



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ

TITULO DEL CASO CLINICO:

CONDUCCIÓN EN PACIENTE CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. LEÓN BECERRA

AUTORA:

TANIA MARIBEL CHACHA BAYAS

TUTOR:

DR. MANUEL TERAN AGUILERA

BABAHOYO-LOS RIOS -ECUADOR

2023

INDICE GENERAL

INDICE	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCION	IV
TITULO DE CASO CLINICO	V
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación	7
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo general.....	8
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 Datos generales	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	10
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	11
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 salud, considerando valores normales.	15
2.8 Seguimiento.....	15
2.9 Observaciones	16
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
ANEXOS	19

RESUMEN

A las 38 semanas se considera embarazo a término, o nueve meses conocidos coloquialmente, teniendo 2 rutas para su finalización, el parto vaginal y la cesárea; esta última siendo una forma artificial en la que el bebé es expulsado de la madre con la ayuda de acompañamiento gineco-obstétrico en todo momento, desde que se decide el motivo de la cesárea hasta su respectiva alta hospitalaria.

Entre las causas más comunes para que una mujer sea conducida de un parto vaginal a una cesárea son: presentar complicaciones por el canal vaginal (tener una presentación irregular del bebé o tamaño de bebé), sufrimiento fetal, disminución de la conducción de un parto vaginal, múltiples fetos, alteraciones placentarias, problemas con el cordón umbilical, problemas de salud materna (riesgo de la madre durante el parto vaginal), morfo-fisionomía del bebé (malformaciones genéticas detectadas durante los controles de embarazo) o infección vaginal activa.

En estos tiempos modernos, la cesárea se considera como un método quirúrgico opcional y requerido por una alta demanda de pacientes, la cesárea en este último siglo la denominan como una forma humanizada de dar a luz, a su vez respetando la decisión tomada por la madre; generando un aumento de pacientes que optan por esta alternativa; Cabe destacar la participación activa de los padres al tratarse en términos generales, un nacimiento lento y con un contacto directo madre e hijo o hija, sintiéndose respaldados por el personal de salud a cargo de su conducción y su terminación. (Patricia Blanco Rollán, , y otros, 2022).

Palabras claves: embarazo, cesárea, parto vaginal, controles de embarazo

ABSTRACT

Pregnancies at the end of 38 weeks, or nine months colloquially known, having 2 routes for completion, vaginal delivery and caesarean section; the latter being an artificial way in which the baby is expelled from the mother with the help of gynaecological accompaniment-obstetric at all times, from when the reason for the cesarean is decided to their respective hospital discharge.

Among the most common causes for a woman to be led from a vaginal birth to a cesarean section are: presenting complications through the vaginal canal (having an irregular presentation of the baby or baby size), fetal distress, decreased conduction of a vaginal birth, multiple fetuses, placental abnormalities, problems with the umbilical cord, maternal health problems (risk of the mother during vaginal delivery), morphophysiology of the baby (genetic malformations detected during pregnancy checks) or active vaginal infection.

In these modern times, caesarean section is considered an optional surgical method and required by a high demand of patients, caesarean section in the last century is called as a humanized way of giving birth, in turn respecting the decision taken by the mother; generating an increase in patients opting for this alternative; It should be noted the active participation of parents when treated in general terms, a slow birth and with a direct contact mother and son or daughter, feeling supported by the health personnel in charge of its conduct and completion.

Keywords: pregnancy, cesarean section, vaginal delivery, pregnancy controls

INTRODUCCION

La cesárea es un procedimiento médico-quirúrgico, que tiene como resultado final la extracción del feto conducida desde la incisión de las paredes abdominales hasta llegar al útero, referida por complicaciones del canal de parto, vía vaginal.

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante.

En la actualidad se presentan varios estudios gineco-obstétricos sobre partos vaginales con antecedente de cesárea previa, siendo calificados y estudiados individualmente y valorando el menor porcentaje de riesgo, tanto para la madre como para el bebé.

En este estudio se presenta una paciente con antecedente de cesárea previa por presentación podálica. Embarazo de “riesgo I o Medio” que acude refiriendo cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por 3 contracciones por minuto. No refiere pérdida de líquido ni sangre. No refiere antecedentes patológicos personales de gravedad, no refiere alergia alimentaria o medicamentosa. Se mantiene en observación y seguimiento de la paciente.

