



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



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**Conducta Obstétrica en Adolescente de 17 años con Embarazo de 38 semanas
con Eclampsia**

AUTORA

Nicole Thalía Coloma Salazar

TUTOR

Vásquez Bone Katterine

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2021



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO	3
II. DEDICATORIA	4
III. TEMA	5
V. ABSTRACT	7
VI. INTRODUCCION	8
1.1. CAUSAS	12
1.2. FACTORES DE RIESGO	12
1.3. ETIOLOGÍA.....	13
1.4. FISIOPATOLOGIA.....	13
1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	13
1.6. DIAGNOSTICO	14
1.8. TRATAMIENTO	15
1.9. JUSTIFICACIÓN.....	18
1.10. OBJETIVOS	19
1.10.1. Objetivo general	19
1.10.2. Objetivos específicos.....	19
1.11. DATOS GENERALES.....	20
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	21
2.3. ANAMNESIS	22
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	23
2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	24
2.7. CONDUCTA A SEGUIR	24
2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.9. SEGUIMIENTO.....	25
3. OBSERVACIONES	27
4. CONCLUSIONES.....	28
5. BIBLIOGRAFÍA	30
6. ANEXOS	32



I. AGRADECIMIENTO

Primero, quiero agradecer a Dios por todas sus bendiciones, por darme fuerzas para estar hoy en esta etapa universitaria y permitirme compartirla con mi familia.

A mi padre estoy agradecida infinitamente porque ha sido el pilar fundamental en mi carrera. Con su apoyo, cariño, y consejos me ha dado la fuerza para no rendirme y seguir adelante.

A mi madre le agradezco por esperarme cada fin de semana de todos estos años con la misma ilusión, y regalarme siempre sus bendiciones, ánimos y consejos.

A mis hermanos, sobrina que son mi fortaleza y ganas de ser mejor cada día.

A Diana quien me ha acompañado en esta recta final siendo mi pie de apoyo dándome siempre palabras de aliento, para no desmayar y continuar firme.

Y por último y no menos importante a mis profesores quienes me formaron en todos estos años de carrera, a mis buenos amigos y compañeros. En mi año de internado agradecida enormemente con las Dras. Milanghela Calderón y Airaudi Rivas, por brindarme sus conocimientos, paciencia y amistad. GRACIAS



II. DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto a mi padre, madre hermanos y sobrina; quienes han sido los que me han acompañado en todo este proceso universitario con su apoyo, amor y consejos; me han dado la suficiente motivación para no rendirme y querer ser mejor persona cada día, a su vez seguir cumpliendo sueños y metas para realizarme como profesional.

TODO ESTO ES POR ELLOS Y PARA ELLOS.



III. TEMA

**“Conducta Obstétrica en Adolescente de 17 años con Embarazo de 38
semanas con Eclampsia”**



IV. RESUMEN

La mortalidad materna neonatal en adolescentes es un claro indicador de que las complicaciones por patologías hipertensivas en nuestro país es un claro ejemplo, de qué hay que mejorar la calidad de atención y disminuir estos índices en la salud pública.

El objetivo es Determinar las causas de muerte materna en embarazo adolescente, realizando el estudio de un caso clínico en donde se analizaron las variables obtenidas de la Historia Clínica Materno Perinatal del Ministerio de Salud Pública.

La preeclampsia y posterior Eclampsia durante la segunda mitad del embarazo en obstetricia y ginecología es una de las patologías más complejas porque puede causar graves complicaciones en el desarrollo fetal, e incluso llegar a la muerte de la madre o el feto.

Las acciones llevadas a cabo en el área de emergencia están acorde a los protocolos de manejo del Ministerio de Salud Pública, pero debo hacer hincapié en que la demora en identificar los síntomas puede acarrear graves complicaciones para la madre.

Palabras clave: embarazo, preeclampsia, muerte materna, eclampsia, morbimortalidad



V. ABSTRACT

Neonatal maternal mortality in adolescents is a clear indicator that complications from hypertensive pathologies in our country is a clear example of why it is necessary to improve the quality of care and reduce these rates in public health.

The objective is to determine the causes of maternal death in adolescent pregnancy, carrying out a clinical case study in which the variables obtained from the Maternal Perinatal Medical Record of the Ministry of Public Health were analyzed.

Preeclampsia and subsequent Eclampsia during the second half of pregnancy in obstetrics and gynecology is one of the most complex pathologies because it can cause serious complications in fetal development, and even lead to the death of the mother or fetus.

The actions carried out in the emergency area are in accordance with the management protocols of the Ministry of Public Health, but I must emphasize that the delay in identifying the symptoms can lead to serious complications for the mother.

Keywords: pregnancy, pre-eclampsia, maternal death, eclampsia, morbidity and mortality.



VI. INTRODUCCION

La preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo y puerperio con una incidencia aproximada entre el 6 % y 8 % del total de los embarazos y forma parte de la morbilidad materna extrema, la cual se define como una complicación obstétrica severa que amerita intervención médica urgente, para prevenir la muerte materna. Los trastornos hipertensivos del embarazo es uno de los elementos que conforman la devastadora triada junto con la hemorragia y la infección responsable de gran parte de mortalidad materna a nivel mundial

La eclampsia se define como la presencia de convulsiones en gestantes con hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria, en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones. Sin embargo, en el 16 % de los casos la hipertensión puede estar ausente. El diagnóstico de eclampsia no es dependiente de cualquier signo clínico o hallazgo neurológico (5-7). La eclampsia es la manifestación más severa de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con una incidencia entre 0,5 y 2 por 1 000 partos, siendo en los países en vías de desarrollo mucho más elevada llegando hasta el 15 %

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces (León, P et al, 2018)

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto

Dentro de “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” actualmente se especifica, Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (Organización mundial de la Salud, 2019).



