



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetiz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Conducta Obstetrica en múltipara de 35 años de edad con hemorragia postparto

AUTOR

EVELYN GABRIELA ARREAGA SELLAN

TUTOR

DR. ESCUDERO CASTRO ANDRES

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2020



ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE IMÁGENES.....	4
I.AGRADECIMIENTO	5
II.DEDICATORIA	6
III.TEMA.....	7
I.V RESUMEN	8
V. ABSTRACT.....	9
VI.INTRODUCCIÓN.....	10
1. MARCO TEÓRICO.....	12
1.1 DEFINICIÓN.....	12
1.2 CLASIFICACION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	13
1.3 ETIOLOGÍA.....	13
1.4 FACTORES DE RIESGO	14
1.5 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.....	14
1.6 DIAGNOSTICO.....	16
1.7 CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD	17
1.8 TRATAMIENTO.....	18
1.9 ACTIVACIÓN DE LA CLAVE	18
1.10 JUSTIFICACION.....	19
1.11 OBJETIVOS	19
1.11.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
1.12 DATOS GENERALES.....	20
2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	20
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	21
2.3 ANAMNESIS.....	22
2.4 EXPLORACIÓN CLINICA	22
2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	24
2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	26



2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	26
2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	27
2.9 SEGUIMIENTO	28
3 OBSERVACIONES	32
4.CONCLUSIONES	33
5. BIBLIOGRAFIA.....	33
6.ANEXOS.....	35



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo y causa para hemorragia postparto	14
Tabla 2 Datos generales de la paciente.	20
Tabla 3. Historial clínico de la paciente	22
Tabla 4. Score mama de la paciente al momento del ingreso	24
Tabla 5. Reporte de ecografía obstétrica prenatal.....	24
Tabla 6.Resultados de Hemograma de paciente al ingreso	25
Tabla 7.Resultados de inmunoserología y hemostasia de la paciente al ingreso .	25
Tabla 8.Evolución de cesárea de la paciente	28
Tabla 9. Evolución de hemorragia postparto de la paciente	29
Tabla 10.Evolución de Eclampsia de la paciente	32
Tabla 11.Evolución de referencia de la paciente	32

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1.Pictograma para estimación de perdida sanguínea	16
Imagen 2.Clasificación de grado de severidad de choque hipovolémico	17
Imagen 3. Detalle de la exploración física de la paciente	23



I. AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por ser quien me ha dado las fuerzas, la salud y ha preparado el camino para que pueda lograr cada meta propuesta, a mi madre por ser la primera en creer en mí, incluso antes que yo y sentarse junto a mí a buscar soluciones para mis problemas desde el día que me inscribí en el pre universitario hasta hoy, a mi padre por amarme tanto y creer que lo lograría e invertir su tiempo, esfuerzo y dinero para proveerme de todo lo que necesitaba, a mis hermanos por apoyarme con su admiración y amor incondicional, y ser mi mayor fuente de mi inspiración en este tiempo, a mi novio por los esfuerzos, sacrificios, dedicación y amor hacia mí y ser quien me ayudó a poder seguir firme en este camino, poniendo muchas veces mis necesidades por encima de cualquier cosa para que yo tuviera lo que necesitaba, hoy les puedo decir gracias a cada uno de ustedes las personas más importantes en mi vida, gracias y mil gracias porque es por ustedes que hoy estoy aquí y todo lo que soy es gracias a ustedes.

También agradezco a mis compañeros y amigos con los que empecé este sueño, por hacer mucho más divertida esta etapa de mi vida y me siento muy orgullosa de verlos obteniendo su título universitario por el que tanto se esforzaron.



II.DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres y mi hermano, por ser un pilar fundamental en este proceso, pero de manera muy especial mi dedicatoria es para mi hermana Johana Isabel Arreaga Sellan, que no se encuentra en este mundo para poder verme desde cerca lograr mis sueños , pero sé que desde el lugar donde esté siente felicidad y orgullo hacia mí como siempre me lo hizo saber, estuvo paso a paso en cada escalón que me llevaba hacia mi meta y hoy no está para celebrarlo, pero quiero elevar mi mirada al cielo y decirle Any lo logré, y fue por y para ti, hoy tu hermana es Obstetrix!!!, Te amaré por siempre.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



III.TEMA

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTÍPARA DE 35 AÑOS DE EDAD CON
HEMORRAGIA POSTPARTO**



I.V RESUMEN

La Hemorragia postparto es una de las más importantes emergencias obstétricas, siendo una de las principales causas de ingreso a unidades hospitalarias de pacientes cursando un embarazo y puérperas recientes. Es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo.

La hemorragia postparto se puede prevenir mediante el correcto manejo de la tercera etapa del parto (MATEP), que consiste en una serie de componentes: como lo es el uso uterotónico como por ejemplo la oxitocina, la correcta Tracción y contracción del cordón umbilical y los masajes uterinos.

Se presenta caso clínico de una paciente de 35 años de edad que es ingresada al área de emergencia del hospital Martín Icaza para realizar cesárea segmentaria, paciente presenta emergencia de hemorragia postparto, se activa clave roja y se actúa de acuerdo a los protocolos, posterior a esta complicación presenta una alteración en sus signos vitales desarrollando eclampsia y es referida a tercer nivel de atención hospitalaria.

El propósito de la elaboración de este caso clínico es poder dar a conocer el correcto manejo de la Hemorragia Postparto adicionalmente se pretende indicar la importancia de reconocer los signos de alarma en cada control prenatal.

Palabras clave: Hemorragia, emergencia, puerperio, mortalidad, prevención.



V. ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the most important obstetric emergencies, being one of the main causes of admission to hospital units for patients with a pregnancy and recent postpartum women. It is one of the three leading causes of maternal mortality in the world, especially in developing countries.

Postpartum hemorrhage can be prevented through the correct management of the third stage of labor (MATEP), which consists of a series of components: such as uterotonic use such as oxytocin, correct traction and contraction of the umbilical cord and the uterine massages.