TITULO DE CASO CLINICO

CONDUCCIÓN EN PACIENTE CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. LEÓN BECERRA

I. MARCO TEÓRICO

La cesárea, un método quirúrgico gineco-obstétrico, del cual tiene como función la extracción del feto hacia el exterior a través de la abertura de la pared abdominal, contando con su cierre y control post quirúrgico, dejando cicatriz dependiente del cirujano que, en términos de gestación, deja limitada a la paciente a que el siguiente parto sea solamente por cesárea, salvo ciertas excepciones bibliográficas y condiciones de la paciente.

Desde la antigüedad, por el año 1916, Edward Creighins propuso que "cesárea anterior siempre cesárea" (Martha Janser-Reynaud & Ricardo Ochoa-Alcántara, 1999), esta exposición es en la actualidad aun debatible, pese a conocer el riesgo post parto con cesárea previa, entre los conocidos la rotura uterina, la viabilidad del feto y la salud de la madre. No es sorpresa que pacientes, según el seguimiento adecuado y los controles prenatales correspondientes puedan dar una mejor opción al momento de la elección del parto.

El porcentaje de cesáreas realizadas en el ámbito hospitalario ha ido en crecimiento, siendo la región Latino americana y el Caribe con las tasas de cesáreas más altas, 40,5 %; con menor porcentaje se encuentra América del Norte con 32,3 %, Oceanía 31,1 %, Europa 25 %, Asia 19,2 % y África 7,3 % (Mosquera Agudelo JL, y otros, 2017).

CONTROL Y SEGUIMIENTO GESTACIONAL

Las pacientes embarazadas post cesárea deben acudir a sus controles rutinarios, como mínimos 5 durante todo el embarazo, bajo la supervisión

multidisciplinaria entre equipo médico, obstétricas y enfermeras, quienes seguirán de cerca la evolución y curso del parto, conduciéndolo hacia la labor de parto (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La evolución natural del embarazo debe ser tomado con suma atención, teniendo en cuenta que la mujer presenta una cicatriz previa, para ello se comentara las ventajas y desventajas de la conducción de su parto dependiendo de la condición clínica de cada paciente, además de informar si está de acuerdo con el procedimiento elegido (Ministerio de Salud Pública, 2015).

El primer control de embarazo deberá ser lo antes posible, siendo ideal en el primer trimestre de embarazo, donde se deberán identificar factores de riesgo, complicaciones, y en estos casos donde se realizará la conducción de una paciente con cesárea previa, se evaluará las respectivas referencias o transferencias (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En el primer control es indispensable mencionar la información que se le entrega a las pacientes durante el embarazo, tales como:

- Cambios fisiológicos del embarazo
- Higiene personal
- Actividad física durante el embarazo.
- Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma.

- Signos de alarma para preeclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino.

Esto continuara en todo el embarazo de manera más activa, teniendo en cuenta que a partir de la semana 34 se toma la decisión de lugar, momento y tipo de parto que va a decidir, para este punto las pacientes tienen toda la información sobre la calidad de su útero, mediante ecografías, estudio de sus antecedentes y riesgos al momento del alumbramiento.

INDICADORES DE CESAREA ELECTIVA

Como se ha mencionado, tenemos indicaciones ya predispuestas para una cesárea, por riesgo materno fetal o por disposición voluntaria de la paciente. Entre los indicadores tenemos:

- Presentación pelviana: él bebe se encuentra sentado en la pelvis de la madre, impidiendo su salida natural (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).
- Placenta previa: es la implantación de la placenta en el segmento uterino bajo, siendo asintomática pero diagnosticada durante el seguimiento durante las semanas más avanzados de la gestación (entre las 36 y 37 semanas) o sintomáticas, evidente por hemorragia uterina (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).
- Infecciones: infecciones como herpes genital activo o condilomas acuminados durante el embarazo son de alto riesgo para que él bebe nazca por parto vaginal, así mismo infecciones activas de VIH (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).