La preeclampsia – eclampsia es uno de los padecimientos más comunes que se pueden presentar en mujeres embarazadas, factores como edad, hipertensión arterial, obesidad, son a tomar en cuenta durante el proceso de gestación.

Puede ser de inicio progresivo o súbito, dependiendo de los factores que rodeen a la gestante. Presentándose generalmente alrededor de las 20 semanas de gestación, convirtiéndola en una de las patologías más peligrosas para la madre y el feto, pudiendo acarrear la muerte de ambos. (Vallejo Maquilón, Landázuri Barre, Loo García, & Vallejo Gines, 2019)

Aumentando de esta manera la morbimortalidad Materno perinatal, y neonatal. Siendo estas patologías las primeras causas de muerte materna en el país y una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Está caracterizada por hipertensión asociada a proteinuria, o hipertensión y afectación de órganos blancos con o sin proteinuria en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

La progresión de un cuadro no severo (anteriormente denominado leve) a uno grave puede ser gradual o rápido, el mejor enfoque está dado sobre la determinación de los factores de riesgo en la primera consulta prenatal, los factores de riesgo de preeclampsia y desarrollar las acciones pertinentes para su prevención, y durante los controles subsiguientes investigar signos y síntomas asociados esta patología. Si se realiza un diagnóstico apropiado, se puede llevar a cabo un adecuado manejo y disminuir las complicaciones que pudieren presentarse como convulsiones, accidente cerebro vascular, síndrome de HELLP, desprendimiento normal placentario, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, compromiso del bienestar fetal e inclusive muerte fetal intrauterina o muerte materna. (Rojas Pérez & Rojas Cruz, 2019, págs. 79-80)

Las principales causas de las muertes maternas son los trastornos hipertensivos con 31.76% las hemorragias obstétricas con el 15.3% y causas



indirectas 34.12%, las provincias con el mayor número de fallecimientos son: Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay. (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Los Trastornos Hipertensivos Gestacionales son reportados como una importante causa de muerte materna y morbilidad fetal. La OMS estima que existen al año más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10 % de los embarazos en adolescentes, pero la mortalidad es de cinco a nueve veces mayor en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45 % y la mortalidad del 1 al 33 %. En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia constituyen las primeras causas de morbilidad perinatal; se presentan en el 8,3 % de las gestaciones y son las responsables del 14 % de las muertes infantiles.

Por lo antes mencionado surge la siguiente pregunta de investigación, ¿El desconocimiento de los factores de riesgo que contribuyen a la preeclampsia-eclampsia inciden en el aumento de la morbilidad materna?

Este trabajo se justifica ya que la morbilidad materno infantil tiene un alto índice en nuestro país a pesar de los esfuerzos, de aquí que esta temática se convierte en un problema de salud pública.

Existen múltiples estrategias que buscan disminuir la incidencia de la morbilidad materna, Para el 2030, todos los países deberían reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en al menos dos tercios respecto de su nivel de referencia del 2010. La meta mundial promedio para el 2030 es una RMM de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. La meta nacional complementaria para el 2030 es que ningún país tenga una RMM de más de 140 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (un número que duplica el de la meta mundial). (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2020)



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta comprendido entre los 10-19 años de edad independientemente de si es hombre o mujer de acuerdo a la OMS.

Se ha documentado ampliamente en la literatura que en esta etapa se hacen presentes varias problemáticas como el uso de sustancias psicoactivas, los trastornos de la alimentación, la depresión, el aislamiento, el bullying y el embarazo adolescente (Niño, Beatriz et al., 2017)

La muerte materna es aquella que ocurre desde el período de gestación hasta 42 días después del fin del embarazo. Las principales causas son las hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos, infecciones, abortos en condiciones inseguras, enfermedades preexistentes (cáncer, diabetes, insuficiencia renal, HIV, SIDA) o (adolescencia o embarazos a edad avanzada), entre otros factores. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

La OMS menciona que unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años tienen partos cada año, la mayoría en países en vías de desarrollo, las estadísticas indican que son las que presentan mayores índices de complicaciones, causándoles la muerte a este grupo etario, mientras los neonatos de este grupo de igual manera presentan un alto índice de mortalidad. (Organización mundial de la Salud, 2019) Los trastornos hipertensivos del embarazo; se caracterizan por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica (Ministerio de Salud Pública., 2016), de severidad variable, específico del embarazo caracterizado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Caracterizada por la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión



arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y edema o lesión de órgano blanco. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este. (Herrera Sánchez, 2018)

Eclampsia: presencia de convulsiones en una embarazada con diagnóstico de PE. (Voto, Vampa, & Voto, 2020)

La eclampsia puede aparecer en cualquier momento, desde el segundo trimestre de la gestación hasta el puerperio. Hace tiempo se pensaba que era el resultado final de la preeclampsia (de ahí su nombre), sin embargo, en la actualidad se considera que las convulsiones son una manifestación de una preeclampsia grave, más que una enfermedad diferente.

Clínicamente se presenta con Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos. (Sanitaria 2000, 2021)

1.1. CAUSAS

Aunque no se conoce el último mecanismo de las convulsiones, se piensa que son una respuesta del cerebro (por falta de riego y por hinchazón) al aumento de la tensión arterial de la madre. (Sanitaria 2000, 2021)

1.2. FACTORES DE RIESGO

- Menores de 15 años o mayores de 35 años.
- Primigestas o multiparidad.
- Obesidad.
- Infecciones en el embarazo.
- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
- Síndrome antifosfolípido.



- Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía.
- Enfermedad trofoblástica del embarazo. (Herrera Sánchez, 2018)

1.3. ETIOLOGÍA

La etiología de la Preeclampsia es principalmente desconocida, pero algunas teorías indican que el principal mecanismo es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos, la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y feto placentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas. (Herrera Sánchez, 2018)

1.4. FISIOPATOLOGIA

La patogénesis de las convulsiones eclámpticas sigue siendo desconocida. Las convulsiones eclámpticas pueden presentarse anteparto (38-53%), intraparto (18-36%) o posparto (11-44%). Hay formas atípicas de comienzo tardío hasta 30 días postparto. Incluso pueden presentarse convulsiones sin HTA o proteinuria. (Sanitaria 2000, 2021)

1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

En la gestante:

Convulsiones tónico-clónicas indiferenciables de las convulsiones tónico-clónicas por otras patologías o causas. Suelen ser auto-limitadas y no durar más de 3-4 minutos (con una duración entre 60 y 75 segundos).

Los síntomas previos a la convulsión pueden ser:

- Dolor de cabeza persistente, generalmente en la frente o en la nuca.
- Alteraciones visuales.
- Dolor abdominal.
- Paciente en estado de confusión

En un tercio de los casos, las convulsiones se producen sin diagnóstico de preeclampsia previa debido a que el aumento de la tensión arterial no llegó a superar los 140/90 mmHg y sin presencia de proteinuria.



La eclampsia se considera grave si aparecen 1 o más de los siguientes signos:

- Coma de más de 6 horas de duración.
- Fiebre mayor de 39°C.
- Pulsaciones mayores de 120/minuto.
- Tensión arterial sistólica superior a 200 mmHg.
- Frecuencia respiratoria mayor de 40/minuto.
- Más de 10 convulsiones.

En el feto:

Durante la convulsión e inmediatamente después de la misma se suele producir una disminución **de la frecuencia cardíaca del feto** de 2 a 5 minutos de duración. En estos casos, la estabilización de la madre suele ser suficiente para que el feto se recupere. **post convulsión materna, se presenta una** taquicardia compensatoria, asociándose a veces con disminuciones transitorias de la frecuencia cardíaca. Si la frecuencia cardíaca fetal no se recupera en 10-15 minutos, está indicada la inducción del parto. (Sanitaria 2000, 2021).

1.6. DIAGNOSTICO

Posterior al desencadenamiento de una crisis convulsiva, el médico realizará un examen físico o chequeos médicos y descartará otras posibles causas de las convulsiones. Se verifica y controla la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

Exámenes de laboratorio en sangre y orina:

- Factores de coagulación sanguínea
- Creatinina
- Hematocrito
- Ácido úrico
- Función hepática
- Conteo de plaquetas
- Proteína en orina (Hospital Internacional de Colombia, 2021)



1.7. COMPLICACIONES

Complicaciones maternas: las gestantes con preeclampsia severa pueden presentar complicaciones graves como:

- Edema Pulmonar
- Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinserta
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Hepática o Renal
- Hematomas o Ruptura Hepáticos
- Enfermedad Cerebro Vascular,
- Desprendimiento de Retina
- Crisis Convulsivas Eclámpicas y Falla orgánica múltiple.

Complicaciones fetales: es el resultado de la disminución de la perfusión del espacio coriodecidual, que se inicia semanas antes que las manifestaciones clínicas, manifestándose en la restricción del crecimiento.

Perfusión útero-placentaria alterada:

Causa insuficiencia placentaria comprometiendo el peso fetal después de las 24-26 semanas, son asimétricos, el examen anatómico es generalmente normal y disminución del volumen del líquido amniótico. Disminuyendo, la perfusión placentaria hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y Restricción del crecimiento intrauterino.

1.8. TRATAMIENTO

“Actualmente el MSP (Ministerio de Salud Pública) cuenta con una Guía Práctica Clínica la misma que indica que el tratamiento de primera línea será posterior al diagnóstico e implementación de la CLAVE AZUL”

“Se recomienda utilizar el sulfato de magnesio en estas patologías como fármaco de primera línea como preventivo de convulsiones”



“Impregnación: 30 mL de sulfato de magnesio al 20 % (6g) + 70 mL de solución isotónica, pasar a 300 mL/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos”

“Mantenimiento: 100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora)”

Dosis de impregnación para el tratamiento de eclampsia

“Administrar sulfato de magnesio 6 g vía intravenosa en 20 minutos”

“La presentación del sulfato de magnesio al 20 % viene en ampolla de 10 mL (líquido parenteral) y cada ampolla contiene 2 g de sulfato de magnesio”

“Administración intravenosa en bomba de infusión para la dosis de IMPREGNACIÓN: diluya tres ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (30ml corresponde a 6g) en 70 mL de solución isotónica y administre el volumen total de 100 mL en bomba de infusión a razón de 300 mL/hora en 20 minutos”

“De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a razón de 100 gotas/minuto en 20 minutos”

Dosis de mantenimiento para la eclampsia

- Administrar sulfato de magnesio intravenoso a razón de 2 g/hora en infusión continua
- Administración intravenosa en bomba de infusión: diluya diez ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (100 mL corresponde a 20g), en 400 mL de solución isotónica y administre el volumen total de 500 mL a razón de 50 mL/hora
- De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.
- La opción presentada es solo una opción de administración; el personal médico o de enfermería puede optar por cualquier dilución



Supervisión clínica de la paciente con sulfato de magnesio

La vigilancia del tratamiento con sulfato de magnesio es de base clínica únicamente y contemplar los siguientes criterios:

- El fármaco se elimina completamente por orina, por lo que, para evitar niveles plasmáticos de toxicidad, se debe constatar un ritmo de diuresis horaria suficiente (30 mL/hora al menos), por sonda vesical a bolsa recolectora. Si disminuye la diuresis horaria, se debe reducir velocidad de infusión a la mitad o retirar, si no responde a expansión controlada Garantizada la adecuada respuesta diurética, podrá reinstalarse la infusión de sulfato de magnesio
- Frecuencia respiratoria \geq a 12 respiraciones/minuto, control cada 30 minutos
- La depresión respiratoria se manifiesta con magnesemias por encima de 10 a 13 mEq/L
- Reflejo rotuliano presente, control cada 30 minutos. La desaparición del reflejo patelar se manifiesta con magnesemias por encima de 7 a 10 mEq/L
- El sulfato de magnesio está contraindicado en pacientes con Miastenia Gravis
- No se debe realizar magnesemias de control de manera rutinaria, pero se requiere monitoreo clínico estricto

Identificación y manejo de la intoxicación por sulfato de magnesio

- Ante sospecha clínica de intoxicación por sulfato de magnesio (frecuencia respiratoria $<$ de 12 por minuto, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco), se debe administrar el antídoto que es gluconato de calcio.
- Se recomienda administrar gluconato de calcio, una ampolla de 1 g intravenoso al 10 % lento en 3 a 10 minutos (Ministerio de Salud Pública., 2016).



1.9. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este trabajo se lleva a cabo a través de un proceso investigativo que tiene como objetivo principal detallar el desencadenamiento de las complicaciones debido a la eclampsia, por la falta de controles prenatales por lo que se mencionara diferentes puntos de vista de distintos autores con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás para obtener una mayor resolución.

Los beneficios en ampliar el conocimiento para el personal de salud al disminuir las complicaciones que provocan el aumento de la morbilidad materno-perinatal y neonatal, son de buena acogida para el campo de salud de la comunidad, debido que aún existe desconocimiento en cuanto a un adecuado diagnóstico de la eclampsia y dificultad de llevar a cabo la identificación previo al desencadenamiento de esta complicación.



1.10. OBJETIVOS

1.10.1. Objetivo general

Determinar las causas de muerte materna en embarazo adolescente.

1.10.2. Objetivos específicos

- Determinar complicaciones que se presentan en pacientes adolescentes que tienen poco control prenatal.
- Realizar seguimiento adecuado en pacientes que presentan eclampsia.
- Establecer la incidencia de muerte materna en adolescentes con eclampsia.



1.11. DATOS GENERALES

Nombres completos: xxxxxxxxxxx	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 0950976761	Edad: 17a
Fecha de nacimiento: 26/11/1997	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: secundaria	Raza: Mestiza
Dirección: El Naranjo Babahoyo	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Hospital General Martin Icaza
Fecha de ingreso: 01/01/2021	FUM: 10/03/2020

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 17 años de edad es traída al hospital con diagnóstico de eclampsia y Embarazo de 38 semanas de gestación, antecedentes de 3 convulsiones previas al ingreso de la unidad hospitalaria.



2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

No refiere

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

no refiere

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

no refiere

ALERGIAS

no refiere

HÁBITOS

Ninguno

ANTECEDENTES

Menarquia

No refiere paciente
inconsciente

GINECO-

Ciclos Menstruales:

No refiere paciente
inconsciente

OBSTÉTRICOS

Inicio de vida sexual:

No refiere paciente
inconsciente

Planificación Familiar:

Ninguna

Parejas sexuales:

1

Gestas: 0

abortos: 0

Partos 0

cesáreas 0

Fecha de la última menstruación:

10/03/2020

Controles prenatales del embarazo
actual:

6

Ecografías:

1

Edad gestacional:

38 semanas por Fum

Papanicolaou:

Ninguno



2.3. ANAMNESIS

Paciente de 17 años de edad es traída a el hospital en condiciones aparentemente críticas, con un Glasgow 3, diagnóstico de eclampsia y embarazo 38 semanas, antecedente de cefalea desde hace 24 horas que cede a los analgésicos, PA 170/112 mm/Hg, hace 22 horas es encontrada convulsionando por primera vez.

Paciente llega a emergencia del hospital en ambulancia de ECU 911 en compañía de familiar, dentro de la unidad convulsiona 3 veces, feto vivo con LCF 150 x', útero hipertónico.

