



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ASOCIADA A  
ÓBITO FETAL EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL MARÍA  
AUXILIADORA - SAN JUAN DE MIRAFLORES 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL**

**Presentado por:**

DIAZ TAMARIZ, CECILIA ANTONELLA

ORCID: 0000-0002-4662-4340

**Asesor**

SANZ RAMIREZ, ANA MARIA

ORCID: 0000-0002-7515-5336

**LIMA – PERÚ**

**2022**



## JURADO

### **Presidente**

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

### **Secretario**

Mg. Elvira Soledad Benites Vidal

### **Vocal**

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta



## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>2. ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>4. CAPÍTULO I</b>	
4.1. Descripción del caso clínico	<b>12</b>
<b>5. CAPÍTULO II</b>	
5.1. Justificación de la investigación	<b>119</b>
<b>6. CAPÍTULO III</b>	
6.1. Antecedentes de la investigación	
6.1.1. Antecedentes nacionales	<b>120</b>
6.1.2. Antecedentes internacionales	<b>123</b>
<b>7. CAPÍTULO IV</b>	
7.1. Discusión del trabajo académico	<b>130</b>
<b>8. CAPÍTULO V</b>	
8.1. Conclusiones y recomendaciones	
8.1.1. Conclusiones	<b>133</b>
8.1.2. Recomendaciones	<b>134</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>135</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>145</b>
<b>Anexo 1:</b> Autorización	<b>146</b>
<b>Anexo 2:</b> Turnitin	<b>147</b>
<b>Anexo 3:</b> Registro cardiotocográfico 1	<b>148</b>
<b>Anexo 4:</b> Puntuación del test de Fisher 1	<b>149</b>
<b>Anexo 5:</b> Resultado del trazado cardiotocográfico 1	<b>150</b>
<b>Anexo 6:</b> Registro cardiotocográfico 2	<b>151</b>
<b>Anexo 7:</b> Puntuación del test de Fisher 2	<b>152</b>
<b>Anexo 8:</b> Resultado del trazado cardiotocográfico 2	<b>153</b>
<b>Anexo 9:</b> Registro cardiotocográfico 3	<b>154</b>
<b>Anexo 10:</b> Puntuación del test de Fisher 3	<b>155</b>
<b>Anexo 11:</b> Resultado del trazado cardiotocográfico 3	<b>156</b>



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo académico está dedicado a mi familia, por ser mi apoyo a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación académica y como ser humano.

A nuestros docentes, quienes con mucha dedicación nos impartieron sus conocimientos en la especialidad de monitoreo fetal.



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para terminar con éxito mis metas propuestas.

A mi familia, quienes son mi pilar y apoyo incondicional.

A la Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con esta etapa de mi formación profesional, gracias por su paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de este trabajo académico.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el caso clínico de una gestante pretérmino con ruptura prematura de membranas y test no estresante que presenta desaceleraciones variables, atendida en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

**Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión de historia clínica, caso clínico de una gestante con embarazo pretérmino y test no estresante con signos evidentes de compresión funicular, atendida en el hospital Maria Auxiliadora en 2019. Se realizó revisión de literatura para discusión del caso clínico.

**Resultados:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 35 años, sin atenciones prenatales, quien acudió al servicio de emergencia por presentar pérdida de líquido amniótico a las 27 semanas de edad gestacional. A los 23 días de hospitalización se realiza un test no estresante donde, la línea de base es de 162 latidos por minuto en 30 minutos de registro, variabilidad en un rango de 5 a 7 latidos, aceleraciones compensatorias, desaceleraciones variables leves y severas, ausencia de contracciones uterinas. El embarazo culmina por vía abdominal con óbito fetal. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta el cuarto día postoperatorio.

**Conclusión:** La monitorización electrónica fetal realizada de manera periódica en pacientes con ruptura prematura de membranas es un procedimiento útil para la detección de los signos de compresión funicular.

**Palabras Claves:** Ruptura prematura de membranas, pretérmino, test no estresante, óbito fetal.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the clinical case of a preterm pregnant woman with premature rupture of membranes and a non-stress test that presented variable decelerations, treated at the María Auxiliadora Hospital in San Juan de Miraflores.

**Material and Methods:** Observational, descriptive, retrospective study of clinical history review, clinical case of a pregnant woman with a preterm pregnancy and a non-stressful test with obvious signs of funicular compression, attended at the Maria Auxiliadora hospital in 2019. A literature review was carried out to discuss the clinical case.

**Results:** We present the clinical case of a 35-year-old patient, without prenatal care, who attended the emergency service due to loss of amniotic fluid at 27 weeks of gestational age. At 23 days of hospitalization, a non-stressful test is performed where, the baseline is 162 beats per minute in 30 minutes of recording, variability in a range of 5 to 7 beats, compensatory accelerations, mild and severe variable decelerations, absence of contractions uterine. Pregnancy ends abdominally with stillbirth. Patient evolves favorably and is discharged on the fourth postoperative day.

**Conclusion:** Electronic fetal monitoring performed periodically in patients with premature rupture of the membranes is a useful procedure for the detection of signs of funicular compression.

**Key Words:** Premature rupture of membranes, preterm, non-stressful test, stillbirth.

## INTRODUCCIÓN

En el año 2018, la Organización Mundial de la salud (OMS) indicó que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros, cifra que va en aumento. “De los 184 países estudiados por la OMS, se encontró que la tasa de nacimientos prematuros es del 5% al 18% de recién nacidos”. (1)

En el Perú, la ENDES 2020 indicó que “la tasa de mortalidad perinatal fue de 17 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración. (2) Según el boletín epidemiológico del Perú en el 2019, el 10.82% de muertes intraútero se produjeron por complicaciones del cordón umbilical, placenta y membranas. (3)

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de la integridad de las membranas ovulares a partir de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, cuando se produce antes de las 37 semanas se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas (RPMP). (4,5)

El período de latencia se define como el momento en el cual se produce la ruptura de membranas hasta el parto, el manejo expectante se realizará cuando el tratamiento consista en prolongar el embarazo; siempre y cuando no aparezca algún criterio de culminación. (6)

La prevalencia de la RPMP es del 18.2% (7), y produce un tercio de los partos prematuros. En el 50 a 60% de estos casos, el parto se producirá dentro de la primera semana de producido el evento. Los factores asociados a RPMP son: la infección del tracto urinario ( $P = 0.05$ ),  $OR=30.87$  (IC 95%: 6.655 – 143.15), anemia gestacional  $P=0,000$   $OR=10,57$  (IC 95%: 3,119 – 35,791) (8-10); otros factores son

la diabetes pregestacional y gestacional, hipertensión arterial, macrosomía fetal, sedentarismo, tabaquismo, embarazos múltiples. (11)

Las complicaciones del feto con RPMP son distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, asfixias, infecciones, muerte intraútero, compresión del cordón umbilical por oligohidramnios y anhidramnios; en caso de presentarse contracciones uterinas puede presentarse desprendimiento prematuro de placenta (8,11,12). En la madre puede presentarse síndrome febril post parto, endometritis, sepsis, coagulación intravascular diseminada, síndrome de Asherman. (13-15)

En gestantes con RPM  $\geq$  44 horas y PCR  $>$  5, existe cinco veces mayor riesgo de padecer corioamnionitis (infección de la placenta y membranas ovulares amnios y corion) (16). Esta infección puede ser polimicrobiana, con bacterias como micoplasma o ureaplasma, en menor frecuencia por *Listeria monocytogenes*. Otros gérmenes anaerobios como *Gardenerella vaginalis*, enterococos Gram negativos y estreptococo del grupo B. (17-20).

En un estudio (21) realizado el 2018, encontraron que el porcentaje de embarazos que cursan con corioamnionitis subclínica depende de la edad gestacional: el 40% se encuentra entre las 24 y 28 semanas, 30 % entre 28 y 32 semanas.