- Antecedentes patológicos maternos: tal es el caso de mujeres con cardiopatías severas, riesgo de enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades genéticas que durante el parto vaginal pongan el riesgo la vida de la madre y del bebe (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).
- Gestaciones múltiples: sean estos gemelos monocigóticos o dicigóticos lleva consigo una clara indicación para ingresar a quirófano (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).
- Macrosomía fetal: cuando el peso fetal estimado supera a los 5000g, considerando la facilidad de presentar desgarró de vagina o la nula salida del feto al exterior (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).
- A demanda: en la actualidad las pacientes embarazadas tengan un feto sano, dentro de los parámetros normales para un parto vaginal adecuado, pero por elección propia prefieren un parto por cesare, detallando que toda intervención quirúrgica tiene sus riesgos (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).

PUNTAJE DE FLAMM

A pesar de las múltiples posibilidades y controversias de pacientes embarazadas con cesárea previa que desean tener un parto vaginal no es nada nuevo, varios años atrás, científicos presentaban sus teorías en base a esta premisa, entre ellos se encontraba Flamm quien, en 1997, propuso un puntaje que se vale de la condición de la mujer representado en puntos, así poder representarlo en porcentaje al momento del parto. La tasa de éxito dependería de la mujer, entre uno de los puntos a destacar esta que la madre sea menor de 40 años, las cesáreas

previas, el número de hijos antes y después de la primera cesárea, la condición clínica con la que llega en labor de parto, considerando que un puntaje más alto tendrá una probabilidad de éxito mucho mayor y viceversa (Olga Lucía Cuero-Vidal & Carlos Andrés Clavijo-Prado, 2011).

Tabla N°1: PUNTAJE ESTIMADO PARA PARTO VAGINAL DE FLAMM

1	Edad menor de 40	2 puntos
2	Parto vaginal previo:	
	Antes y después de cesárea	4 puntos
	Luego de primera cesárea	2 puntos
	Antes de primera cesárea	1 puntos
	Ninguno	0 puntos
3	Razón para primera cesárea	
	Distinta a la falla en progreso de parto	1 puntos
4	Borramiento al admitirse:	
	>75%	2 puntos
	25-75%	1 puntos
	<25%	0 puntos
5	Dilatación al admitirse igual o >4	1 puntos

Tabla N°1.- Elaborada Por Tania Maribel Chacha Bayas.- Fuente: Hospital San Juan de Dios; Cali-Colombia (Olga Lucía Cuero-Vidal & Carlos Andrés Clavijo-Prado, 2011).

La lectura de este puntaje se traduciría de la siguiente manera:

- 0 a 2 puntos: 49%
- 3 puntos: 60%
- 4 puntos: 67%

- 5 puntos: 77%
- 6 puntos: 88%
- 7 puntos: 93%
- 8 a 10 puntos: 95%

Teniendo una tasa de éxito elevada desde el puntaje 3, esto siendo valorado por estudios como el de (Anny Tatiana Vargas Juscamaita 2013), el cual obtuvo una muestra de 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior en trabajo de parto espontáneo quienes fueron atendidas por el servicio de emergencia, 178 (46,5%) tuvieron un parto vaginal exitoso, presentando un resultado favorable para este proyecto (Anny Tatiana Vargas Juscamaita, José Antonio Lévano Castro, & Maria de los Ángeles Lazo Porras, 2013).

1.1 Justificación

La conducción de pacientes durante el embarazo o control gineco-obstétrico con antecedente de cesárea previa permite una óptima respuesta al momento de tomar una decisión adecuada para el futuro del bebe y de la madre, valorada por un equipo de salud (médico especialista, obstetras y enfermeras).

En la actualidad, el sistema de salud de red integral, tanto para el sector público y privado, se mantiene en constante vigilancia en las pacientes en edad fértil, con su respectivo seguimiento gineco-obstétrico, durante y después de su embarazo, por lo cual se busca disminuir el riesgo obstétrico para futuras eventualidades.