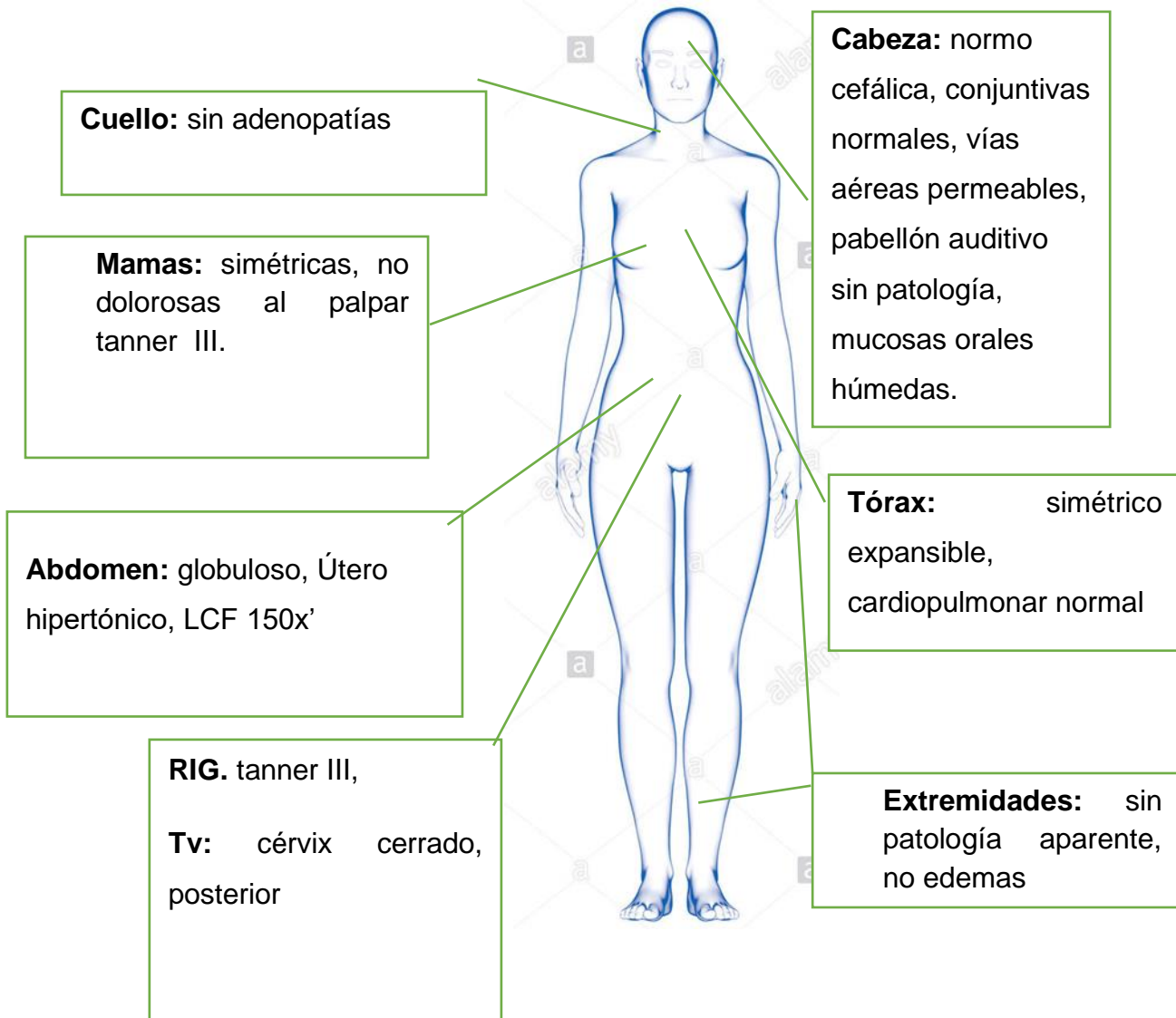
Se indica Hospitalización + Clave azul y pase a cirugía para cesárea de emergencia.

2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura:

Figura 2.

General: Inconsciente, no responde



Fuente: Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)



Al momento del ingreso reporta un **SCORE MAMA DE 16:**

CLASIFICACIÓN DEL SCORE MAMA	PARÁMETROS EN PACIENTE
SÍSTOLE	170 mmHg
DIÁSTOLE	112 mmHg
FC	121 lpm
FR	28 rpm
T	36.5 °C
SAT.	45%
ESTADO DE CONCIENCIA	INCONCIENTE
PROTEINURIA	(+++)

2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:

Exámenes realizados al momento del ingreso, reportan lo siguiente leucocitos 17.95, Hto 38 Hematíes 4.26, TGO 21, TGP 8, Amilasa 59, Lipasa 21.7, Glucosa 133, Urea 18.5, PCR 5.2, LDH 518, Creatinina 1.04

En cuya interpretación podemos observar una leucocitosis, LDH alterada sin ningún otro parámetro que indique daño hepático o afectación.

2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Por el cuadro clínico que evidenciaba la paciente se da un diagnóstico presuntivo. Al llegar al área de emergencia, paciente inconsciente con Glasgow 3, convulsionó tres veces presentando una PA 170/110 mm/Hg, y proteinuria +++ lo que permitió dar un diagnóstico definitivo de Eclampsia.

2.7. CONDUCTA A SEGUIR

Se realiza respectiva valoración Gineco obstétrica; se decide el ingreso de la paciente, e implementar Clave Azul y cesárea de emergencia.



TRASFERENCIA A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD

Por el estado con el que llegó la paciente, requiere Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Paciente con escaso control prenatal que llegó al ministerio con 27 semanas por FUM próxima al tercer trimestre, donde se la evalúa con riesgos obstétrico bajo de acuerdo a los factores que se encontraron en la historia clínica, a pesar de haberse prescrito carbonato de calcio 500 mg, no había stock en la unidad no se registraba la prescripción de ácido acetilsalicílico tampoco se indica si la paciente estuvo consumiendo algún suplemento durante su gestación. Pudiendo evidenciar que, en pacientes obstétricas con eclampsia, se desarrolla posterior a Preeclampsia, diagnosticada o no, la falta de un adecuado control prenatal y seguimiento, colaboración por parte de la paciente y sus familiares.

Debemos mencionar que las gestaciones, las gestantes y los neonatos son lo primordial para el personal de salud en obstétrica y ginecología, si mejoramos la atención desde primer nivel con un adecuado control prenatal bajaría la incidencia de esta patología.

2.9. SEGUIMIENTO.

Control en primer nivel de atención:

Paciente de 17 años de edad fum: 10/03/2020 g:0, p:0, c:0, a:0 app: no refiere apf: no refiere aqx: no refiere. Alergias: no refiere, acude a primer control con 27 semanas en la historia clínica se registran tres controles, se realizan 2 visitas domiciliarias de las cuales, en la última, familiar de paciente refiere control particular, y que tiene cirugía programada para 04/01/2021, se registran PA con rangos normales proteinuria negativa, profesional indica consumo de antibiótico terapia por IVU, y carbonato de calcio 500mg (no hay stock en unidad), no se evidencia prescripción de ácido acetilsalicílico.

Se da referencia a segundo nivel de atención.