Saavedra (22) encontró que hay asociación en la ruptura prematura de membranas con la placenta previa; patología en donde la placenta cubre parcial o totalmente el orificio cervical, cuyos factores de riesgo son la edad materna avanzada, insuficiente control prenatal, cirugía uterina previa, parto prematuro y

embarazo pretérmino actual. (23-25) La posible fisiopatología para esta entidad clínica, es que la placenta se inserta en el segmento inferior del útero, el cual tiene menos fibras musculares y mayor cantidad de fibras colágenas comparado al segmento superior; por lo que la distensibilidad se ve disminuida y la hemostasia sería insuficiente en caso se produjese un desprendimiento prematuro de placenta, pues no tendría la capacidad de colapsar los vasos sanguíneos. Las membranas se encuentran engrosadas, y tienen menor elasticidad por lo que es frecuente que se presente la ruptura prematura de membranas (26).

El monitoreo electrónico fetal (MEF), es una herramienta usada en obstetricia que valora el bienestar fetal mediante el registro de la respuesta cardíaca en relación a los movimientos fetales y contracciones uterinas, busca detectar alguna alteración que pueda comprometer al feto mediante un registro cardiotocográfico que contiene información sobre el estado de oxigenación indirecta (evaluando la integridad del sistema nervioso autónomo) y vitalidad del feto intraútero. La taquicardia fetal puede sugerir infección intraamniótica (correlacionado con el examen clínico de la gestante); así como, daño al cordón umbilical mediante las desaceleraciones variables. (27-29)

En la cardiotocografía basal de los pretérmino, se observa que a partir de las 28 semanas la reactividad se presenta alrededor del 65%. Según aumenta la edad gestacional la frecuencia cardíaca fetal basal disminuye, la variabilidad aumenta, igual que la frecuencia y amplitud de las aceleraciones transitorias, los estados conductuales del feto se organizan en períodos de reposo y actividad; por lo que a partir de las 30 semanas los índices de reactividad son similares a los fetos maduros. Cuando se produce la RPMP hay un aumento de la frecuencia cardíaca fetal, disminución de la frecuencia respiratoria, aumenta la frecuencia de

oligohidramnios, no hay cambios en el tono fetal ni en los movimientos corporales. En los recién nacidos antes de la semana 32, se ha observado que las desaceleraciones variables pronunciadas, acompañada de una variabilidad disminuida, tiene un mayor riesgo de muerte que los que nacen con patrones normales de la frecuencia cardíaca fetal. (30)

Con respecto a la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, a la semana 30, suele haber una disminución debido a que el sistema parasimpático influye más sobre la frecuencia cardíaca. El aumento de la frecuencia cardíaca fetal por encima de 160 latidos por minuto, se considera taquicardia y se puede deber a hipoxemia y/o acidemia fetal por infección intraamniótica. En el feto pretérmino las aceleraciones normales se presentan con un incremento de 10 latidos por minuto, con una duración de 10 segundos, esto se considera como tranquilizador antes de las 32 semanas. La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal suele estar disminuida debido al incompleto desarrollo del sistema nervioso autónomo del feto prematuro, conforme avanza la edad gestacional los rangos de variabilidad son de 5 latidos por minuto a más a partir de la semana 30 y 32. En los fetos pretérmino es común la presencia de desaceleraciones variables; producidas por la disminución del líquido amniótico, reducción de la gelatina de Wharton del cordón umbilical y falta del desarrollo del miocardio con una menor fuerza contráctil; hasta la semana 30, donde este patrón va disminuyendo y desaparece, debido a la maduración del miocardio fetal y al aumento de las reservas de glucógeno, similar a los fetos maduros. La persistencia de desaceleraciones variables está asociada a mayor tasa de hipoxemia, acidemia, procesos neurológicos anormales y resultados adversos a largo plazo. (31-35)

## CAPÍTULO I

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

#### A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE FILIACIÓN

Fecha de atención: 20 de agosto del 2019

Lugar de atención: Hospital María Auxiliadora

Nombres: J.R.F.D.

Edad: 35 años

Grado de instrucción: Secundaria incompleta.

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Ama de casa

Domicilio: Villa María del Triunfo

#### B) ATENCIÓN MÉDICA AL INGRESO A EMERGENCIA

**FECHA: 20/08/2019      HORA: 05:08 horas**

**Motivo de atención:** Paciente acude refiriendo pérdida de líquido  $\pm$  3 horas, niega sangrado vaginal, niega dinámica uterina, percibe movimientos fetales, niega síntomas premonitorios de eclampsia, paciente no trae su carne de control de embarazo.

#### **Antecedentes patológicos:**

Familiares:

Madre: Diabetes Mellitus tipo 2



Tía: hermana de la mamá Diabetes Mellitus tipo 2

Personales: Cesárea por embarazo gemelar 2013, Hospitalizada por mola 2016.

**Antecedentes obstétricos:**

Fecha de última menstruación: 01/02/2019

Fórmula obstétrica: G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

G<sub>1</sub>: Parto vaginal 3850 gr (Centro Materno Infantil – 2009)

G<sub>2</sub>: Cesárea gemelar 2000-2500 (Hospital María Auxiliadora – 2013)

G<sub>3</sub>: Aborto

G<sub>4</sub>: Actual

Atención prenatal: no se encuentra registro del control prenatal en la historia clínica

**Examen físico:**

Paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional, regular estado de hidratación, piel elástica, hidratada no palidez, no ictericia.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular (+) en ambos campos pulmonares, no ruidos

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos

Abdomen: Altura uterina: 22 Latidos cardíacos fetales:168 Movimientos

fetales: + Dinámica uterina: -

Tacto vaginal: Diferido



Especuloscopia. Se evidencia escaso sangrado vaginal no se evidencia pérdida de líquido.

**Diagnóstico:**

1. Tercigesta 27 semanas 4 días x ecografía II trimestre
2. Hemorragia tercer trimestre a descartar placenta previa
3. Cesárea anterior 1 vez
4. Control prenatal Insuficiente

**ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA:**

**FECHA: 14/06/2019**

Dx: Gestación única activa de 18 semanas 4 días x Biometría Fetal (+/- 1 SEMANA)

PLACENTA POSTERIOR GRADO I/III

**PRUEBA RÁPIDA DE VIH: NO REACTIVO**

**PRUEBA RÁPIDA DE SÍFILIS: NO REACTIVO**

**PRUEBA RÁPIDA DE HEPATITIS B: NO REACTIVO**

**REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA:**

**FECHA: 20/08/2019**

**HORA: 08:06 horas**

Edad: 35

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Edad Gestacional: 27semanas

Presión arterial: 100/80

Frecuencia cardíaca: 84

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 37



Paciente refiere que dolor disminuido pero sangrado vaginal aún continúa, percibe movimientos fetales, niega síntomas premonitorios de eclampsia.

Altura uterina: 22    Latidos cardíacos fetales: 168    Movimientos fetales:

+      Dinámica uterina: –

Tacto vaginal: diferido

Especuloscopía: se evidencia sangrado vaginal regular cantidad.