Este caso clínico busca concientizar, afianzar y determinar el camino más óptimo en la conducción de las pacientes con cesárea previa, con una visión y experiencia actualizada para evitar complicaciones posteriores al seguimiento de mi paciente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Individualizar la conducción en pacientes con cesárea previa

1.2.2 Objetivos específicos

- Educar a las mujeres embarazadas con cesárea previa para un correcto parto vaginal
- Analizar los factores de riesgo en pacientes con cesárea previa
- Demostrar la efectividad de conducir un parto con cesárea previa

1.3 Datos generales

Nombres: N.N

Edad: 25 años

Sexo: femenina

Raza: caucásica

Lugar de nacimiento: Milagro/Ecuador

Nacionalidad: ecuatoriana

Estado civil: unión de hechos

Hijos: 3

Ocupación: ama de casa

Dirección: Calle Mariano Merchán diagonal al funeral Valdivia

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor tipo contráctil en epigastrio

- Antecedentes patológicos personales: no refiere
- Antecedentes patológicos gineco-obstétricos:
 - Gestas previas: 2
 - Cesáreas: 1 (ultimo hijo en el 2019 por presentación podálica)
 - Abortos: 0
- Antecedentes patológicos familiares: no refiere
- Alergias: no refiere
- Operaciones previas: apendicetomía previa
- Controles de embarazo: 3 controles

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente con antecedente de cesárea previa por presentación podálica. Embarazo de “riesgo I o Medio” que acude refiriendo cuadro clínico de 3 horas de evolución caracterizado por 3 contracciones por minuto. No refiere pérdida de líquido ni sangre. Por el curso clínico se puede considerar un parto de bajo riesgo (de baja intervención), no obstante, la necesidad de una vigilancia más atenta a los riesgos específicos de un parto con este historial clínico. Seguido el control y valorado en su centro de Atención Primaria por médico ginecólogo.

Ha tomado ácido fólico durante todo el embarazo y hierro oral en el último trimestre.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Paciente clínicamente estable, consciente, orientada en tiempo espacio persona, afebril.

SIGNOS VITALES

- Presión arterial: 125/81 mmHg
- Pulso: 95 por minuto
- Temperatura: 36.5°
- Respiración: 18 por minuto
- Saturación de oxígeno: 98%

EXAMEN FISICO POR REGION

- Cabeza: normocéfalo.
- Boca: húmeda, sin signos de deshidratación.
- Cuello: no se evidencian lesiones o adenopatías.
- Tórax: simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.
- Abdomen:
 - Distendido por embarazo de 39.
 - Feto único vivo.
 - Altura uterina 32.
 - Presentación: Cefálico.
 - Situación: longitudinal.
 - Posición: dorsal derecho.
 - Frecuencia cardiaca fetal: 144 lpm.
 - Dinámica uterina regular, dos contracciones cada 10 minutos.

- Pelvis: genitales externos normales, tacto vaginal: 3 cm, cérvix de consistencia media en posición centrado y con un borramiento del 90 %. No se objetiva salida de líquido amniótico.
- Extremidades: no se evidencia edema.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

<i>Grupo sanguíneo</i>	O
<i>Factor RH</i>	POSITIVO

<i>HEMOGRAMA</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>UNIDAD</i>	<i>RANGOS REF.</i>
<i>LEUCOCITOS</i>	14.94	X10 ² /μL	4-10
<i>BASOFILOS</i>	0.03	10 ³ /uL	-
<i>BASOFILOS %</i>	0.2	%	HASTA 2
<i>NEUTROFILOS</i>	12.52	10 ³ /uL	-
<i>NEUTROFILOS %</i>	63.8	%	40-70
<i>EOSINOFILOS</i>	0.13	10 ³ /uL	-
<i>EOSINOFILOS %</i>	0.9	%	HASTA 5
<i>LINFOCITOS</i>	1.72	10 ³ /uL	-
<i>LINFOCITOS %</i>	11.5	%	25-50
<i>MONOCITOS</i>	0.54	10 ³ /uL	-
<i>MONOCITOS %</i>	3.6	%	HASTA 12
<i>HEMATIES</i>	4.29	mm ³ / μL	3.5-5.5
<i>HEMOGLOBINA</i>	12.4	g/dl	9.5-16
<i>HEMATOCRITO</i>	35.7	%	36-47
<i>MCV</i>	83.1	fL	50-98
<i>MCH</i>	26.9	Pg	27-32
<i>MCHC</i>	34.7	%	31-36
<i>RDW - CV</i>	13.2	%	11.5-14.5