Atención en emergencia:

Paciente de 17 años de edad fum: 10/03/2020 g:0, p:0, c:0, a:0 app: no refiere apf: no refiere aqx: no refiere. Alergias: no refiere paciente con embarazo de 37-38 sg por fum, inconsciente-no responde, afebril, familiar refiere 5 controles en centro de salud. Familiar refiere cuadro convulsivo de 22 horas de evolución, cefalea con 24 horas de evolución, inconsciente – no responde, Glasgow 3, signos vitales al ingreso con score mama de 16: pa 170mmhg, fc 121 lpm, fr 28 rpm, t 36.5°C, sat 99% al ambiente, auscultación con Doppler fetal se observa producto único vivo transverso con fcf de 150 lpm. Luego de activar Clave Azul se da pase a Cirugía para cesárea de emergencia. Examen obstétrico: cérvix: cerrado plano alto exámenes de laboratorio reportan leucocitos 17.95, Hto 38 Hematíes 4.26, TGO 21, TGP 8, Amilasa 59, Lipasa 21.7, Glucosa 133, Urea 18.5, PCR 5.2, LDH 518, Creatinina 1.04, vih y vdrl no reactivo. grupo sanguíneo 0 positivo. Se indica control de signos vitales, pase a quirófano, cuidados de enfermería, referencia a nivel de mayor complejidad.

VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA:

Paciente de 17 años con 37-38 semanas de gestación con cuadro convulsivo de 22 horas de evolución. Al momento de la atención paciente inconsciente- no responde. Se indica Cesárea Segmentaria y posterior traslado a unidad con UCI.

REFERENCIA A TERCER NIVEL:

Paciente post quirúrgica, con puerperio quirúrgico mediato, con administración de dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio, Exámenes de laboratorio: **leucocitos** 4.26, **neutrófilos** 40.8 **linfocitos** 2.4, **Hb** 11.2, **hemoglobina:** 11.8, **plaquetas** 203, **VIH** y **VDRL** no reactivo. **Glucosa** 133. **Urea** 18.5, **creatinina** 1.04, **TGO** 21, **TGP** 8, **grupo sanguíneo** 0 +, ID: embarazo de 37-38 semanas de gestación. **Examen físico:** abdomen blando depresible, Valoración obstétrica paciente con puerperio quirúrgico inmediato.

Se evidencia una alteración en la formula leucocitaria, sin alteración de la función hepática falta valoración de otros rangos importantes para un mejor diagnóstico, de



la evolución de la paciente, al momento con 100cc de solución +20 unidades de oxitocina, 80ml de solución salina+20 unidades de sulfato de magnesio, hidratación parenteral, misoprostol 800mg vía rectal, ceftriaxona 2gr endovenosa stat, gentamicina 160mg stat.

3. OBSERVACIONES

Se revisaron diferentes trabajos bibliográficos con la finalidad de enfatizar sobre el embarazo adolescente, complicaciones y el déficit de controles prenatales, cómo hacer el diagnóstico, control y seguimiento adecuado de patologías hipertensivas en el embarazo.

En este caso se debe destacar el trabajo rápido y en conjunto de los profesionales de salud para la adecuada valoración, manejo y estabilización de pacientes con eclampsia. Cabe mencionar que existieron dos demoras en este caso “la demora en la gestante o su familia en reconocer signos de alarma y decidir buscar atención; la demora en acceder a los servicios de salud”.

Se debe actuar de manera precisa y adecuada en el momento de detectar este tipo de casos, recordemos que en primer nivel es posible hacer un adecuado diagnóstico y reconocimiento de los probables factores de riesgo eh implementar la prevención de estas patologías.



4. CONCLUSIONES

La preeclampsia y posterior Eclampsia durante la segunda mitad del embarazo en obstetricia y ginecología es una de las patologías más complejas de manejar sobre todo porque es una de las causas de morbilidad materno-infantil pues puede causar graves complicaciones en el desarrollo fetal, e incluso llegar a la muerte de la madre o el feto.

Las medidas implementadas en el área de emergencia están acorde a los protocolos de manejo para este tipo de casos, pero debemos hacer hincapié en que la demora en identificar los síntomas puede acarrear graves complicaciones para la madre.

Este caso establece que la prevalencia de la eclampsia continúa representando una causa importante de morbilidad, y que coadyuva de manera determinante al mantenimiento de altas tasas de mortalidad materna en nuestro país.

También establece la asociación particularmente letal entre la eclampsia, el desarrollo de microangiopatía trombótica y la aparición de hemorragia intracerebral.

Otro hecho de gran importancia para intentar disminuir la elevada mortalidad de las mujeres eclámpicas con eventos hemorrágicos cerebrales es dejar de lado la medicina estática e implantar protocolos de manejo multidisciplinarios que involucren intervención neuroquirúrgica temprana, de preferencia de mínima invasión.



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





5. BIBLIOGRAFÍA

Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.
<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

Herrera Sánchez, K. (Marzo de 2018). PREECLAMPSIA. *Revista Médica Sinergia*, 3(3), 8-12. Obtenido de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>

Hospital Internacional de Colombia. (15 de Febrero de 2021). *Hospital Internacional de Colombia*. Obtenido de Hospital Internacional de Colombia: <http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-y-tratamientos-a-z/e/342-eclampsia>

León, P et al. (2018). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*.

Ministerio de Salud Pública. (12 de Junio de 2019). *Noticias Destacadas* . Obtenido de Ministerio de Salud Pública:
<https://www.salud.gob.ec/expertos-reflexionan-sobre-muerte-materna-en-el-ecuador-se-reduce-el-indice-de-mortalidad/>

Ministerio de Salud Pública. (2020). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 27 Año 2020. *SUBSECRETARIA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GACETA-SE-27-MM.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guia Práctica Clínica (GPC)* (Segunda ed.). Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

Niño, Beatriz et al. (2017). Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. *REVISTA CUIDARTE*, 1875-86.

Organización mundial de la Salud. (08 de Marzo de 2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)*.