### **Diagnóstico:**

1. Tercigesta de 27 semanas
2. Placenta previa parcial por ecografía
3. Cesárea anterior 1 vez
4. Oligoamnios moderado por ecografía
5. Feto transverso
6. Control prenatal Inadecuado

### **Plan:**

1. Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma
2. Monitoreo materno fetal
3. Pasa a observación
4. Reevaluación con exámenes

### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta blanda + Líquidos a voluntad
- 2) Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma
- 3) Monitoreo materno fetal
- 4) Cloruro de sodio al 9% x 1000 centímetros cúbicos → 500 centímetros cúbicos a chorro luego 45 gotas



- 5) Betametasona 12 miligramos Intramuscular cada 24 horas por 2 dosis
- 6) Reposo absoluto
- 7) Paño tutor
- 8) Cefazolina 1 gramo endovenoso cada 8 horas
- 9) Pasa a observación

**FECHA: 21/08/2019 HORA: 08:00 horas**

#### ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

- Dx:
- 1) Gestante de 28 semanas 5 días
  - 2) Placenta previa parcial
  - 3) Oligoamnios moderado

#### **C) REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN OBSERVACIÓN DE GINECOLOGÍA**

**FECHA: 20/8/2019 HORA: 12:15 horas**

Edad: 35    G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>    Edad Gestacional: 28semanas

Presión arterial: 100/60    Frecuencia cardíaca: 89    Frecuencia respiratoria: 21

Temperatura: 37

Se reciben resultados: Hemoglobina: 14.5    Leucocitos: 8300    Hematocrito: 45

Abastoados: 0%

Ecografía obstétrica: Oligoamnios moderado / Placenta previa parcial / Ponderado fetal: 1300

Paciente refiere pérdida de líquido amniótico desde las 02:30 horas, al momento percibe movimientos fetales niega sangrado.



Altura uterina: 23 centímetros    Latidos cardíacos fetales: 143x'    Movimientos fetales: ++    Dinámica uterina: (-)10'    Situación/Posición/Presentación: transverso

Tacto vaginal: diferido

Paño tutor seco no se evidencia sangrado activo.

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 28 semanas por ecografía de segundo trimestre.
2. No labor de parto
3. Ruptura prematura de membranas
4. Placenta previa parcial no sangrante
5. Feto transverso
6. Cesárea anterior 1 vez
7. No control prenatal

**Plan:**

Manejo expectante

Paño tutor

Maduración pulmonar

Antibiótico profiláctico

Sube a 5to piso

**PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Monitoreo materno fetal
- 4) Betametasona 12 mg Intramuscular cada 24 horas por 2 dosis
- 5) Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas



INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	20.00	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	71.0	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	22.9	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	4.9	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	1.1	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.1	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	1.1	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm3	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	6248	/mm3	[1600-7500]
LINFOCITOS	2015	/mm3	[1500-4500]
MONOCITOS	431	/mm3	[200-1000]
EOSINOFILOS	97	/mm3	[0-500]
BASOFILOS	9	/mm3	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.09		[<=1.0]

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 21/08/2019**

**HORA: 06:20 horas**

### Día de hospitalización 01

Presión arterial:90/60      Frecuencia respiratoria: 89x'      Frecuencia

respiratoria: 20x'      Saturación: 98%      Temperatura: 36.5

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>



- Dx: 1) Gestante 28 semanas  
2) Ruptura prematura de membranas  
3) Placenta Previa  
4) Cesárea anterior 1 vez
- (S) Paciente no refiere molestias
- (O) Piel: Tibias/Hidratadas/Elásticas, llenado capilar <2", no cianosis, no palidez  
Torax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no estertores  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles  
Abdomen: no distendido, Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso  
Genitales externos: no sangrado activo  
Sistema nervioso central: Lúcida – orientada en tiempo – persona y espacio, Glasgow 15/15
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente
- (P) Seguir indicaciones médicas  
Test no estresante

**PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Monitoreo materno fetal en hoja aparte
- 4) Betametasona 12 miligramos intramuscular STAT
- 5) Paño tutor



6) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas - vía oral

7) Reposo absoluto

Se solicita urocultivo con removedor de antibiótico

Se solicita test no estresante

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 22/08/2019**

**HORA: 16:50 horas**

### Vespertina

Frecuencia cardíaca: 84    Frecuencia respiratoria: 18    Presión arterial:

100/60

Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Piel: Tibias/Hidratadas/Elásticas, llenado capilar <2"

Torác y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso, Latidos cardíacos fetales: No registra

Genitales externos: no sangrado

Sistema nervioso central: Lúcida-orientada en tiempo, espacio y persona,

Glasgow 15

Dx: 1) Gestante de 28 semanas

2) Ruptura prematura de membranas

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado



- (S) Niega molestias, niega sangrado, niega sensación de alza térmica, percibe movimientos fetales.
- (O) Piel: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2”  
Torás y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien abos campos pulmonares, no estertores  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos  
Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/depresibles, no doloroso, latidos cardíacos fetales 136 x’  
Genitales externos: no sangrado  
Sistema nervioso central: Lúcida-orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15
- (A) Hemodinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente
- (P) Seguir indicaciones

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) DIETA COMPLETA (HIPOGRASA) + Líquidos a voluntad
- 2) Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma
- 3) Monitoreo materno fetal cada 2 horas
- 4) Paño tutor
- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas por vía oral
- 6) Reposo absoluto

#### **EXAMENES AUXILIARES**

**FECHA: 21/08/2019**

**HORA: 12:35 horas**

PRUEBA

RESULTADO

UNIDADES

**URIANALISIS**

COLOR	AMARILLO
ASPECTO	LIGER. TURB
DENSIDAD	1025.00
PH	ACIDO
EXAMEN BIOQUIMICO	:
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEGATIVO
UROBILINOGENO EN ORINA	NEGATIVO
CETONAS EN ORINA	+++
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO
SANGRE (Hemoglobina)	NEGATIVO
ESTERASA	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
ESTUDIO SEDIMENTO	:
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS
LEUCOCITOS	2-3
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER
HEMATIES O	0-1
CILINDROS	NO SE OBSER
CRISTALES	NO SE OBSER
GERMENES	NO SE OBSER



LEVADURAS	NO SE OBSER
TRICHOMONA VAGINALIS	NO SE OBSER
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSER
OTROS-EX. ORINA	---

### EXAMENES AUXILIARES

**FECHA: 21/08/2019 HORA: 15:23 horas**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>BIOQUIMICA</b>			
CREATININA	0.52	mg / dl	[0.40-0.90]
GLUCOSA	401	mg / dl	[75-106]
UREA	36	mg / dl	[<=50]
<b>INMUNOLOGIA</b>			
RPR	NO REACTIVO		
<b>HEMATOLOGIA</b>			
TIEMPO DE COAGULACIÓN	7.00	Min	[4.00-10.00]
TIEMPO DE SANGRIA	2.00	Min	[2.00-4.00]

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 23/08/2019 HORA: 06:20 horas**

**Día hospitalización 03**



Presión arterial: 90/60      Frecuencia cardíaca: 82x      Frecuencia respiratoria: 18

Saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 36.5

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

2) Ruptura prematura de membranas

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Toráx y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidro aéreos presentes, blando/depresible, no doloroso

Útero grávido AU: 24cm      Movimientos fetales: +      Latidos cardíacos fetales: No registra      Dinámica uterina: (-)

Genitale externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: despierto, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, deambula con normalidad

(P) Seguir con indicaciones médicas

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Dieta Completa (Hipograsa) + Líquidos a voluntad

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Monitoreo materno fetal cada 4 horas



- 4) Paño tutor
- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas via oral
- 6) Reposo absoluto
- 7) Cruzar 2 paquetes globulares

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 23/08/2019 HORA: 17:00 horas**

### Vespertina

Frecuencia cardíaca: 95    Frecuencia respiratoria: 18    Presión Arterial:  
100/60    Saturación de oxígeno: 98%  
Edad: 35 años    G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

- 2) Ruptura prematura de membranas
- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios moderado

(S) Niega sensación de alza térmica, niega sangrado, percibe movimientos fetales

(O) Piel: tibias/hidratadas/elásticas, llenado capilar <2"

Torax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Altura uterina: 24 centímetros