<i>RDW - SD</i>	39.4	fL	-
<i>PLAQUETAS</i>	233	mm ³ / μL	150-450
<i>VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO</i>	9.8	fL	7.4-10.4
<i>PDW</i>	16.2	-	-
<i>PCT</i>	0.23	-	-

Serología:

- VPH (Virus del papiloma humana): No reactivo
- HIV (Virus de la inmunodeficiencia humana): no reactivo
- TORCH (Toxoplasmosis, Otros virus, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes):
negativo

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Dado que la paciente se encuentra en una etapa gestacional temprana a la fecha probable de parto, se debe diferenciar con patologías gastrointestinales.

Diagnostico diferencial:

- Contracciones de Braxton Hicks.

Diagnostico presuntivo:

- Labor de parto.

Diagnóstico definitivo:

- Parto único espontaneo con cesárea previa.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Un estudio realizado en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona con la ayuda de ecografías del miometrio durante el embarazo tienen una tasa de efectividad entre el 71-75% que sus pacientes con antecedente de cesárea previa, tienen un parto vaginal seguro, con los debidos controles necesarios, revelando que tuvieron un parto vaginal previamente. (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona, s.f.).

El inconveniente más relevante durante la conducción del parto es la dependencia de las embarazadas a seguimientos de manera oportuna y optima debido muchas veces a inasistencias o poco interés en acudir a los controles, a pesar del oportuno abordaje por parte del personal de salud, sea por su georreferencia, cultura y nivel socioeconómico.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Dentro de este proyecto, el seguimiento de la paciente estuvo a cargo del personal de salud, desde obstetras, médicos generales y médicos gineco-obstetras, los cuales mes a mes evaluaban la situación de salud, además de la condición del bebe, tal como las guías de práctica clínica de parto del Ministerio de Salud del Ecuador lo estipulan.

2.8 Seguimiento.

La paciente fue ingresada al Hospital por el área de emergencia para su respectiva valoración gineco-obstétrica, con dinámica uterina activa, 7 contracciones por minuto, dilatación uterina 7 cm, borramiento del 75%, se evidencia cicatriz uterina previa. Se indica control de signos vitales, biometría hemática y exámenes complementarios además de ecografía uterina. A las 2 horas borramiento completo del canal vaginal y se procede a la preparación para la salida del bebe.

Se obtiene recién nacido único masculino, liquido claro, Apgar 8/9, llanto activo reactivo, se realiza pinzamiento de cordón umbilical, peso al nacer 2500 gramos, se observa la salida completa de la placenta, cotiledones completos, púérpera es trasladada al área postparto en condiciones clínicas estable, consciente, score mama 0.

2.9 Observaciones

Se obtiene recién nacido único vivo masculino, con peso y Apgar adecuado, sin complicaciones durante el parto y el alumbramiento, él bebe responde a estímulos de succión y apego precoz. La madre continua en observación, control de signos vitales y score mama cada 4 horas.

Al cumplir 46 horas intrahospitalaria, al concluir que tanto la madre como su bebe se encontraban consientes, estables, se da su respectiva alta, con las debidas indicaciones postparto y controles para su bebe.

CONCLUSIONES

- Mediante el uso del puntaje estimado para parto vaginal de Flamm (edad:29 años, parto vaginal antes de la primera cesárea, la primera cesárea con diagnóstico diferente al actual, borramiento vaginal a su ingreso del 75%, dilatación uterina de 7 cm), dio como resultado 6 puntos, equivalente a un 88% de tasa de éxito, comprobado al momento de la conducción, dando un resultado satisfactorio sin complicaciones postparto.
- Es de importancia continuar estudios y prácticas de parto vaginal en pacientes con cesárea uterina previa, demostrando que con el debido control y seguimiento se obtienen resultados óptimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anny Tatiana Vargas Juscamaita, M., José Antonio Lévano Castro, P., & Maria de los Ángeles Lazo

Porras, M. (2013). Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona. (s.f.). *PROTOCOLO:*

CESÁREA. Obtenido de <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/es/>.