A clinical case of a 35-year-old patient is presented who is admitted to the emergency area of the Martin Icaza hospital for a segmental cesarean section, the patient presents an emergency of postpartum hemorrhage, the red key is activated and acts are performed according to the protocols, later She presented an alteration in her vital signs developing eclampsia and was referred to the third level of hospital care.

The purpose of the elaboration of this clinical case is to be able to make known the importance of the correct management of Postpartum Hemorrhage, additionally it is intended to indicate the importance of recognizing the alarm signs in each prenatal control.

Key words: Hemorrhage, emergency, puerperium, mortality, prevention.



VI.INTRODUCCIÓN

De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515 000 anuales), casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La Organización Mundial de la Salud ha calculado que 99% de todas las muertes maternas se producen en los países 'en desarrollo' y en los cuales la hemorragia posparto justamente es una complicación severa que con frecuencia produce la muerte materna, justamente en la mayoría de casos por la deficiencia en los servicios de salud. (Calle, Barrera, & Guerrero, 2008)

Por cada cinco muertes maternas en Latinoamérica, se produce una muerte producto de hemorragias obstétricas durante el parto o posterior a este, por ello la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el año 2015, impulsaron una campaña cero muertes maternas por hemorragia ya que con la actuación oportuna de los profesionales de la salud pueden disminuir las muertes por esta causa. (Salud., 2019)

Cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de muerte materna. Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa (Asturizaga & Toledo, 2014).

La causa más frecuente para que se produzca una hemorragia postparto, es por atonía uterina, dado que la atonía es la incapacidad del útero de poder contraerse puede prevenirse mediante el uso de uterotónicos un ejemplo es la oxitocina. Sin embargo, incluso con el uso de medicamentos para prevenirlo algunas mujeres requieren tratamiento para cuando se presenta un sangrado excesivo.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



La oxitocina es considerada la droga de elección en el manejo activo del tercer periodo del parto. Las preparaciones de la ergotamina reducen también el riesgo de HPP con un incremento significativo de los efectos adversos y el misoprostol también reduce la probabilidad de HPP y es ideal en aquellos lugares donde no está disponible la oxitocina. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) todos los medicamentos uterotónicos orales o inyectables deben estar disponibles para la prevención y manejo de la HPP (Oladapo, 2010)



1. MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN

Es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen otras definiciones, como Pérdida de >500ml de sangre por parto vaginal y más de 1000ml por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente. Pérdida de sangre de 500ml o más en 24 horas después del parto (Dr. Basanta, Dr. Fabiano, Dr. Lukestik, Dr. Tissera, & Dra. Travela, 2019)

Actualmente es definido y diagnosticado clínicamente como cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente (por ejemplo, mareos, debilidad, palpitaciones, sudoración, inquietud, confusión, disnea, síncope) y/o presente signos de hipovolemia (por ejemplo, hipotensión, taquicardia, oliguria, con poco oxígeno de saturación. Por lo general, se supone que mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas con la HPP podrían evitarse. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la HPP son pasos vitales para mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para este fin, los trabajadores de la salud de los países en desarrollo deben tener acceso a los medicamentos apropiados y capacitarse en los procedimientos pertinentes para el tratamiento de la HPP. (OMS, 2014).



1.2 CLASIFICACION DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Una de las clasificaciones de la hemorragia obstétrica se realiza según el momento en que ocurre la hemorragia en relación al parto. En la práctica, cualquier causa de hemorragia anteparto puede resultar en una hemorragia periparto o posparto. (Pérez Solaz, y otros, 2010)

La hemorragia posparto se clasifica como temprana o tardía. La hemorragia temprana es la que se presenta durante las primeras 24 horas del periodo posparto generalmente en las 2 primeras horas siendo la más frecuente y grave; las causas son atonía uterina, retención de restos placentarios, anormalidades placentarias y laceraciones del tracto genital. La hemorragia tardía es la que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos, las causas más comunes son retención de restos placentarios, infecciones, laceraciones y la enfermedad trofoblástica. (Fescina , De Mucio , Ortiz , & Jarquin , 2012)

1.3 ETIOLOGÍA

Las causas de hemorragia posparto pueden clasificarse en 4 grandes grupos, conocidas internacionalmente como “las 4 T” (por sus iniciales en inglés). Tono: Trastornos de la contractilidad uterina; Tejido: Restos y adherencias placentarias; Traumatismos del tracto genital y Trastornos de la coagulación. (Dr. Basanta, Dr. Fabiano, Dr. Lukestik, Dr. Tissera, & Dra. Travela, 2019)



1.4 FACTORES DE RIESGO

La manera en la que se puede prevenir una hemorragia postparto es identificando los factores de riesgo y también las causas, por otra parte, gran mayoría de las hemorragias postparto ocurren en pacientes que no tenían factores riesgos evidentes lo que supone un problema para la prevención.

FACTOR DE RIESGO	4Ts	OR HPP (IC 99%)
Sospecha de abrupcio de placenta	Trombina	13 (7.61-12.9)
Placenta previa conocida	Tono	12 (7.17-23)
Gestación múltiple	Tono	5 (3-6.6)
Preeclampsia	Trombina	4
Antecedente HPP	Tono	3
Obesidad (IMC > 35)	Tono	2 (1.24-2.17)
Cesárea emergencia	Trauma	4 (3.28-3.95)
Cesárea Electiva	Trauma	2 (2.18-2.8)
Inducción de Trabajo de parto	Tono	2 (1.67-2.96)
Placenta retenida	Tejido	5 (3.36-7.87)
Episiotomía medio lateral	Trauma	5
Parto instrumentado	Trauma	2 (1.56-2.07)
Trabajo de parto prolongado (> 2 horas)	Tono	2
Macrosomía	Tono/Trauma	2 (1.38-2.6)
Corioamnionitis	Tono/Trombina	2
Edad (> 40 años)-Paridad (Multíparas)	Tono	1.4 (1.16-1.74)

Tabla 1. Factores de riesgo y causa para hemorragia postparto

Fuente: (Dr. Basanta, Dr. Fabiano, Dr. Lukeстик, Dr. Tissera, & Dra. Travela, 2019).