Dinámica Uterina(-) Movimientos fetales: ++ Latidos cardíacos fetales: 145x

Genitales externos: no sangrado, no pérdida de líquido



Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona,  
Glasgow 15

(B) Hemodinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente

(P) Seguir indicaciones

**PLAN TERAPÉUTICO:**

01:30 PM agregar:

1) Insulina NPH 12 UI subcutáneo 30 minutos antes del desayuno

6 UI subcutáneo 30 min antes de la cena

Se solicita Hemoglobina A1c

**REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 24/08/2019**

**HORA: 06:00 horas**

**Día Hospitalización 4**

Presión arterial: 100/60

Frecuencia cardíaca: 92

Frecuencia

respiratoria: 18

saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 36.5

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

2) Ruptura prematura de membranas

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere cefalea durante la noche

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores



Cardiovascular: Ruidos cardiacos ritmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 24centímetros Movimientos fetales: +

Latidos cardiacos fetales: 145x Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado activo, no pérdida de líquido

Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta Completa (Hipograsa) Diabético 1800 kcal 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Paño tutor
- 4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 5) Reposo absoluto
- 6) Insulina NPH 12 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno

6 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena

Se solicita Hemoglobina A1c

Interconsulta a endocrinología

Ayer se indicó cruzar 2 paquetes globulares

- 7) Cruzar 2 paquetes globulares
- 8) Hemogluco test= 6AM – 2PM – 22:00
- 9) Hemoglobina glucosilada



## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 24/08/2019

HORA: 14:00 horas

### Vespertina

Presión arterial: 100/60                      Frecuencia cardíaca: 82    Frecuencia  
respiratoria: 19           saturación de oxígeno: 98%                      Temperatura: 36.5  
Edad: 35 años                                      G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

- 2) Ruptura prematura de membranas
- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere leve cefalea holocraneana, niega sangrado, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales, no sensación de alza térmica.

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos ritmicos, de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Útero grávido Altura uterina: 24 centímetros Movimientos fetales:

++ Latidos cardíacos fetales: 145x                      Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado vaginal

Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, epsacio y persona,

Glasgow 15/15

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, ventila espontáneamente

(P) Continuar con indicaciones médicas



## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 25/08/2019

HORA: 06:20 horas

Presión arterial: 100/60                      Frecuencia cardíaca: 81x' Frecuencia  
respiratoria: 19x'    saturación de oxígeno: 98%                      Temperatura: 37  
Edad: 35 años                      G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>                      Edad Gestacional: 28ss

Dx: 1) Gestante 28 semanas

- 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere que pierde líquido en poca cantidad

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 24centímetros                      Movimientos    fetales:    +

Latidos cardiacos fetales: 144x'                      Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado vaginal, pérdida de líquido en poca cantidad

Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, epsacio y persona,

Glasgow 15/15

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas



**PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta Completa (Hipograsa) Diabético 1800 kcal 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Paño tutor
- 4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 5) Hemoglucotest= 6AM – 2PM – 22:00
- 6) Insulina NPH 12 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno  
6 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena
- 7) Interconsulta a endocrinología

**FECHA: 24/08/2019 HORA: 16:22 horas**

**EXAMENES AUXILIARES**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>BIOQUIMICA</b>			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	10.9	%	[<=6.5]

**REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 26/08/2019 HORA: 10:00 horas**

**Día de hospitalización 6**

Presión arterial: 100/60      Frecuencia cardíaca: 92x' Frecuencia respiratoria: 18x'      saturación de oxígeno: 98%      Temperatura: 36.5  
Edad: 35 años      G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

- Dx: 1) Gestante 28 semanas
- 2) Ruptura prematura de membranas



- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere cefalea durante la noche

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 24centímetros Movimientos fetales: +

Latidos cardíacos fetales: 142x' Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido

Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

(A) Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, cursa afebril, tolera vía oral.

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para Diabético 1800 kcal 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Paño tutor
- 4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 5) Hemogluco-test= 6AM – 2PM – 22:00
- 6) Insulina NPH 12 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno  
6 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena



7) Interconsulta a endocrinología

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 26/08/2019

HORA: 14:00 horas

### Vespertina

Presión arterial: 100/70

Frecuencia cardíaca: 82x' Frecuencia

respiratoria: 18x'

saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 36.5°C

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 24 centímetros Movimientos fetales: +

Latidos cardíacos fetales: 145x' Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulo.

(A) (A) Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, cursa afebril, tolera vía oral. Se respondió a la interconsulta de endocrinología dando



indicaciones Insulina NPH 15 y/o UI y control de glucosa en ayunas y propanolol y luego reevaluación en dos días.

(P) Seguir con indicaciones médicas

### PLAN TERAPÉUTICO:

- 1) Dieta para Diabético 1800 kcal 4 tomas
- 2) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 3) Hemoglucoest= 6AM – 2PM – 22:00
- 4) Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno  
10 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena

5) Insulina R dosis de correcciones de glucosa pospandrial

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 I

6) Paño tutor

7) Hemoglucoest= 6AM – 2PM – 22:00PM

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 27/08/2019**

**HORA: 06:30 horas**

#### **Día de hospitalización 07**

Presión arterial: 90/60

Frecuencia cardíaca: 82x' Frecuencia

respiratoria: 18x'

saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 36.5°C

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Edad Gestacional: 28ss

Dx: 1) Gestante 28 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada



3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere pérdida de líquido durante la noche de escasa cantidad

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 24 centímetros Movimientos fetales: ++

Latidos cardíacos fetales: 142x' Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

1. Dieta para Diabético 1800 kcal 4 tomas+ colación nocturna
2. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
3. Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
4. Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno  
10 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena
5. Insulina R dosis de correcciones de glucosa posprandial  
95-150 mg/dl → 02 UI



151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 UI

6. Paño tutor
7. Hemoglucotest en ayunas y posprandial 6am – 10pm
8. Depositar 1 paquete globular
9. Mañana interconsulta a endocrinología

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 27/08/2019      HORA: 17:30 horas**

#### **Vespertina**

Frecuencia cardíaca: 76x'      Frecuencia respiratoria: 17x'      Saturación de  
oxígeno: 98%      Presión arterial: 100/70

Edad: 35 años      G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

- Dx:
- 1) Gestante de 28 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongado
  - 3) Placenta Previa Parcial
  - 4) Cesárea anterior 1 vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios moderado
- (S) Paciente niega molestias al momento
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, cursa afebril, tolera vía oral, percibe movimientos fetales



- (O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso
- Útero grávido Movimientos fetales: + Latidos cardíacos fetales: 150x'
- Dinámica uterina: (-)
- Genitales externos: no sangrado activo
- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Glasgow 15/15
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral ventila espontáneamente
- (P) Seguir con indicaciones médicas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 28/08/2019**

**HORA: 07:00 horas**

**Día de hospitalización 08**

Presión arterial: 100/60

Frecuencia cardíaca: 78x' Frecuencia

respiratoria: 18x'

saturación de oxígeno: 98%

Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>3</sub>P<sub>1203</sub>

Dx: 1) Gestante 28 semanas

- 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso



6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente niega molestias

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación.

Útero grávido Altura uterina: 24 centímetros Movimientos fetales: ++

Latidos cardíacos fetales: 145x' Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulo

(B) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

**PLAN TERAPÉUTICO:**

8) Dieta para Diabético 1800 kcal 4 tomas

9) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

10) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

11) Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno

10 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena

12) Insulina R dosis de correcciones de glucosa posprandial

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI



221-300 mg/dl → 06 UI  
>300 mg/dl → 08 I

- 13) Paño tutor
- 14) Hemoglucotest en ayunas y posprandial
- 15) Se solicita Test no estresante, hemograma completo, PCR, VSG
- 16) Se solicita Ecografía obstétrica
- 17) Interconsulta a endocrinología

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 28/08/2019      HORA: 18:00 horas**

#### **Vespertina**

Presión arterial: 100/60    Frecuencia cardíaca: 78x    Frecuencia respiratoria:

18x'    Saturación de oxígeno: 98%    Temperatura: 37°C

Edad: 35 años                      G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

- Dx:
- 1) Gestante de 30 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongado
  - 3) Placenta Previa Parcial
  - 4) Cesárea anterior 1 vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios moderado
- (S) Paciente no refiere molestias
- (O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/depresible, no doloroso



Útero grávido, Altura uterina: 24centímetros Dinámica uterina: (-)

Látidos cardíacos fetales: 148 por minuto Movimientos fetales: ++

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: despierta, reactiva a estímulo.