Martha Janser-Reynaud, & Ricardo Ochoa-Alcántara. (1999). MANEJO DE LA PACIENTE CON UNA

CESÁREA ANTERIOR. *REV MED POST UNAH*, 4.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Control Prenatal. *Ministerio De salud Publica*.

Mosquera Agudelo JL, Martínez, Guevara Chaux CL, Navas Jojoa, Erazo Barahona MI, Paz FF, . . . F,

Gaviria Criollo CA. (2017). Clasificación de cesárea según el sistema de Robson en una IPS privada de Cali. *Universidad Libre Seccional Cali, Colombia*, 7.

Olga Lucía Cuero-Vidal, M., & Carlos Andrés Clavijo-Prado, M. (2011). PARTO VAGINAL DESPUÉS

DE UNA CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI (COLOMBIA). ESTUDIO DE COHORTE. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2*, 7.

Patricia Blanco Rollán, , M.-I., Patricia Cebrián Rodríguez, M.-I., Laura Alonso Arana, M.-I., Teresa

Almudí Alonso, M.-I., Lorena Gonzalo Velilla, M.-I., & Julia Berdún Pueyo, M.-I. (2022).

Cesárea humanizada o respetada. Obtenido de

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cesarea-humanizada-o-respetada/>

ANEXOS

ILUSTRACION N°1: BIOMETRIA HEMATICA Y EXAMENES VIROLOGICOS

Hemostasia				
Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
TIPO DE SANGRE				
GRUPO SANGUINEO	O	-	-	
FACTOR RH	POSITIVO	-	-	
Usuario Valida: SAVINA CRISTINA BATALLAS IZQUIERDO				
Fecha Valida: 17-09-2022 04:22:28				
Hematologia				
Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
HEMOGRAMA:				
LEUCOCITOS	14.94	x 10 ³ /µL	4 - 10	
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /µL	-	
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2	
NEUTROFILOS#	12.52	10 ³ /µL	-	
NEUTROFILOS %	83.8	%	40 - 70	
EOSINOFILOS#	0.13	10 ³ /µL	-	
EOSINOFILOS %	0.9	%	HASTA - 5	
LINFOCITOS#	1.72	10 ³ /µL	-	
LINFOCITOS %	11.5	%	25 - 50	
MONOCITOS#	0.54	10 ³ /µL	-	
MONOCITOS %	3.6	%	HASTA - 12	
HEMATIES	4.29	mm ³ /µL	3.5 - 5.5	
HEMOGLOBINA	12.40	g/dl	9.5 - 16	
HEMATOCRITO	35.7	%	36 - 47	
MCV	83.1	fl	80 - 98	
MCH	28.9	pg	27 - 32	
MCHC	34.7	%	31 - 36	
RDW - CV	13.2	%	11.5 - 14.5	
RDW - SD	39.4	fl	-	
PLAQUETAS	233	mm ³ /µL	150 - 450	
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.8	fl	7.4 - 10.4	
POW	18.20	-	-	
PCT	0.23	-	-	
Usuario Valida: SAVINA CRISTINA BATALLAS IZQUIERDO				
Fecha Valida: 17-09-2022 04:22:02				