Rojas Pérez, L. A., & Rojas Cruz, L. A. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 79-91. Obtenido de file:///C:/Users/edith/Downloads/95-Art%C3%ADculo%20completo-362-1-10-20191127.pdf

Sanitaria 2000. (2021). Eclampsia. *Redacción Médica*.

Vallejo Maquilón, A. I., Landázuri Barre, J. E., Loo García, K. L., & Vallejo Gines, K. L. (2019). La preeclampsia – eclampsia. El fantasma latente en las mujeres embarazadas. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 566-581.
doi:10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.566-581

Voto, L., Vampa, G., & Voto, G. (2020). *PREECLAMPSIA. ECLAMPSIA*.

*Drs. Gabriela Valarino**, *Adriana Mora**, *Carlos Cabrera***, *Isbelly Durán**, *Yazmín Díaz**, *Samantha González**, *Marianna Meléndez**



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



6. ANEXOS

m p

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Hospital General "Martín Icaza"
Resultados del Servicio de Laboratorio Clínico

2-ene-2021 Ingreso 01/01/2021 23:49:54
1:21:24 Paciente EVELIN QUINTO LLANOS
1 Dr(a). MILANGHELA MARIA CALDERON LUGO

Solicitud No. 1210102002
Genero MUJER
14 AÑOS

Sala de Hospital LABOR DE PARTO

Descripción del Examen	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
HEMATOLOGIA:			
TIEMPO DE COAGULACION	7 MIN CON 58 SEG		
HEMOGRAMA		min.seg	5 - 10
LEUCOCITOS	17.95		
HEMATIES	4.26	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
HEMATOCRITO	38.0	x 10 ⁻⁶ /l	3.50 - 5.20
HEMOGLOBINA	11.8	g/dl	35.0 - 49.0
MCV	89.2	g/dl	12.0 - 16.0
MCH	27.7	fL	80.0 - 100.0
MCHC	31.1	pg	27.0 - 34.0
RDW-CV	15.9	g/dl	31.0 - 37.0
RDW-SD	51.8	g	11.0 - 16.0
PLAQUETAS	254	fL	35.0 - 56.0
VPM	12.5	10 ³ /uL	150 - 450
NEUTROFILOS%	40.8	fL	6.5 - 12.0
LINFOCITOS%	52.4	g	50.0 - 70.0
MONOCITOS%	5.5	g	20.0 - 40.0
EOSINOFILOS%	0.5	g	3.0 - 12.0
BASOFILOS%	0.2	g	0.5 - 5.0
IG%	0.6	g	0 - 1.0
NEUTROFILOS#	7.34	10 ³ /uL	1.50 - 7.00
LINFOCITOS#	9.40	10 ³ /uL	1.60 - 4.00
MONOCITOS#	0.98	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.09	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /uL	> 0.10
GRUPO SANGUINEO	0		
GRUPO SANGUINEO	POSITIVO		
FACTOR RH			

Anticuerpos SIFILIS: IgM-IgG-IgA NEGATIVO
(PRUEBA RAPIDA)

JORGE OSWALDO JACOME ARIAS
01/01/2021 23:52:10

JORGE OSWALDO JACOME ARIAS
02/01/2021 0:02:29

HEMOSTASIA:	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
TP/TPT	27.4	seg	30.0 - 45.0
TPT	10.2	seg	10.0 - 14.0
TP	0.9	g	VN 0.9 - 1.2
INR			PACIENTES CON TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE 2.0 - 3.0

Lcdo. Rainer Bustamante
Coordinador de Laboratorio



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

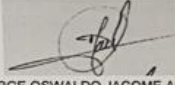



m p

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Hospital General "Martin Icaza"
Resultados del Servicio de Laboratorio Clinico

2-ene-2021 1:21:24 3	Ingreso Paciente Dr(a). Sala de Hospital	01/01/2021 23:49:54 EVELIN QUINTO LLANOS MILANGHELA MARIA CALDERON LUGO LABOR DE PARTO	Solicitud No. Genero	1210102002 MUJER 14 AÑOS
----------------------------	---	---	-------------------------	--------------------------------

Descripción del Examen	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
BILIRRUBINA TOTAL	0.43	mg%	adulto hasta 1.2 neonato hasta 15 dias 6.0 - 8.0 neonato 1 dia hasta 11.0
BILIRRUBINA DIRECTA	0.15	mg%	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.28	mg%	HASTA 1.0


JORGE OSWALDO JACOME ARIAS
02/01/2021 0:38:27


o. Rainer Bustamante
ordinador de Laboratorio



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



m p

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Hospital General "Martín Icaza"
Resultados del Servicio de Laboratorio Clínico

2-ene-2021 1:21:24 2	Ingreso Paciente Dr(a) Sala de Hospital	01/01/2021 23:49:54 EVELIN QUINTO LLANOS MILANGHELA MARIA CALDERON LUGO LABOR DE PARTO	Solicitud No. Genero	1210102002 MUJER 14 AÑOS
----------------------------	--	---	-------------------------	--------------------------------