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir indicaciones médicas

### TEST NO ESTRESANTE

**FECHA: 28/08/2019**

**HORA: 15:12 horas**

**CONCLUSIÓN: Test no estresante: ACTIVO - REACTIVO**

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2
2.- Variabilidad	< 5 <3	5-9 ó >25 3-6	10-25 >6	1
3.- Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4 esporádicos	>5	2
4.- Desaceleraciones	DIP II >60% DIP III >60%	DIP II <40% Variables <40%	Ausentes	2



5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	2
	Puntaje Total			9/10

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 29/08/2019**

**HORA: 06:20 horas**

### Día de hospitalización 07

Presión arterial: 90/60      Frecuencia cardíaca: 82x'      Frecuencia respiratoria:

18x'      Saturación de oxígeno: 98%      Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad Gestacional: 30ss

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere que presentó 2 coágulos de sangre en la mañana (5:40) y pérdida de líquido y dolor en las caderas

(O) Torax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos ritmicos de buena intensidad, no soplos audibles



Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso, útero grávido  
Altura uterina: 24cm  
Dinámica uterina: (-)  
Latidos cardíacos fetales: 145x'  
Movimientos fetales: ++

Sistema nervioso central: despierta, reactiva a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril

(P) Seguir con indicaciones

### PLAN TERAPÉUTICO:

1) Dieta para Diabético 1800kcal (4 tomas) Ración de colación para diabético

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

4) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno

10 UI SC 30 min antes de la cena

5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

6) Paño tutor

7) Reposo absoluto

8) Hemoglucotest en ayunas y posprandial / 6am – 10pm

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 29/08/2019

HORA: 15:00 horas

## Vespertina

Presión arterial: 100/60    Frecuencia cardíaca: 78x    Frecuencia respiratoria: 18x'

Saturación de oxígeno: 98%    Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30ss

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido, Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos cardíacos fetales: 148x' Movimientos fetales: ++

Genitales externos: escaso sangrado

Sistema nervioso central: despierta, reactiva a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral ventila espontáneamente

(P) Seguir indicaciones médicas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN



FECHA: 30/08/2019

HORA: 06:48

**Día hospitalización 08**

Presión arterial: 90/60      Frecuencia cardíaca: 78x'      Frecuencia respiratoria:

18x'      Saturación de oxígeno: 98%      Temperatura: 36.5°C

Edad: 35 años

G4P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30ss

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere pérdida de líquido, y ninguna otra sintomatología

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis, no palidez

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos ritmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido      Altura uterina: 25cm      Dinámica uterina: (-)      Latidos cardíacos fetales: 148x      Movimientos fetales: ++

**PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Dieta para diabético 1800kcal (4 tomas) Ración de colusión

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral



4) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno  
10 UI SC 30 min antes de la cena

5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 UI

6) Paño tutor

7) Reposo absoluto

8) Hemoglucoest en ayunas y posprandial / 6am – 10pm

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 31/08/2019**

**HORA: 07:00 horas**

### **Día hospitalización 09**

Frecuencia cardíaca:80 Frecuencia respiratoria: 18 Presión arterial:

100/60 Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.8°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Dx: Gestante de 29 semanas 5/7 x eco II

Ruptura prematura de membranas prolongada

Placenta Previa Parcial

Cesárea anterior 1vez

Feto transverso

Oligoamnios moderado

(S) niega molestias, niega sangrado

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Torax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos ritmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible Altura uterina: 26cm

Dinámica uterina: (-) Latidos cardíacos fetales: 142x Movimientos fetales: ++

Genitales externos: no sangrado activo

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: Lúcia, orientada en espacio, tiempo y persona, Glasgow 15

(A) Hemodinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente

(P) Seguir indicaciones

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800kcal (4 tomas) + Ración de colusión
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Monitoreo materno fetal cada 4 hrs
- 4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 5) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno  
10 UI SC 30 min antes de la cena
- 6) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI



- 7) Paño tutor
- 8) Reposo absoluto
- 9) Hemoglucotest: 06.00 am (2hrs posprandial) 22.00pm

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 31/08/2019      HORA: 16:00 hora**

### Vespertina

Frecuencia cardíaca: 78    Frecuencia respiratoria: 20    Presión arterial:  
100/60    Temperatura: 37°C    Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 35 años      G4P<sub>1213</sub>

- Dx:
- 1) Gestante de 29 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Placenta Previa Parcial
  - 4) Cesárea anterior 1 vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios moderado

(S) Niega molestias

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso    Latidos cardíacos fetales: 142x Dinámica uterina: (-) Movimientos fetales: ++

Genitales externos: no sangrado

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)



Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona,  
Glasgow 15

- (A) Hemodinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente
- (P) Seguir indicaciones

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 01/09/2019**

**HORA: 06:40 horas**

### **Día de hospitalización 10**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca:78x' Frecuencia respiratoria:

18x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30

Dx: 1) Gestante de 29 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente refiere pérdida de líquido

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso



Útero grávido Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos

cardíacos fetales: 138x Movimientos fetales: +

Genitales externos: no sangrado vaginal

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

### PLAN TERAPÉUTICO:

1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías (4 tomas) Ración de colación

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

4) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno

10 UI SC 30 min antes de la cena

5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

6) Paño tutor

7) Reposo absoluto

8) Hemogluco test: 6am/2hrs pp/ 22:00 hrs

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 02/09/2019

HORA: 16:00 horas

Vespertina



Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 78x' Frecuencia respiratoria:

18x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.5°C

Edad: 35 años

G4P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30

Dx: 1) Gestante de 29 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos cardíacos fetales: 155x Movimientos fetales: +

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

### **PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Dieta para diabético 1800kcal en 4 tomas

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma



- 3) Monitoreo materno fetal
- 4) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno  
10 UI SC 30 min antes de la cena
- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 UI
- 7) Paño tutor
- 8) Reposo absoluto
- 9) Vendaje de miembros inferiores
- 10) Hemogluco test 6am/2horas posprandial/ 22:00 horas
- 11) Se solicita ecografía obstétrica, hemograma, PCR, VSG

**EXAMENES AUXILIARES:**

**FECHA: 02/09/2019**

**HORA: 11:50 horas**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>BIOQUIMICA</b>			
CREATININA	0.47	mg / dl	[0.40-0.90]
GLUCOSA	90	mg / dl	[75-106]
PROTEINA C REACTIVA	0.6	mg / dl	[0.0-0.5]

UREA	27	mg / dl	[<=50]
<b>INMUNOLOGIA</b>			
RPR	NO REACTIVO		
GRUPO SANGUINEO Y RH	O POSITIVO		
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
LEUCOCITOS	7.80	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	3.88	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	11.9	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	36	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	93.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.7	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.8	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.3	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	158	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.10	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.16	%	[0.15-0.50]
INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	19.80	%	[11.00-18.00]
	Macroplaquetas:1+		
NRBC %	-	%	



NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	67.9	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	24.7	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	4.7	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	2.3	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.4	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.6	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm <sup>3</sup>	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	5296	/mm <sup>3</sup>	[1600-7500]
LINFOCITOS	1927	/mm <sup>3</sup>	[1500-4500]
MONOCITOS	367	/mm <sup>3</sup>	[200-1000]
EOSINOFILOS	179	/mm <sup>3</sup>	[0-500]
BASOFILOS	31	/mm <sup>3</sup>	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.05		[<=1.0]
TIEMPO DE COAGULACION	7.00	min	[4.00-10.00]
TIEMPO DE SANGRIA	2.00	min	[2.00-4.00]

**FECHA: 02/09/2019 HORA: 12:42 horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	----------	-----------------------

**BIOQUIMICA**

PROTEINA C REACTIVA	5.1	mg / dl	[0.0-0.5]
---------------------	-----	---------	-----------

**HEMATOLOGIA**

VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN 30.00 mm/h [5.00-20.00]

**FECHA: 02/09/2019 HORA: Mañana/Tarde**

**ECOGRAFIA OBSTÉTRICA**

Dx: 1) Gestación única de 29semanas 5días por Biometría fetal.