Unidad medica: HGLBC

Detalle de Resultados

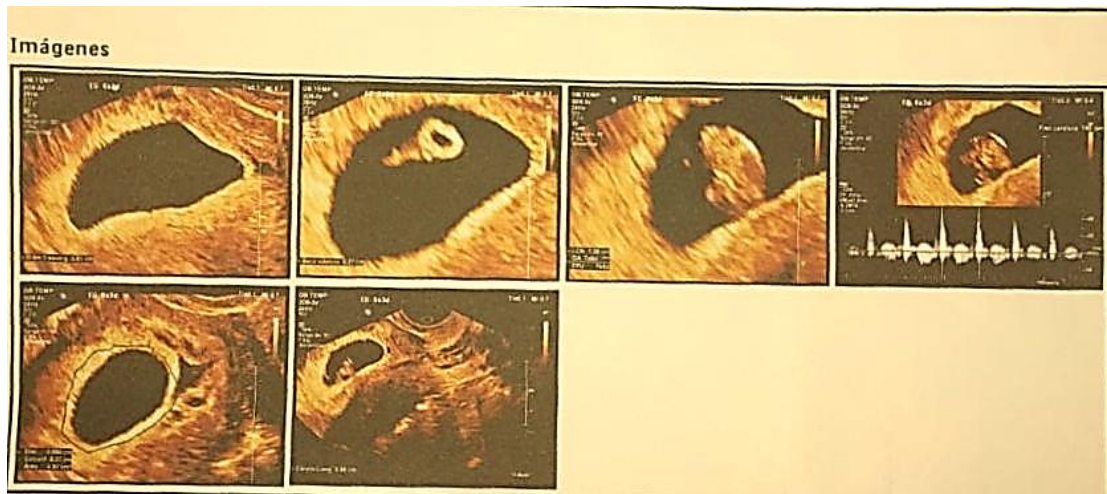
Serologia

ON Vista Detallada

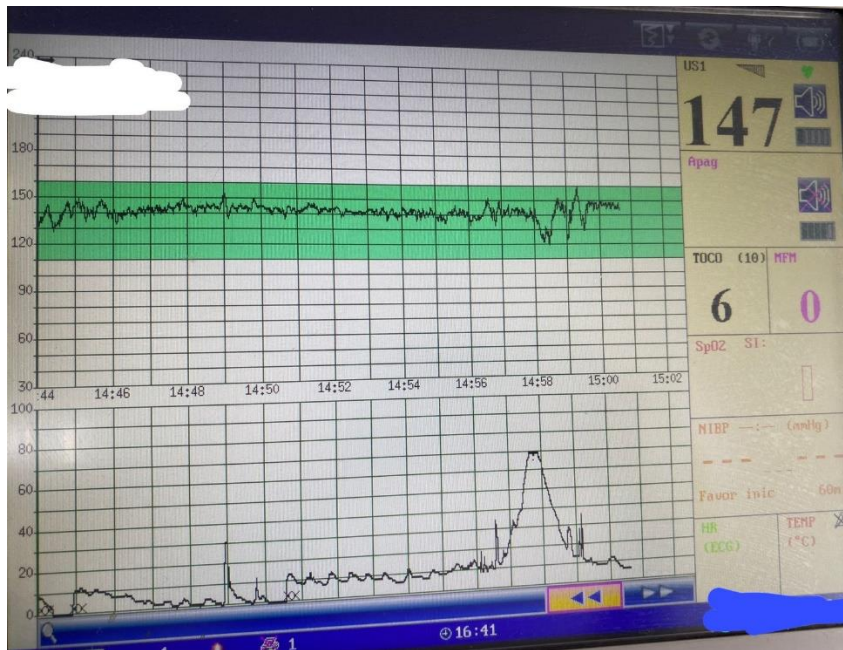
Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
SEROLOGIA:				
VDRL	NO REACTIVO	-	-	
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	-	-	

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MORALES...