1.5 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Las revisiones de la literatura han demostrado que la única maniobra efectiva para la prevención de la hemorragia posparto es el manejo activo del tercer periodo, claramente sustentada bajo el nivel de evidencia A. En gestantes de alto riesgo



para HPP hay reducción del 62% de pérdida de sangre mayor a 500 cc y del 67% en pérdida mayor a 1000 cc, 66% de disminución en requerimiento de transfusión de sangre y 80% menos necesidad de oxitocina terapéutica. (Prendiville , Elbourne , & McDonald , 2009)

El manejo activo del tercer período consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia post-parto por atonía uterina. (Dr. Basanta, Dr. Fabiano, Dr. Lukestik, Dr. Tissera, & Dra. Travela, 2019)

La tercera etapa del parto es el intervalo de tiempo que comprende desde el nacimiento del niño hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas.

La mayor complicación en este periodo es la HPP: el grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La tercera etapa del parto puede ser manejada de modo activo o bien mantenerse una actitud expectante (alumbramiento espontáneo o manejo fisiológico de la tercera etapa del parto). El manejo expectante o fisiológico se refiere a un alumbramiento espontáneo de la placenta sin usar uterotónicos y sin traccionar del cordón. (A & A, 2011).

Los componentes incluyen como primer paso el uso de oxitocina 10 UI por vía intramuscular en el primer minuto luego del parto o 5 UI por vía intravenosa administradas de forma lenta, la oxitocina es el fármaco uterotónico de elección debido a su rápida acción, sin embargo, en caso de no existir disponibilidad de oxitocina se puede usar Misoprostol 600 mcg por vía oral.

Como segundo paso la correcta Tracción y contracción del cordón umbilical aplicando la contracción por encima del pubis con la otra mano. Y como tercer paso el masaje uterino postparto masajeando el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta lograr que el útero se contraiga, se debe controlar loquios.

1.6 DIAGNOSTICO

El diagnostico de hemorragia postparto se realiza cuando el sangrado excede la cantidad y duración de lo que se considera normal, el limite entre la hemorragia posparto y el sangrado fisiológico debe reconocerse para iniciar el tratamiento de la manera más rápida posible.

Una manera de poder cuantificar el volumen de perdida sanguínea es con la bolsa de recolección de sangre se trata de una bolsa recolectora con medición unida a una lámina de plástico que se coloca debajo de las nalgas de la mujer inmediatamente después del parto para así llevar la cuantificación sanguínea, ya que la estimación visual es muy imprecisa.

Otra de las herramientas para poder estimar el sangrado real son los pictogramas:



Imagen 1. Pictograma para estimación de pérdida sanguínea

Fuente: (Bose , Regan , Paterson, & Brown , 2006)

1.7 CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD

Existe una tendencia a la subestimación de las pérdidas sanguíneas en gestantes. Los signos, síntomas y su relación con el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico, deben estar listados y expuestos en el sitio de atención de partos con el fin de orientar las estrategias de manejo. (Fescina , De Mucio , Ortiz , & Jarquin , 2012)

El sangrado activo no controlado genera choque hipovolémico secundario cuando se alcanza una pérdida de volumen sanguíneo del 40%. En este estado las demandas de los tejidos no están suplidas a través del aporte de oxígeno; la profundidad y el tiempo del choque hipovolémico generan hipotermia, coagulopatía y acidosis metabólica, conocida como la tríada de la muerte. (Moore , y otros, 2006)

Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo

Imagen 2. Clasificación de grado de severidad de choque hipovolémico

Fuente: (Fescina , De Mucio , Ortiz , & Jarquin , 2012)



Cuando se desencadena una hemorragia obstétrica, como en cualquier cuadro hemorrágico, en función del volumen y de la rapidez con la que se instaura la pérdida sanguínea, se presentan diferentes síntomas y signos clínicos que marcaran la gravedad de la pérdida hemática y el grado de shock hemorrágico. (A & A, 2011)

1.8 TRATAMIENTO

Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo simultáneamente:

Comunicación al personal pertinente, reanimación inicio de reposición de líquidos y de oxigenación, monitorización e investigación de la causa y detención del sangrado. (Dr.Abalos, Dr. Asprea, & Dr. García, 2006)

El tratamiento para la hemorragia posparto consiste como primer paso en identificar la causa del sangrado y dependerá de esto para iniciar el tratamiento, la causa más común es la atonía uterina por lo que de ser esta causa se usara drogas uterotónicas.

1.9 ACTIVACIÓN DE LA CLAVE

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puerpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud. (Ecuador, 2017)



1.10 JUSTIFICACION

El siguiente trabajo de investigación es realizado con el fin de poder dar a conocer la importancia de la prevención, diagnóstico y el correcto manejo de una de las emergencias obstétricas que produce más muertes maternas cada año a nivel nacional y mundial como lo es la hemorragia postparto.

se lleva a cabo a través de un proceso de investigación en el que se exponen distintos puntos de vista de autores, libros, protocolos, revistas y guías prácticas clínicas con el fin de una mejor toma de decisiones a la hora del manejo de la hemorragia postparto para de esta manera disminuir la morbilidad materno fetal.

1.11 OBJETIVOS

1.11.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la importancia que tiene la identificación oportuna de la causa de la Hemorragia postparto para de esta manera dar un correcto manejo y tratamiento.

1.11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar correctamente los factores de riesgo para evitar posibles emergencias obstétricas como la hemorragia.
- Prevenir la hemorragia postparto mediante el buen manejo de la tercera etapa del parto.