- 2) Feto en transverso
- 3) Oligoamnios severo
- 4) Perfil biofísico 6/8

**FECHA: 02/09/2020 HORA: 18:00 horas**

AGREGAR: Depósito de 2 paquetes globulares

**REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 03/09/2019 HORA: 06:05 horas**

**Día de hospitalización 13**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca:79x' Frecuencia respiratoria:

17x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.7°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 29ss

- Dx:
- 1) Gestante de 29 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Placenta Previa Parcial
  - 4) Cesárea anterior 1vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios moderado

(S) Paciente no refiere molestias



- (O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis, no palidez
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso
- Útero grávido Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos cardíacos fetales: 140x Movimientos fetales: +
- Genitales externos: no sangrado
- Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente
- (P) Seguir con indicaciones medicas

**PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800kcal en 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno  
10 UI SC 30 min antes de la cena
- 4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI



>300 mg/dl → 07 UI

- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de MMII
- 9) Hemoglucofotometría 6am/2hrs pp/ 22:00 hrs

Efectivizar: (Ecografía obstétrica) suspendido

(Hemograma completo, PCR/ VSG) suspendido

Depositar 2 paquetes globulares (Entregar orden y recetas)

Se solicita test no estresante

### **REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 03/09/2019      HORA: 18:15 horas**

#### **Vespertina**

(S) Paciente refiere que percibe los movimientos fetales

(O) Abdomen:      Latidos cardíacos fetales: 139x'      Movimientos fetales:  
++      Dinámica uterina: ausente

- Dx:
- 1) Gestante de 29 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Placenta Previa Parcial
  - 4) Cesárea anterior 1vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios moderado

Plan:

- Ecografía semanal

- Test no estresante cada 72 horas
- Hemograma completo cada 72 horas
- Control de funciones vitales
- Monitoreo materno fetal estricto

**FECHA: 03/09/2019      HORA: 10:15 horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
LEUCOCITOS	9.50	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	4.04	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	12.0	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	37	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.7	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.7	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	11.6	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	167	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.60	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.18	%	[0.15-0.50]



INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	19.80	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	73.7	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	18.2	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	5.4	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	2.3	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.4	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.5	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm3	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	7002	/mm3	[1600-7500]
LINFOCITOS	1729	/mm3	[1500-4500]
MONOCITOS	513	/mm3	[200-1000]
EOSINOFILOS	219	/mm3	[0-500]
BASOFILOS	38	/mm3	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.05		[<=1.0]

**FECHA: 03/09/2019      HORA: 12:42**

**TEST NO ESTRESANTE**

**CONCLUSIÓN: TEST NO ESTRESANTE ACTIVO-REACTIVO**

<b>Parámetros Observados</b>	<b>Puntaje</b>



	0	1	2	
1.- Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2
2.- Variabilidad	< 5  <3	5-9 ó >25  3-6	10-25  >6	1
3.- Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4  esporádicos	>5	2
4.- Desaceleraciones	DIP II >60%  DIP III >60%	DIP II <40%  Variables <40%	Ausentes	2
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	2
	Puntaje Total			9/10

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 04/09/2019**

**HORA: 06:00 horas**

### Día de hospitalización 14

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 79x' Frecuencia respiratoria:

17x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.7°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 29ss

Dx: 1) Gestante de 29 semanas



- 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 3) Placenta Previa Parcial
- 4) Cesárea anterior 1vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios severo

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis, no palidez

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación

Útero grávido Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos cardíacos fetales: 138x Movimientos fetales: +

Genitales externos: no sangrado activo

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones medicas

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800kcal en 4 tomas Desayuno, Almuerzo, Cena y Medianoche
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma



3) Insulina NPH 15 UI SC 30 min antes del desayuno

10 UI SC 30 min antes de la cena

4) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

6) Paño tutor

7) Reposo absoluto

8) Vendaje de MMII

9) Hemogluco test 6am/2hrs pp/ 22:00 hrs

10) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral

Se solicita: Hemograma completo, PCR, VSG

Check list

Interconsulta a Endocrinología

AGREGAR: 1) Insulina NPH 18 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno

12 UI SC 30 min antes de la cena

5) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI



6) Hemoglucofotometría 6:00 hrs - 2h pp - 22:00 hrs

7) Se solicita Hemograma PCR, VSG

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 04/09/2019

HORA: 15:00 horas

### Vespertina

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 80x' Frecuencia respiratoria:

18x' Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 29ss

Dx: 1) Gestante de 29 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa Parcial

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios severo

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis, no palidez

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación



Útero grávido Altura uterina: 25cm Dinámica uterina: (-) Latidos

cardíacos fetales: 152x Movimientos fetales: +

Genitales externos: no sangrado activo

Genito urinario: Sistema nervioso central

SNC: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente, se responde la interconsulta de dermatología de endocrinología donde como sugerencia dieta blanda diabética 1800 kilocalorías, insulina y en escala móvil.

(P) Seguir con indicaciones médicas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 05/09/2019**

**HORA: 05:00 horas**

### **Día de hospitalización 15**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 78x' Frecuencia respiratoria:

18x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30ss

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa total

4) Cesárea anterior 1 vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios severo

(S) Paciente refiere pérdida de líquido, niega náuseas, ni vómitos



- (O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis, no palidez
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación
- Útero grávido    Altura uterina: 33cm        Dinámica uterina: (-)        Latidos cardíacos fetales: 140x        Movimientos fetales: +
- Genitales externos: no sangrado activo, pérdida de líquido amniótico
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente
- (P) Seguir con indicaciones médicas

**PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías en 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Insulina NPH 18 UI SC 30 minutos antes del desayuno  
12 UI SC 30 minutos antes de la cena
- 4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI



221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de miembros inferiores
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral
- 10) Se solicita hemograma completo, PCR, VSG (pendiente resultado)
- 11) Depósito de sangre

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 05/09/2019**

**HORA: 16:00 horas**

### Vespertina

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 80x' Frecuencia respiratoria:

18x' Temperatura: 37°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30ss

- Dx:
- 1) Gestante de 30 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Placenta Previa total
  - 4) Cesárea anterior 1 vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
- (S) Paciente no refiere molestias
- (O) Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación



Altura uterina: 30cm Dinámica uterina: + Latidos cardíacos fetales: 144

Movimientos fetales: +

Genitales externos: no sangrado activo, pérdida de líquido amniótico

Genito urinario: Puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

Test no estresante

**05/09/2019 18:00horas** Se recibe llamada de la unidad de monitoreo, no le van a poder hacer x Edad gestacional. Solo a apartir de 32 semanas.