Descripción del Examen	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
VALIDACION DE MUESTRA			
Muestra Válida para estas pruebas	VALIDADO		
JORGE OSWALDO JACOME ARIAS 02/01/2021 0:09:40			
JORGE OSWALDO JACOME ARIAS 01/01/2021 23:52:10			
ENZIMAS			
TGO (AST)	21	U/L	HASTA 32
TGP (ALT)	8	U/L	HASTA 32
AMILASA	59.0	U/L	28.0 - 86.0
LIPASA	21.70	U/L	13.00 - 60.00
LDH	518.00	U/L	240 - 480
JORGE OSWALDO JACOME ARIAS 02/01/2021 0:38:25			
INMUNOSEROLOGIA:			
HIV 1 + 2 PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO		
COVID-19 PRUEBA RAPIDA (inmunocromatografía)			
Covid-19 IgM	NEGATIVO		
Covid-19 IgG	POSITIVO		
JORGE OSWALDO JACOME ARIAS 02/01/2021 0:09:40			
BIOQUIMICA SANGUINEA:			
GLUCOSA	133	mg%	70 - 110
UREA	18.5	mg/dl	15.0 - 48.5
CREATININA	1.04	mg/dl	1 - <3 años 0.24 - 0.41 3 - <5 años 0.31 - 0.47 5 - <7 años 0.28 - 0.52 7 - <9 años 0.40 - 0.60 9 - <11 años 0.39 - 1.2 3.40 - 7.00
ACIDO URICO	6.90	mg/dl	0 - 200.0
COLESTEROL	228.9	mg%	50.0 - 150.0
TRIGLICERIDOS	388.3	mg%	0 - 5.00
PCR - CUANTITATIVO	5.20	mg/L	
BILIRRUBINAS:			
Lcdo. Rainer Bustamante Coordinador de Laboratorio			



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



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F) N° HOJA		N° HISTORIA CLÍNICA	
HGM 1		Evelyn Ylera		Quinto Yance		F		1707091195	

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DÍAS/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (CADA ENFERMEDAD Y OTRO PERSONAL)
09/01/2024	00:00	<p>EMERGENCIA</p> <p>Paciente de 17 años de edad con embarazo de + 38 semanas de gestación es traída por ambulancia del Ceu 911 incardiente.</p> <p>A su ingreso presenta convulsiones por 3 ocasiones por lo que es ingresado a quirófano en forma urgente.</p> <p>Signos vitales TA 160/113 mmHg FC 121 m - Hg FR 28 x' Hg T° 36.5 °C</p> <p>Incardiente, con convulsión tónica clónica generalizada. Corazón - R3 C3 r/ta taquicardia. Pulmones - ventilados. Abdomen - globoso, contractil tónica, FCF presente. Mucosas Inferiores edem ++.</p> <p>SCORE MAMA 16</p> <p>Paciente al momento en postquirujía inmediato postoperatorio a cesárea por Eclampsia en esta noche en unidad de cuidados intensivos por lo que se indica referencia a Tercer Nivel como es de rigor.</p>	<p>REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS E ANÁLISIS (ENFERMERÍA)</p> <p>FORMULAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN</p> <p>ADMINISTRAR FÁRMACOS ANÁLISIS</p> <p>1) Monitoreo continuo 2) Control de digesta / curula 3) Diversiones traoria 4) Cuidados de enfermería 5) Indicaciones de Ginecología. 6) Transferencia a Tercer Nivel. 7) Nuevados</p> <p><i>Dra. Alexandra Lizano</i> EMERGENCIOLOGA REG. No.: 0109025763</p>

Dra. Alexandra Lizano
EMERGENCIOLOGA
REG. No.: 0104044763

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)

MSP / HCU-form.005 / 2008



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



APELLIDO PATERNO <i>Pardo</i>		APELLIDO MATERNO <i>Wacquez</i>		NOMBRES <i>Chaque Flores</i>		N° DE HISTORIA CLÍNICA <i>1207091495</i>	
SERVICIO <i>2 Pato</i>		SALA		CAMA N°			
DIAGNÓSTICOS e-operatorio <i>Edo 37scce r</i> <i>Epilepsia</i> st-operatorio <i>Luna Nuevo Pielito</i> <i>occipital</i>				OPERACIÓN PROYECTADA <i>Papero</i> EFFECTIVO <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input checked="" type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> REALIZADA <i>Cescear</i>			
EQUIPO OPERATORIO CIRUJANO <i>Dr. Calderon</i> Primer ayudante <i>Dr. Flores</i> Segundo ayudante <i>Dr. Flores</i> tercer ayudante				INSTRUMENTISTA Circulante Anestesista <i>Juan Gonzalez</i> Ayudante de Anestesia			
Fecha de Operación			Hora de Inicio	Hora de Terminación	Tipo de Anestesia		
DÍA <i>01</i>	MES <i>01</i>	AÑO <i>2020</i>	<i>23:44</i>	<i>00:15</i>	<i>General</i>		
TIEMPOS QUIRÚRGICOS							
ANESTESIA <i>General</i>							
EXPOSICIÓN <i>Cescear Flores</i>							
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS <i>20. nuevo mesence.</i> <i>Desprendido de Placenta</i> <i>80%</i> <i>Uterino claro, con cura</i>							
PROCEDIMIENTO OPERATORIO <i>Bajo Anestesia General Puro</i> <i>cescear y antisepsia de Piel y</i> <i>descear. Pielito. se oculta cescear</i> <i>claro con cescear. 20 nuevo mesence</i> <i>Placenta Desprendida 80%. utero Anulado.</i> <i>se realiza cescear nuevo con cescear</i> <i>claro con cescear. se cescear 20 no</i> <i>colorado cescear los placentes</i> <i>buena</i>							

PROTICOLO DE OPERACIÓN

ALTA
señales
de vida
al paciente



22. DECI 2021

SÍNTESIS

Gravidez de término

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NO

EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO

SI NO

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

24. REV De forma no contin. Libero de

Nombre co

Si el pacie

Nombre comp

MEAB-ACU-Form

FECHA 27/11

DICTADA POR:			
FECHA DEL DICTADO			
HORA	DÍA	MES	AÑO
00:15	02	01	2021
ESCRITA POR:			

Dr. Milancha Co...
 G... Y O...
 175005475-U
 Reg. SENECYT 0622134938

FIRMA Y NOMBRE DEL CIRUJANO

PROTOCOLO DE OPERACIÓN

BIEN FISICO