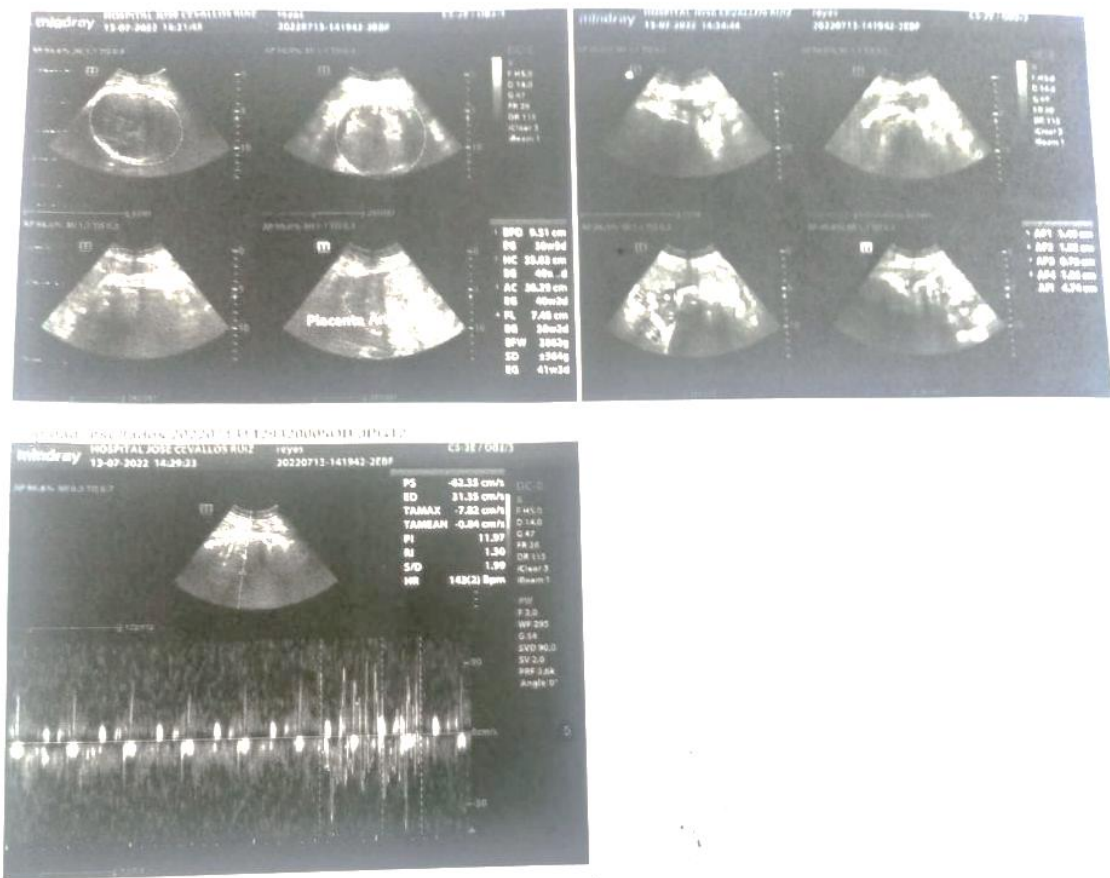
ILUSTRACION N°3: ECOGRAFIA FETAL (PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION)



ILUSTRACION N°2: MONITOREO FETAL PREVIO AL PARTO



ILUSTRACION N°4: ECOGRAFIA FETAL (39 SEMANAS DE GESTACION)



ILUSTRACION N°5: ATENCIÓN DEL PARTO



ILUSTRACION N°6: 051 ANVERSO

TELEF. FECHA DE NACIMIENTO dia 10/6 mes 03 año 1997. Nacionalidad Ecuatoriana. Edad (años) 25. ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN. ESTADIO CIVIL. ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL. ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO. HLBPT.

ANTECEDENTES

FAMILIARES TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otra cond. médica grave.

PERSONALES Cirugía Gento-Uterina, Infertilidad, Cardiopatía, Neftropatía, Violencia VIH.

OBSTÉTRICOS ÚLTIMO EMBARAZO: n/a < 200g, normal > 4000g. Embarazos Múltiples.

GESTACION ACTUAL

FECHA DE INGRESO: 24.04.2022. CONSULTAS PRENATALES: 05. HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: completa.

CONTROL PRENATAL

5 controles en Centro de Salud Las Pintas.

PARTO

FECHA DE INGRESO: 24.04.2022. CONSULTAS PRENATALES: 05. HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: completa. CORTICOIDES ANTENATALES: completo. UTEROINHIBIDORES: no. INICIO: espontáneo. RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no. EGAL PARTO / ABORTO: 39 días. PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica.

NACIMIENTO

VIVO: 26.04.2022 9:00. MUERTO: Paro. Anteparto. Se ignora.

POSTPARTO

26.04.2022 5:5 138 90 60 98 A 10 7 0.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

INFECCIONES

TRASTORNOS METABÓLICOS

OTROS TRASTORNOS

INTERVENCIONES

Alumbramiento manual, Litotritoria para lit. hemorragia, Vía venosa central, Administración de hemoderivados, Laparotomía (excluye cesárea), Ingreso a UCI > 7 días, Uso de ATB IV para lit. de complicación infecciosa.

Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura hemostática de los arterias uterinas / hipogástricas, Embolizaciones, Tráquea antishock, no neumática, Balones hidroelásticos.

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP -OPSIMS

Este color significa ALERTA

ILUSTRACION N°6: 051 REVERSO