**05/09/2019 20:00horas** agregar test no estresante hoy

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 06/09/2019**

**HORA: 06:00 horas**

#### **Día de hospitalización 16**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca:78x' F Temperatura T: 37°C

Edad: 35 años

G4P<sub>1213</sub>

Edad gestaciona: 29 semanas

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Placenta Previa total

4) Cesárea anterior 1vez

5) Feto transverso

6) Oligoamnios severo

(S) Paciente refiere pérdida de líquido, con escasa cantidad de sangre

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis



Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación

Útero grávido Altura uterina: 28cm Movimientos fetales: + Latidos cardíacos fetales: 138x Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: pérdida de líquido con escaso sangrado

Genito urinario: Sistema nervioso central

SNC: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

### **Completar preoperatorio**

### **Reevaluación x Endocrinología**

### **Hemograma hoy**

### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías en 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Insulina NPH 18 UI SC 30 minutos antes del desayuno

12 UI SC 30 minutos antes de la cena

- 4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI



221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de miembros inferiores
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral

Seguimiento: hemograma completo, PCR, VSG, Test no estresante.

Se solicita interconsulta Endocrinología

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 06/09/2019**

**HORA: 18:00 horas**

### Vespertina

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 78x' Frecuencia respiratoria:

18x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.5°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 29 semanas

- Dx:
- 1) Gestante de 30 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Placenta Previa total
  - 4) Cesárea anterior 1 vez
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis



Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso

Útero grávido Altura uterina: 28cm Movimientos fetales: + Latidos cardíacos fetales: 142x Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: pérdida de líquido escaso

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente

(P) Seguir con indicaciones médicas

**FECHA: 06/09/2019 HORA: 15:52 horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	----------	-----------------------

**BIOQUIMICA**

PROTEINA C REACTIVA	1.9	mg / dl	[0.0-0.5]
---------------------	-----	---------	-----------

**INMUNOLOGIA**

RPR	NO REACTIVO
-----	-------------

GRUPO SANGUINEO Y RH	O POSITIVO
----------------------	------------

**HEMATOLOGÍA**

LEUCOCITOS	8.30	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
------------	------	---------------------	----------------

LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul
-----------------------	---	---------------------

HEMATIES	4.11	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	12.7	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	38	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	31.0	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.0	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.3	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	194	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.10	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.20	%	[0.15-0.50]
INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	17.50	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	71.8	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	22.9	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	3.6	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	1.3	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.4	%	[0.0-1.0]

GRANULOCITOS INMADUROS %	0.5	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm3	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	5959	/mm3	[1600-7500]
LINFOCITOS	1901	/mm3	[1500-4500]
MONOCITOS	299	/mm3	[200-1000]
EOSINOFILOS	108	/mm3	[0-500]
BASOFILOS	33	/mm3	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.04		[<=1.0]
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	37.00	mm/h	[5.00-20.00]

**FECHA: 06/09/2019 HORA: 11:10**

**TEST NO ESTRESANTE**

**CONCLUSIÓN: TEST NO ESTRESANTE: HIPOACTIVO-NO REACTIVO**

**OBSERVACIONES: SIGNOS DE DISTOCIA FUNICULAR**

**TRAZADO NO REACTIVO POR GESTACIÓN 29SS**

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2
2.- Variabilidad	< 5 <3	5-9 ó >25 3-6	10-25 >6	1
3.- Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4	>5	1



		esporádicos		
4.- Desaceleraciones	DIP II >60% DIP III >60%	DIP II <40% Variables <40%	Ausentes	2
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	1
	Puntaje Total			7/10

**FECHA: 06/09/2019 HORA: MAÑANA / TARDE**

**ECOGRAFIA OBSTÉTRICA**

- Dx: 1) Gestación única de 30semanas 5días por biometría fetal.  
2) Feto en transverso  
3) Peso fetal percentil 42  
4) Perfil biofísico fetal 6/8  
5) Oligoamnios severo  
6) Placenta previa total sin signos ecográficos de acretismo placentario

**REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 07/09/2019 HORA: 01:28 horas**

**Guardia Nocturna**

Presión arterial: 95/60 Frecuencia cardíaca:86x' Frecuencia respiratoria:

17x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.7°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30ss



Se acude al llamado de enfermería, quienes refieren que paciente presentó sangrado cuando miccionó aprox 1 cuchara (5 centímetros cúbicos), niega molestias al momento del examen.

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2”

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Altura uterina: 28cm      Movimientos fetales: ++  
Latidos cardíacos fetales: 136x      Dinámica uterina: (-)

Genitales externos: no sangrado

#### Plan

- 1) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 2) Balance hídrico
- 3) No legible
- 4) Control de sangrado con paño tutor
- 5) reposo absoluto
- 6) No legible

(P) Seguir con indicaciones médicas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 07/09/2019**

**HORA: 04:00 horas**

### Guardia Nocturna

Presión arterial: 100/60      Frecuencia cardíaca:74x' Frecuencia respiratoria:

18x'      Temperatura: 36.7°C      Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30 semanas



Paciente de 35 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub> con diagnóstico:

- 1) Gestante de 30 semanas
- 2) Placenta Previa total
- 3) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 4) Cesárea anterior 1 vez
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios severo x 3

Paciente actualmente refiere escaso sangrado vaginal rojo rutilante, que lo evidencia en el paño tutor, niega dinámica uterina, percibe movimientos fetales, niega síntomas premonitorios de eclampsia.

Ex. Físico: Movimientos fetales: ++      tacto vaginal diferido      Altura uterina: 28cm  
Dinámica uterina: (-)      Latidos cardíacos fetales: 137x'

Genitales externos: no se evidencia sangrado genital activo, sólo se evidencia sangrado escaso en paño tutor.

Plan 1) Reposo absoluto

- 2) Monitoreo materno fetal estricto
- 3) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 4) Expectativa armada

## **REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 07/09/2019**

**HORA: 05:40 horas**

### **Día de hospitalización 17**

Presión arterial: 90/60      Frecuencia cardíaca: 80x'      Frecuencia respiratoria:

18x'      Saturación de oxígeno: 98%      Temperatura: 36.5°C



- Dx: 1) Gestante de 30 semanas
- 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 3) Cesárea anterior 1vez
- 4) Placenta Previa total
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios severo
- (S) Paciente en la madrugada presentó sangrado vaginal escaso por lo que se llamó al médico de guardia, niega otras molestias.
- (O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso
- Útero grávido Altura uterina: 28 centímetros Movimientos fetales: +
- Latidos cardíacos fetales: 140x Dinámica uterina: (-)
- Genitales externos: no sangrado vaginal activo
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente
- (P) Seguir con indicaciones medicas



### PLAN TERAPÉUTICO:

- 1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Insulina NPH 18 UI SC 30 minutos antes del desayuno  
12 UI SC 30 minutos antes de la cena
- 4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 UI
- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de miembros inferiores
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral
- 10) Hemoglucotest 6am – 2horas posprandial y 22 horas  
Interconsulta a Endocrinología

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 07/09/2019**

**HORA: No registra**

#### **Vespertina**

Presión arterial: 100/60 Frecuencia cardíaca: 68x' Frecuencia  
respiratoria: 19x' Temperatura: 36.5°C Saturación de oxígeno: 98

- Dx: 1) Gestante 30 semanas
- 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
- 3) Cesárea anterior 1 vez
- 4) Placenta Previa total
- 5) Feto transverso
- 6) Oligoamnios severo
- (S) Paciente presento sangrado vaginal al levantarse, con perdida de liquido escasa cantidad. Niega dolor tipo contracción uterina, no sensación de alza térmica.
- (O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2”
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, útero grávido Altura uterina: 28 centímetros Latidos cardíacos fetales: 134x Dinámica uterina: (-)
- Movimientos fetales+ Situación/posición/presentación: transverso
- Genitales externos: escaso sangrado vaginal no activo
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (-), Puntos renoureterales (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulos lúcida, orientada en persona, tiempo y espacio, Escala Glasgow 15/15
- (A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente.
- Hemograma, PCR, VSG dentro de parámetros normales
- (P) Seguir con indicaciones médicas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 08/09/2019

HORA: 07:21 horas

### Día de hospitalización 18

Frecuencia cardíaca: 61x' Frecuencia respiratoria: 16x' Presión arterial:

90/60 Saturación de oxígeno: 96% Temperatura: 36.3°C

Edad: 35 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 30 semanas

Dx: 1) Gestante de 30 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Cesárea anterior 1 vez

4) Placenta Previa total

5) Feto transverso

6) Oligoamnios severo

7) Diabetes Mellitus tipo II

(S) Paciente no refiere molestias.