1.12 DATOS GENERALES

Nombres completos: XXXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 1204598468	Edad: 35 años
Fecha de nacimiento: 25/01/1985	Estado civil: unión libre
Nacionalidad: ecuatoriana	Ocupación: Ama de Casa
Nivel de estudio: Secundaria	Raza: Mestiza
Dirección: Babahoyo cdla. el Chorrillo	Religión: católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Martin Icaza de Babahoyo
Fecha de ingreso: 12/07/2020	FUM: 13/10/2019

Tabla 2 Datos generales de la paciente.

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia

2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 35 años de edad ingresa al área de labor de parto en la emergencia del hospital Martin Icaza en Babahoyo, paciente ingresa asintomática para cesárea electiva, signos vitales estables, cardiorrespiratorio sin alteraciones.



2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	Obesidad tipo III
Antecedentes patológicos familiares	Padre diabético
Antecedentes quirúrgicos	2 cesáreas
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	regulares
Inicio de vida sexual:	17 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	3
Partos:	0
Abortos:	0
Cesáreas:	2
Fecha de la última menstruación:	13/10/2019
Ecografías:	2
Edad gestacional:	38.5 semanas por FUM
Papanicolaou:	Ninguno
RESUMEN DE ATENCION PRENATAL	
Talla:	1.57cm
Peso en el primer control:	91.6kg
Peso al ingreso al hospital:	111kg



Ganancia de peso:	19.4kg
IMC:	45 IMC
Curva prenatal de presión arterial:	normotensa
controles prenatales totales:	6
Control prenatal especializado:	1 (tardío: a las 36 semanas)
Control prenatal con nutricionista:	No

Tabla 3. Historial clínico de la paciente

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia

2.3 ANAMNESIS

Paciente femenino de 35 años de edad acude al área de labor de parto de la emergencia del hospital Martín Icaza, paciente ingresa asintomática para cesárea electiva, signos vitales estables al momento del ingreso, con resultados Presión arterial 130/80 mmHg. Frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 rpm. Temperatura 36.7 grados. Saturación de oxígeno 100%, estado de conciencia Alerta, proteinuria negativa se valora score mama dando resultado de 0.

Glasgow 15/15, reflejos normales, como antecedente personal relevante la paciente presenta 2 cesáreas anteriores y es categorizada como riesgo 3 debido a Obesidad tipo III con un IMC 45.

2.4 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la imagen 3:

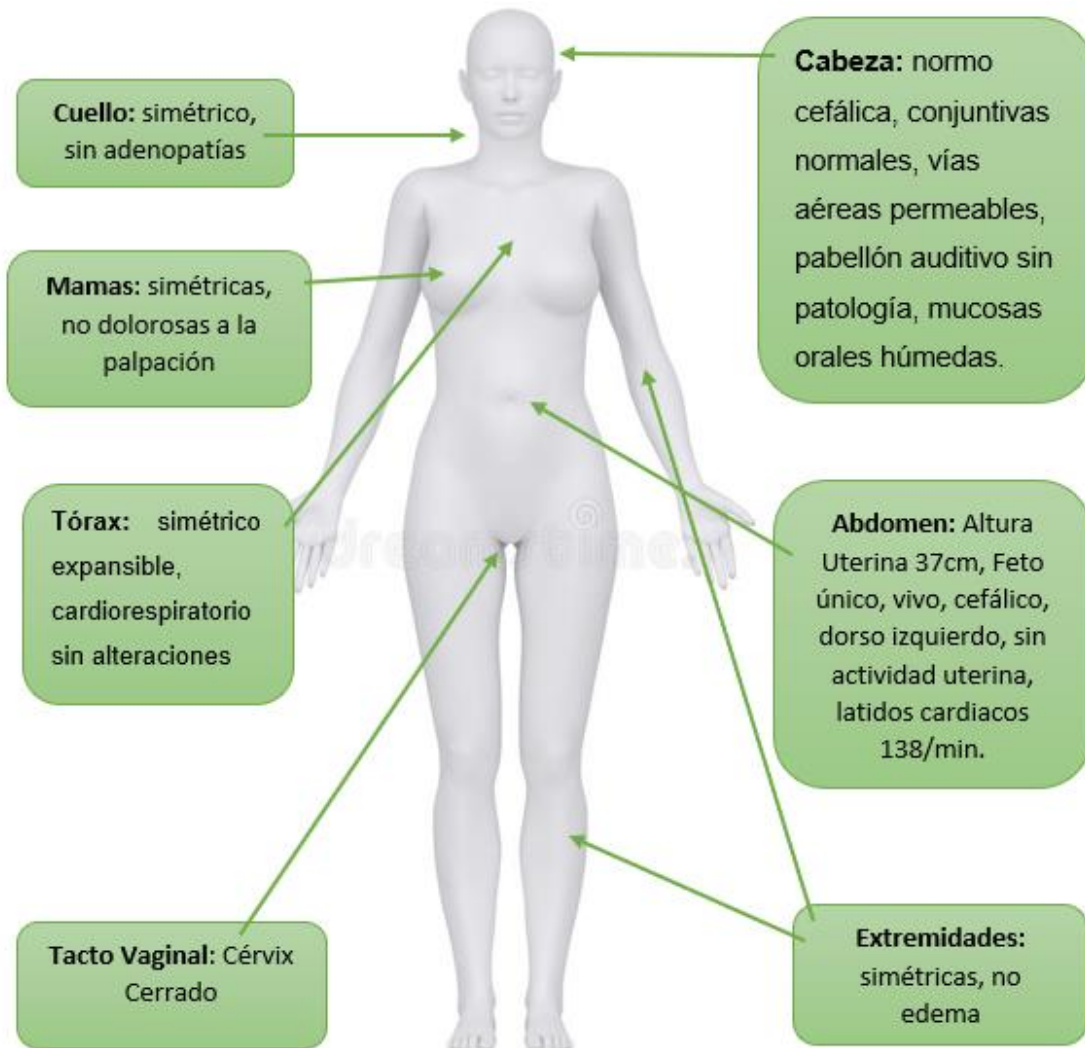


Imagen 3. Detalle de la exploración física de la paciente

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia



Al momento del ingreso de la paciente registra un SCORE MAMA tal como se puede evidenciar en la tabla 4:

CLASIFICACIÓN DEL SCORE MAMA		
Parámetro	Valores de la paciente	PUNTAJE
Presión arterial sistólica	130 mmhg	0
Presión arterial diastólica	80 mmhg	0
Frecuencia cardiaca	80	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Temperatura	36.7 °C	0
Saturación de oxígeno	100%	0
Estado de conciencia	alerta	0
Proteinuria	negativa	0
Total		0

Tabla 4. Score mama de la paciente al momento del ingreso

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia

2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía obstétrica de control prenatal realizada el 13/05/2020.
Que reporta embarazo de +/- 28 semanas de gestación, que traducido a fecha de ingreso de la paciente da como resultado 38.5 semanas de gestación, producto único, vivo, cefálico, dorso izquierdo, frecuencia cardiaca 140/min.

Tabla 5. Reporte de ecografía obstétrica prenatal

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia



Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso realizados en la unidad hospitalaria.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	9.90	$10^3/uL$	5 – 10
NEUTROFILOS	68.4	%	50 – 70
LINFOCITOS	20.7	%	20 – 40
HEMATOCRITO	40.7	%	37 – 47
HEMOGLOBINA	13.0	g/dl	11 – 15
HEMATIES	4.75	$\times 10^6/uL$	3.5 – 5
PLAQUETAS	151	$10^3/uL$	150 – 450
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		

Tabla 6. Resultados de Hemograma de paciente al ingreso

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
IMNUNOSEROLOGIA			
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	
VDRL	NEGATIVO	--	
HEMOSTASIA			
TPT	37.0	Seg.	30 – 45
TP	11.0	Seg.	10 – 14

Tabla 7. Resultados de inmunoserología y hemostasia de la paciente al ingreso

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia



2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Se realiza cesárea segmentaria sin complicaciones, RN vivo, paciente estable, score mama 0, Se aplica protocolo postquirúrgico, se controlan signos vitales y sangrado de la paciente.

Trascurridas 2 horas y media después de la realización de la cesárea paciente presenta sangrado excesivo por lo cual el personal de quirófano activa clave roja y ginecólogo acude para valoración de la paciente donde describe como diagnóstico definitivo hemorragia posparto. Además, como sospecha diagnostica retención de restos placentarios.

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

Origen del problema

Paciente que, aproximadamente 2 horas y media luego de la realización de la cesárea segmentaria, se constata perdida sanguínea mayor a 1500 ml, produciendo una hemorragia postparto inmediata.

Se activa la clave roja, se organiza el equipo de salud, se coloca traje antishock, y se procede a buscar el motivo del sangrado, confirmándose hemorragia postparto debido a hipotonía. Llega personal de laboratorio y se realiza examen de sangre.

Se procede actuar según protocolo, se realiza masaje uterino, extracción de coágulos y aplicación de uterotónicos. La paciente demuestra inestabilidad hemodinámica, signos vitales:



Fc	80
Sistólica	130
Diastólica	80
Fr	20
Temperatura	36.7
Saturación	100%
conciencia	Alerta
proteinuria	-
Total	0

Procedimiento a realizar:

- Se Activa clave roja
- Formación del equipo
- Colocación del TANN
- Canalizar 2 vías periféricas permeables con catéter 18
- Iniciar reposición de líquidos, solución salina 0,9% 1000ml+ oxitocina 40 UI, pasar 250ml/hora.
- Misoprostol sublingual 800 mcg
- Acido tranexámico 1g IV STAT

2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Evalúe el tono uterino. En caso de atonía, masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces). Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico. (publica, Quito: MSP; 2013)



2.9 SEGUIMIENTO

Evolución:	Prescripción medica																		
<p>Fecha:13/07/2020 Hora:11H20am Paciente de 35 años con Obesidad tipo III, ingresa a quirófano y se realiza cesárea segmentaria sin complicaciones, paciente estable, se obtiene producto único, vivo de sexo masculino.</p> <p>Diagnóstico definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puerperio Quirúrgico <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales:</p> <table border="1" data-bbox="316 1124 767 1632"><tbody><tr><td>Fc</td><td>80</td></tr><tr><td>Sistólica</td><td>130</td></tr><tr><td>Diastólica</td><td>80</td></tr><tr><td>Fr</td><td>20</td></tr><tr><td>Temperatura</td><td>36.7</td></tr><tr><td>Saturación</td><td>100%</td></tr><tr><td>conciencia</td><td>Alerta</td></tr><tr><td>proteínuria</td><td>-</td></tr><tr><td>Total</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Fc	80	Sistólica	130	Diastólica	80	Fr	20	Temperatura	36.7	Saturación	100%	conciencia	Alerta	proteínuria	-	Total	0	<p>Medidas generales:</p> <p>➤ Se aplica protocolo posquirúrgico</p>
Fc	80																		
Sistólica	130																		
Diastólica	80																		
Fr	20																		
Temperatura	36.7																		
Saturación	100%																		
conciencia	Alerta																		
proteínuria	-																		
Total	0																		

