A. (11 de Octubre de 2020). Polihidramnios. Manual MSD, 1-4. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%3ADa-y-obstetricia/anomal%3ADas-del-embarazo/polihidramnios>

Gutiérrez, J., Maza, C., & Guerrero, C. (17 de Enero de 2019). Amniodrenaje en el manejo del polihidramnios severo sintomático. Revista clínica e investigación en Obstetricia y Ginecología, 1-4.

Mayo Clinic. (08 de 12 de 2020). Polihidramnios. Middlesex Health, 9. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/polyhydramnios/symptoms-causes/syc-20368493>

MEDLINE PLUS. (2021). Polihidramnios. (Tango, Ed.) Revista de junta Ética de Salud en Internet, 1-4. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003267.htm>



MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrerol, M. I. (Julio - Septiembre de 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. SCIELO Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(3), 15. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006#:~:text=La%20definici%C3%B3n%20legal%20del%20embarazo,fecundaci%C3%B3n%2C%20entonces%20este%2C%20atraviesa%20el

MSP. (2015). Polihidramnios. Guía de Práctica Clínica., 15-16. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Villanueva, D., Ávila, R., & Dies, P. (21 de Agosto de 2017). Neonatología. Federación Nacional de Neonatología de Mexico, IV(1).

Malena, T., Peña, D., & Mojica, J. (19 de Julio de 2019). Protocolo de atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR). Ministerio de Salud Publica.

Mula, R., Bennasar, M., & Palacio, M. (2019). POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia y Neonatologia,, Àrea de Medicina Fetal. España: Editorial Elsevier S.A.

Balest, A. (18 de Octubre de 2019). Síndrome de dificultad respiratoria. Manual msd para profesionales de salud. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/esec/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-en-reci%C3%A9n-nacidos>

Ramirez, J. (09 de Junio de 2021). Fisiopatología del líquido amniótico y polihidramnios. Revista Obstetrica y Ginecologica, 1-17.

Stanford University. (2022). Stanford Medicine. (S. University, Editor) Obtenido de Stanford Children's Health: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=complicationsofpregnancy-85-P04296>



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



Tango, F. (24 de 05 de 2021). Polihidramnios. (N. K. Kaneshiro, Ed.) MedlinePlus, 1-5.

Varas, J. (2020). ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES MATERNOS E ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO ANORMAL EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VITARTE EN EL PERIODO 2013-2018 . FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO, Departamento de medicina. Lima - Perú: Editorial Estudiantil Central de Perú S.A. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.urp.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FURP%2F2906%2FAVARAS.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=486556

VASCO MORETA, M. R. (2020). POLIHIDRAMNIOS POR INCOMPATILIDAD MATERNO FETAL O RH. REPOSITORIO UTB, 51. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8439>



ANEXOS



HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
COORDINACIÓN ZONAL 5 - SALUD

361181.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. VO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLINICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
MSP	MSCS	1207	07	05	12	CI

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA			
lbc	Montec	ANSA	ANSA	1208645695			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (UR)	Nº TELÉFONO
La Victoria - via a Vinces			Morada	Las Mesas	V		0968275287
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU UL	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO
23/3/01	Las Mesas	Ecuador	Mestizo	19	X		medio
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE:			
3/9/2020	Quita donut	N/A	N/A	N/A			
EN CASO NECESARIO AVISAR A	PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN	Nº TELÉFONO				
Angel Cayo	espos	La Victoria - via a Vinces	0968275287				
FORMA DE LLEGADA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELÉFONO				
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE	X	Directo	Lido. Centro de Salud	N/A	

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
14:55			no refer
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO		
		deber de ser	

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	CUSTODIA POLICIAL				
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA O PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INSALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA
OBSERVACIONES							

Activar
Ve a Configuración



MOCACHE. MARTES 25 AGOSTO 2020 3 PM
PACIENTE: ROSA UBE MONTECE
EDAD: 19 años

ECOGRAFIA OBSTETRICA

FETO: único y vivo, con movimientos presentes ACTITUD normal
PRESENTACION: cefálico SITUACION: longitudinal POSICION: dorso fetal hacia la izquierda
PLACENTA: inserta en la pared POSTERIOR, parénquima homogéneo, placa corial lisa, sin signos de calcificación.
Grado 0 de Grannum y Cols.

LIQUIDO AMNIOTICO: ILA 4 cuadrantes: mide 42 cc (**POLIHIDRAMNIOS SEVERO**)

CORDON UMBILICAL: disposición anatómica vascular AV normal (2 Art - 1 Vena).
Arteria y vena umbilical con espectrometría velocidades e IR normales.
JET VENA UMBILICAL MONOFASICO NO PULSATIL DE BAJA VELOCIDAD. NORMAL. 13 cm/seg
JET ATERIA UMBILICAL: DE BAJA RESISTENCIA. NO FLUJO REVERSA. IR NORMAL. 0,58

CORAZON FETAL: frecuencia 148 latidos por minuto. Rítmicos. Posición y eje normal, sin dominancia de cavidades, válvulas bien implantadas, pericardio libre. Foramen oval, flap y shunt evidenciado hacia la izquierda

PARTES FETALES: Mide la cefalica...
13 - 14 mm VN hasta 10 mm. Con Átrio ventricular valor **normal Alto**, mide: 10 - 11 mm.
AMBOS riñones normales. Columna vertebral axial y sagital normal.