Tabla 8.Evolución de cesárea de la paciente



Evolución:	Prescripción medica																		
<p>Fecha:13/07/2020 Hora:13H50pm</p> <p>Paciente presenta palidez, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, Paciente presenta perdida sanguínea alrededor de 1500ml, por hipotonía uterina procediéndose al masaje uterino y extracción de abundantes coágulos de la vagina.</p> <p>Diagnóstico definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puerperio quirúrgico• Hemorragia postparto <p>Diagnóstico presuntivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Retención de restos placentarios <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan:</p> <table border="1" data-bbox="300 1487 753 1991"><tbody><tr><td>Fc</td><td>110</td></tr><tr><td>Sistólica</td><td>135</td></tr><tr><td>Diastólica</td><td>80</td></tr><tr><td>Fr</td><td>20</td></tr><tr><td>Temperatura</td><td>37</td></tr><tr><td>Saturación</td><td>100%</td></tr><tr><td>conciencia</td><td>Alerta</td></tr><tr><td>proteinuria</td><td>-</td></tr><tr><td>Total</td><td>1</td></tr></tbody></table>	Fc	110	Sistólica	135	Diastólica	80	Fr	20	Temperatura	37	Saturación	100%	conciencia	Alerta	proteinuria	-	Total	1	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se activa clave roja➤ Colocación de traje antishock➤ Canalizar dos vías periféricas➤ Solución salina 0.9% 1000ml+ oxitocina 40UI intravenosa pasar a 250ml por hora.➤ Misoprostol800mcg administrar vía sublingual➤ Acido tranexámico 1gr intravenoso stat
Fc	110																		
Sistólica	135																		
Diastólica	80																		
Fr	20																		
Temperatura	37																		
Saturación	100%																		
conciencia	Alerta																		
proteinuria	-																		
Total	1																		

Tabla 9. Evolución de hemorragia postparto de la paciente



Evolución:	Prescripción medica																																												
<p>Fecha:13/07/2020 Hora:14H40pm</p> <p>Se reevalúa paciente en condiciones delicadas, para entrar en revisión bajo normas de asepsia y antisepsia se realizó revisión de cavidad uterina extrayéndose abundantes coágulos, con curetaje gentil al final lográndose hemostasia. Paciente orientada en tiempo y espacio y bajo efecto de anestesia.</p> <p>Diagnóstico definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puerperio quirúrgico• Hemorragia postparto <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan:</p> <table border="1" data-bbox="300 1440 753 1942"><tbody><tr><td>Fc</td><td>115</td></tr><tr><td>Sistólica</td><td>130</td></tr><tr><td>Diastólica</td><td>80</td></tr><tr><td>Fr</td><td>20</td></tr><tr><td>Temperatura</td><td>36.5</td></tr><tr><td>Saturación</td><td>100%</td></tr><tr><td>conciencia</td><td>somnolienta</td></tr><tr><td>proteinuria</td><td>-</td></tr><tr><td>Total</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Fc	115	Sistólica	130	Diastólica	80	Fr	20	Temperatura	36.5	Saturación	100%	conciencia	somnolienta	proteinuria	-	Total	3	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Control de signos vitales➤ Solicitar exámenes de laboratorio➤ Vigilar sangrado <p>Resultados de exámenes:</p> <table border="1" data-bbox="868 943 1390 1673"><thead><tr><th>Examen</th><th>Resultado</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hemoglobina</td><td>11.8 g/dl</td></tr><tr><td>Hematocrito</td><td>37.9%</td></tr><tr><td>Leucocitos</td><td>24.04 10³/uL</td></tr><tr><td>Plaquetas</td><td>137 10³/uL</td></tr><tr><td>T. coagulación</td><td>7':51''min.seg</td></tr><tr><td>TP</td><td>12.0 seg</td></tr><tr><td>TPT</td><td>36.0 seg</td></tr><tr><td>creatinina</td><td>0.90mg/dl</td></tr><tr><td>glucosa</td><td>137mg%</td></tr><tr><td>TGO</td><td>44U/L</td></tr><tr><td>TGP</td><td>20U/L</td></tr><tr><td>LDH</td><td>350.00U/L</td></tr></tbody></table>	Examen	Resultado	Hemoglobina	11.8 g/dl	Hematocrito	37.9%	Leucocitos	24.04 10 ³ /uL	Plaquetas	137 10 ³ /uL	T. coagulación	7':51''min.seg	TP	12.0 seg	TPT	36.0 seg	creatinina	0.90mg/dl	glucosa	137mg%	TGO	44U/L	TGP	20U/L	LDH	350.00U/L
Fc	115																																												
Sistólica	130																																												
Diastólica	80																																												
Fr	20																																												
Temperatura	36.5																																												
Saturación	100%																																												
conciencia	somnolienta																																												
proteinuria	-																																												
Total	3																																												
Examen	Resultado																																												
Hemoglobina	11.8 g/dl																																												
Hematocrito	37.9%																																												
Leucocitos	24.04 10 ³ /uL																																												
Plaquetas	137 10 ³ /uL																																												
T. coagulación	7':51''min.seg																																												
TP	12.0 seg																																												
TPT	36.0 seg																																												
creatinina	0.90mg/dl																																												
glucosa	137mg%																																												
TGO	44U/L																																												
TGP	20U/L																																												
LDH	350.00U/L																																												



Evolución:	Prescripción medica																		
<p>Fecha:13/07/2020 Hora:15H37pm</p> <p>Se revalúa paciente la cual inicia bruscamente con alteración de la conciencia, que pocos minutos después se acompaña de convulsiones tónico clónicas de 3 minutos de duración con pérdida de conciencia, no responde lucidamente al llamado, somnolienta, cardiorespiratorio: ambos campos pulmonares bien ventilados, no estertores, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, abdomen blando depresible, útero contraído, loquios normales. Sistema nervioso: Glasgow 9/15.</p> <p>Diagnóstico definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Eclampsia <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan:</p> <table border="1" data-bbox="300 1435 762 1944"><tbody><tr><td>Fc</td><td>125</td></tr><tr><td>Sistólica</td><td>160</td></tr><tr><td>Diastólica</td><td>100</td></tr><tr><td>Fr</td><td>24</td></tr><tr><td>Temperatura</td><td>37,5</td></tr><tr><td>Saturación</td><td>95%</td></tr><tr><td>conciencia</td><td>somnolienta</td></tr><tr><td>proteinuria</td><td>++</td></tr><tr><td>Total</td><td>12</td></tr></tbody></table>	Fc	125	Sistólica	160	Diastólica	100	Fr	24	Temperatura	37,5	Saturación	95%	conciencia	somnolienta	proteinuria	++	Total	12	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se activa clave azul➤ Se decide en colectivo retiro de traje antishock➤ Oxigenoterapia cánula a 4 litros por minuto➤ Hidralaxina 5ml IV en bolo stat➤ Sultafo de magnesio: Dosis de impregnación: 30 mL de sulfato de magnesio al 20 % (6g) + 70 mL de solución salina al 0.9% pasar en 20 minutos. Dosis de mantenimiento: 100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 mL de solución salina al 0.9% pasar a 50ml por hora. <ul style="list-style-type: none">➤ Trasferir a 3er nivel
Fc	125																		
Sistólica	160																		
Diastólica	100																		
Fr	24																		
Temperatura	37,5																		
Saturación	95%																		
conciencia	somnolienta																		
proteinuria	++																		
Total	12																		



Tabla 10. Evolución de Eclampsia de la paciente

Evolución:	
Fecha:13/07/2020 Hora:17H20am Paciente sale como código rojo hacia el hospital Guasmo Sur en la ciudad de Guayaquil donde fue recibida en condiciones estables, alerta, luego de 5 días paciente es dada de alta en dicho hospital.	

Tabla 11. Evolución de referencia de la paciente

3.OBSERVACIONES

Se realizo una investigación de diferentes fuentes de información de diferentes bibliografías y libros sobre ginecología y Obstetricia con la finalidad de enfatizar sobre cómo hacer el diagnóstico y el manejo adecuado cuando se presenta una hemorragia postparto.

Existen nudos críticos dentro de este caso clínico como:

- Atención prenatal deficiente
- No se realizó la clasificación de riesgo Obstétrico y por lo tanto no se realizó la prevención de la preeclampsia
- No se realizó interconsulta con nutricionista a paciente con obesidad tipo III desde antes del embarazo
- Referencia tardía a 2 nivel de atención de paciente de alto riesgo obstétrico (llego a las 36 semanas de gestación).



4. CONCLUSIONES

La Hemorragia Postparto es la emergencia Obstétrica que causa más muertes a mujeres a nivel mundial, siendo una de las claves obstétricas más comunes, es importante saber reconocer los factores de riesgo en la atención prenatal antes de que puedan generar morbilidad materna y con el objeto de tomar medidas enfocadas en la prevención.

El diagnóstico y la determinación de la causa oportuna es imprescindible para el correcto manejo de la emergencia, siendo la causa más común la atonía uterina que es la incapacidad del útero de poder contraerse. El tratamiento de la hemorragia postparto depende de la causa por la que se presente.

5. BIBLIOGRAFIA

- Dr. Abalos, E., Dr. Asprea, I., & Dr. García, O. (Noviembre de 2006). GUIA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. Cordova, Argentina.
- A, A., & A, A. (Marzo de 2011). PROTOCOLO. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Donostia, San Sebastian, Guipúzcoa, País Vasco.
- Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Obstétrica. *Rev. Méd. La Paz*, 57-68.
- Bose, P., Regan, F., Paterson, & Brown, S. (2006). Mejora de la precisión de la sangre estimada pérdida por hemorragia obstétrica mediante reconstrucciones clínicas. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*.
- Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 233-243.



- Dr. Basanta, N., Dr. Fabiano, P., Dr. Lukestik, J., Dr. Tissera, R., & Dra. Travela, C. (2019). HEMORRAGIA POSTPARTO. *Consenso FASGO* .
- Dr. Solari A, A., Int. Solari G, C., Dr. Wash F, A., Dr. Guerrero G., M., & Dr. Enríquez G, O. (2014). HEMORRAGIA DEL POSTPARTO. PRINCIPALES ETIOLOGÍAS, SU PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 993-1003.
- Ecuador, M. d. (2017). Score MAMA y claves obstetricas, protocolo. *Score MAMA y claves obstetricas, protocolo*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.
- Fescina , R., De Mucio , B., Ortiz , E., & Jarquin , D. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. *Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR*.
- Moore , F., McKinley , B., Moore , E., Nathens , A., West , M., Shapiro , M., & Bankey , P. (2006). Guidelines for Shock Resuscitation. *J Trauma*, 82-89.
- Oladapo, W. (2010). What exactly is active management of third stage of labor? *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 4-6.
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*.
- Pérez Solaz, A., Ferrandis Comes, R., LLau Pitarch, J., Alcantara Noalles, M., Abengochea Cotaina, A., Barbera Alacreu, M., & Belda Nacher, F. (2010). La hemorragia obstetrica actualizacion. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 224-235.
- Prendiville , W., Elbourne , D., & McDonald , S. (2009). Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*.
- publica, M. d. (Quito: MSP; 2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. *Guía de Práctica clínica*.
- Salud., O. P. (4 de Julio de 2019). Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas.



6.ANEXOS

Hospital Martin Icaza

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	4.75	x 10 ⁶ /μL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	13.0	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	40.7	%	37 - 47
MCV	85.7	fL	80 - 100
MCH	27.4	pg	27 - 34
RDW-CV	* 17.4	%	11 - 16
PLAQUETAS	151	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	11.8	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	9.90	10 ³ /uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	6.77	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	2.05	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.90	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.09	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.06	10 ³ /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	68.4	%	50 - 70
LINFOCITOS%	20.7	%	20 - 40
MONOCITOS%	9.1	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	0.9	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.6	%	0 - 1
MCHC	* 31.9	g/dl	32 - 36
RDW-SD	54.4	fL	35 - 56
GRUPO SANGUINEO	O		-
FACTOR RH	POSITIVO		-
IG%	0.3	%	-

Hematología Hemostasia Inmunoserología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TP	11.0	seg	10 - 14
TPT	37.0	seg	30 - 45