SEXO: MASCULINO LABIO SUPERIOR: normal.

EDAD GESTACIONAL: Diámetro biparietal, perímetro craneal, longitud fémur, y circunferencia abdominal corresponde a gestación que cursa aproximadamente las 29,5 - 30,1 semanas de amenorrea.

PESO FETAL: 1,600 gramos

FPP: 2 - 5 NOVIEMBRE 2020

DR. GUNTHER PEÑA ESTRELLA
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
"UNIVERSIDAD CATOLICA DE GUAYAQUIL"
Especialista en Ginecología y Obstetricia
ECOCARDIOLOGIA Hospital Veranza
MAESTRO EN ECOGRAFIA DOPPLER LIMA PERU
Alto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO

CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

CC/INCU: 2228641691

ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Edo. Básica Joven y Adulto: Sí, otro alfabetizado; Edo. Básica Preparatoria: Sí; Edo. Básica (alm y meta): Sí; Técnico superior: Sí; Superior: Sí.

ESTADO CIVIL: Soltero; Casado; Divorciado; Viudo; De otros.

ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL: 147

ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: 147

ANTECEDENTES:

FAMILIARES: TRC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Estampido, Ota cond. médica grave.

PERSONALES: Cirugía, Gendo-Urinario, Infertilidad, Cardiopatía, Nefropatía, Violencia, VIH.

OBSTÉTRICOS: ULTIMO EMBARAZO: 01 (1999), 00 (2000), 01 (2001), 01 (2002), 01 (2003), 01 (2004), 01 (2005), 01 (2006), 01 (2007), 01 (2008), 01 (2009), 01 (2010), 01 (2011), 01 (2012), 01 (2013), 01 (2014), 01 (2015), 01 (2016), 01 (2017), 01 (2018), 01 (2019), 01 (2020), 01 (2021), 01 (2022), 01 (2023), 01 (2024), 01 (2025), 01 (2026), 01 (2027), 01 (2028), 01 (2029), 01 (2030).

GESTACIÓN ACTUAL:

PERO INICIAL: [] kg; **TALLA (cm):** []

EG CONFiable per: []; **ECOGRAFIA:** []; **FUM ACT:** []; **FUM PAS:** []; **DRUGAS: ALCOHOL:** []; **VIOLENCIA:** []; **ANTIRIBIOTA:** []; **ANTITÉTANICA:** []; **EX. NORMAL:** []

CERVIX: []; **GRUPO:** []; **TIPOPLASMO:** []; **<20 sem. Prueba solicitada:** []; **TARV:** []; **2-20 sem. Prueba solicitada:** []; **TARV:** []; **<20 sem. FOLATOS:** []; **Hb > 20 sem:** []; **SIFILIS - Diagnóstico y tratamiento:** []

CHAGAS: []; **BACTERIURIA:** []; **GLUCEMIA EN AYUNAS:** []; **PREVENCIÓN PREECLAMPSIA:** []; **ESTREPTOCOCCO B:** []; **EDUCACIÓN PRENATAL:** []; **CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA:** []

CONTROLES PRENATALES:

da	mes	año	Edad gest.	Peso	Temperatura	TA	FC	FR	TC	Sat.	Protéina	Est. con.	Altura uterina	Presentación	FCF (pm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Exámenes, tratamiento, SCORE BAKA	Iniciales Técnico	Próxima cita	

PARTO ABORTO: Parto; Aborto

FECHA DE INGRESO: []/ []/ []

CONSULTAS PRENATALES: total [06]

HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: [] días

CORTICOIDES ANTENATALES: []

UTERINHIBIDORES: []

INICIO: espontáneo [] inducido [] cesárea []

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: []

EG AL PARTO / ABORTO: 304

PRESENTACIÓN: cefálica [] pélvica [] transversa []

PESO PRODUCTO (aborto): []

TAMAÑO FETAL ACORDE EG: []

ACOMPANANTE: Pareja Familiar Partera Otro Ninguno

PRÁCTICAS INTERCULTURALES: Vestimenta [] Entrega placenta [] Ingesta líquidos [] Otras []

POSICIÓN PARTO: arrodillada [] de pie [] ocultas [] sentada [] acostada [] Botánica []

NACIMIENTO: Establecimiento de salud [] casa [] otro []

VIVO: []

Fecha de nacimiento: 04.09.2020 09:45



MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

DNEAIS - HCU-FORM.024

1. Título: "Cosentimiento informado para ingreso hospitalario"
2. Nombre del establecimiento de salud: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
3. Servicio del establecimiento de salud: Et. Ginecología
4. NÚMERO DE CÉDULA/NCU DEL PACIENTE: 1208641695
5. FECHA: 3-9-2020 6. HORA: 15:35

7.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
	<u>Ube</u>	<u>Montec</u>	<u>Rosa Ana</u>	<u>19 años</u>

8. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Hospitalización: X

9. NOMBRE DEL DIAGNOSTICO (codificación CIE10) Z34.0

10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO ingreso hospitalario

11. ¿EN QUÉ CONSISTE? ingreso hospitalario

12. ¿CÓMO SE REALIZA? Medio de fórmula matutina

13. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (Incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:

15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

16. RIESGO FRECUENTES (POCO GRAVES):

Activar Wir
Ve a Configura