Hematología Hemostasia Inmunoserología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
VDRL	NO REACTIVO		--
HIV 1 + 2 PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO		--

Anexo 1. Exámenes de laboratorio realizados al ingreso de la unidad Hospitalaria

Hospital Martín Icaza

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	4.20	x 10 ⁶ /μL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	11.8	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	37.9	%	37 - 47
MCV	90.2	fL	80 - 100
MCH	28.1	pg	27 - 34
RDW-CV	* 17.0	%	11 - 16
PLAQUETAS	* 137	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	12.0	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	* 24.04	10 ³ /uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	* 15.44	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 6.91	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	1.26	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.06	10 ³ /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	64.3	%	50 - 70
LINFOCITOS%	28.7	%	20 - 40
MONOCITOS%	5.2	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	* 0.1	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.2	%	0 - 1
MCHC	* 31.1	g/dl	32 - 36
RDW-SD	* 56.9	fL	35 - 56
TIEMPO DE COAGULACION	7: 51	min.seg	5 - 10
IG%	1.5	%	-

Anexo 2. Exámenes de laboratorio realizados posterior a la hemorragia postparto



Anexo 3. Colocación de traje antishock a la paciente



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. VO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
MSP	HGMI	1232	01	02	12	1204598468

1 REGISTRO DE ADMISIÓN						
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N° CÉDULA DE IDENTIDAD		
García	Jiménez	Sindy	Maiti	1204598468		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASHI)		DISTRITO	PARRISHIA	CANTÓN	PROVINCIA	N° TELEFONO
Calle. el chomillo				Babahoyo	Los Rios	0959794285
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PATERNO)	GRUPO ÉTNICO	EDAD EN AÑOS	SEXO	ESTADO CIVIL
25-01-85	Babahoyo	Ecuatoriana	Mestiza	35	X	X secundaria
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE	
12-07-20	Amo de casa					
EN CASO VELEGANDI INVIOLAR		PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN		N° TELEFONO	
Eolison Silva		Esposo	Calle. el chomillo		0959794285	
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE		
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE				
X						

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO					
HORA	TRAMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGÜÍNEO Y FACTOR RH
11:20am			X		O+
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO				

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA							
FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO		DIRECCIÓN DEL EVENTO			CUESTION POLICIAL	
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MOEDOTURA	ASOJAMIENTO	QUIERPO ESTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA A ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA A ARMA C	VIOLENCIA A PISA	VIOLENCIA FAMILAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN A DROGAS	INTOXICACIÓN DE GASES	INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	AMPLASHA
OBSERVACIONES							
//							
						ALIENTO ETICO	VALOR ALCOHOLICO

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES							
DESCRIBIR ABAC, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO							
1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMÁTICO	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓGICO	7. PSIQUIÁTRICO	8. OTRO
Antecedentes Personales: Obesidad tipo III							
Antecedentes Familiares: Padre diabetes							
Antecedentes Quirúrgicos: 2 cesáreas segmentarias previas							
Alergias: No refiere							

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS				DESCRIBIR OBSTÉTRICA - LOCALIZACIÓN - CALIDAD/ESTADO - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES			
VIA AREA LIBRE	VIA AREA DESTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE				
X			X				
Paciente femenino de 35 años de edad acude al área de labor de parto por cesárea programada, paciente estable, orientada en tiempo y espacio, ingresa asintomática.							



6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES									
FECHA	13/07/20	CARDIACA	80	TEMP. AXILAR	36.7	PELLO	100	TALLA	
GLUCOSA	4	HEMATICA	5	HEMATOCRITICO	6	HEMATOCRITICO	15	HEMATOCRITICO	

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO															
1. T. AEREA	SP	2. CABEZA	SP	3. CUELLO	SP	4. TORAX	SP	5. ABDOMEN	SP	6. COLUMNA	SP	7. PELVIS	SP	8. EXTREMIDADES	SP
Cenx: Cerrado															
Ecografía: Producto univestibular, Cefalico, dorso izquierdo sin actividad uterina, latidos cardíacos fetales 138 por minuto.															

8 LOCALIZACION DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA	
	1. HERIDA PENE TRASTE 2. HERIDA CONTINENTE 3. FRACTURA EXPUESTA 4. FRACTURA CERRADA 5. CUERPO EXTRAÑO 6. ASOMBRADA 7. MORDELURA 8. PEGADURA 9. EXCORIACION 10. DEFORMACION O MALA 11. HEMATOMA 12. ENTUBO / INTUBACION 13. LESION / RESQUICE 14. SQUAMBLA 15. No aplica	EMERGENCIA OBSTÉTRICA	EMERGENCIA OBSTÉTRICA
		EMERGENCIA OBSTÉTRICA	EMERGENCIA OBSTÉTRICA

10 SOLICITUD DE EXÁMENES															
1. BANCARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	2. GUAJA GASTRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	3. BANCARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	4. EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	5. BANCARTE	<input type="checkbox"/>	6. EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	7. BANCARTE	<input type="checkbox"/>	8. EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO				12 DIAGNÓSTICO DE ALTA			
1.	Embarazo 38.5 semanas 2.35			1.			
2.	Obesidad tipo III			2.			
3.				3.			

13 PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLIA
1. Control de signos vitales		
2. Control ginecológico		
3. Cesarea segmentaria		

14 ALTA									
1. BANCARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	2. GUAJA GASTRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	3. BANCARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	4. EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	5. BANCARTE	<input type="checkbox"/>

FECHA: 13/07/20 HORA: 11.00
 INSTITUCIÓN: PROVINCIA DE LOS RIOS
 CANTÓN: Babahoyo
 DR. Morales Zamora Arisaky
 EMERGENCIA OBSTÉTRICA
 R.M.S.P. 4 E F-72 No 214

Anexo 4. Hoja 08 de ingreso de la paciente



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**