(O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles



Abdomen grávido Altura uterina: 23 centímetros Movimientos fetales:

++ Latidos cardíacos fetales: 145 Situación/Posición/Presentación:  
transverso

Genitales externos: escaso sangrado. No sangrado vaginal activo

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona,

Glasgow 15/15

(A) Paciente cursa su 18 día de hospitalización, hemodinámicamente estable, en reposo absoluto.

(P) Seguir indicaciones

Interconsulta a endocrinología mañana

#### PLAN TERAPÉUTICO:

1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Insulina NPH 18 UI SC 30 min antes del desayuno

12 UI SC 30 min antes de la cena

4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

6) Paño tutor



- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de miembros inferiores
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral
- 10) Hemoglucotest 6am – 2horas posprandial y 22 horas
- 11) Se solicita hemograma, PCR, VSG
- 12) Interconsulta a Endocrinología 09/09/19
- 13) Hierro sacarato 2000 2 ampollas 500centímetros cúbicos en 2horas30'
- 14) Lactulosa 30 centímetros cúbicos cada 8 horas

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 09/09/2019      HORA: 07:00**

### **Día de hospitalización 19**

Frecuencia cardíaca: 72x' Frecuencia respiratoria: 18x' Presión arterial:

100/60 Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.4°C

Edad: 35 años      G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>      Edad gestacional: 30semanas 5 días

- Dx:
- 1) Gestante de 30 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1 vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
  - 7) Diabetes Mellitus tipo 2
- (S) Paciente refiere dolor leve tipo contracción uterina y sangrado vaginal escaso.



(O) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible,

Útero grávido Altura uterina: 23 centímetros Latidos cardíacos fetales: 135x

Movimientos fetales: ++

Genitales externos: sangrado vaginal rojo rutilante activo

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

(A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril

(P) Monitoreo materno fetal

Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

Pendiente resultados

### PLAN TERAPÉUTICO:

1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Insulina NPH 18 UI SC 30 min antes del desayuno

12 UI SC 30 min antes de la cena

4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI



221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 07 UI

- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de MMII
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral
- 10) Hemoglucoest 6am – 2horas posprandial y 22 horas
- 11) Lactulosa jarabe, tomar 20 centímetros cúbicos cada 8 horas vía oral
- 12) Interconsulta a Endocrinología (09/09/19)
- 13) Se solicita hemograma completo, PCR, VSG

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 10/09/2019**

**HORA: 06:15**

### **Día de hospitalización 20**

Frecuencia cardíaca: 76x' Frecuencia respiratoria: 20x' Presión arterial:

90/60 Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 36 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 31sem 1d

- Dx:
- 1) Gestante de 31 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1 vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
  - 7) Diabetes Mellitus tipo 2



- (S) Paciente no refiere molestias. Enfermería no reporta interurrencias
- (O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación
- Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles
- Abdomen gravido Altura uterina: 23 centímetros Latidos cardíacos fetales: 134x Movimientos fetales: ++
- Genitales externos: escaso sangrado. No sangrado vaginal activo
- Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
- (A) Gestante hemodinámicamente estable, cursa sin fiebre, en reposo absoluto.
- Cuenta con nuevo hemograma: Hemoglobina =12,5, PCR= 1,8
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- Monitoreo materno fetal

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

- 1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Insulina NPH 18 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno  
12 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena
- 4) Insulina R Dosis de conversión de glucosa



95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 UI

- 5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral
- 6) Paño tutor
- 7) Reposo absoluto
- 8) Vendaje de miembros inferiores
- 9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral
- 10) Hemogluco test 6am – 2 horas posprandial y 22 horas
- 11) Lactulosa jarabe 20 centímetros cúbicos cada 8 horas vía oral, si presenta estreñimiento
- 12) Calcio carbonato 500 miligramos 1 tableta cada día vía oral cada 24 horas
- 13) Interconsulta endocrinología

**FECHA: 09/09/2019**

**HORA: 13:05 horas**

**EXÁMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	----------	-----------------------

**BIOQUIMICA**

PROTEINA C REACTIVA	1.8	mg / dl	[0.0-0.5]
---------------------	-----	---------	-----------

**HEMATOLOGÍA**

LEUCOCITOS	8.90	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	4.21	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	12.5	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	38	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.8	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.7	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.4	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	204	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.00	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.20	%	[0.15-0.50]
INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	19.00	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	74.4	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	19.3	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	4.3	%	[2.0-10.0]

EOSINOFILOS %	1.6	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.4	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.4	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm3	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	6622	/mm3	[1600-7500]
LINFOCITOS	1718	/mm3	[1500-4500]
MONOCITOS	383	/mm3	[200-1000]
EOSINOFILOS	142	/mm3	[0-500]
BASOFILOS	36	/mm3	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.03		[<=1.0]
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN	41.00	mm/h	[5.00-20.00]

**FECHA: 09/09/2019      HORA: 11:28 horas**

**TEST NO ESTRESANTE**

**CONCLUSIÓN: TEST NO ESTRESANTE ACTIVO-REACTIVO**

**OBSERVACIONES: BEBE SE MUEVE VARIAS VECES, PERO PACIENTE NO PRESIONA BOTÓN LATIDOS CARDÍACOS FETALES BASAL= 154X'**

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2
2.- Variabilidad	< 5	5-9 ó >25	10-25	2



	<3	3-6	>6	
3.- Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4 esporádicos	>5	1
4.- Desaceleraciones	DIP II >60% DIP III >60%	DIP II <40% Variables <40%	Ausentes	2
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	2
	Puntaje Total			9/10

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 10/09/2019

HORA: 15:50 horas

### Vespertina

Frecuencia cardíaca: 72x' Frecuencia respiratoria: 16x' Presión

arterial: 100/60 Saturación de oxígeno: 97%

Edad: 36 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 31 semanas 1 día

Dx: 1) Gestante de 31 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Cesárea anterior 1 vez

4) Placenta Previa total

5) Feto transversal

6) Oligoamnios severo



7) Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Paciente no refiere molestias

(O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles

Abdomen grávido Altura uterina: 27centímetros Latidos cardíacos fetales:

136x Movimientos fetales: ++

Genitales externos: abundante liquido transparente con escaso sangrado evidente

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

(A) Gestante hemodinámicamente estable, cursa sin fiebre, ventilando espontáneamente, en reposo absoluto

Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

Monitoreo materno fetal

**PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 8:00 horas

12 UI Subcutáneo 21:00 horas

2) Insulina R 04 UI antes del almuerzo Subcutáneo



11) Control Hemoglucotest 6am – 2horas posprandial y 22 horas

3) Reevaluación (12/09/19)

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 11/09/2019

HORA: 06:23 horas

### Día de hospitalización 21

Frecuencia cardíaca: 72x' Frecuencia respiratoria: 18x' Saturación de oxígeno: 97% Presión arterial: 100/60

Edad: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub> Edad gestacional: 31,2 semanas

Dx: 1) Gestante de 31 semanas

2) Ruptura prematura de membranas prolongada

3) Cesárea anterior 1 vez

4) Placenta Previa total

5) Feto transverso

6) Oligoamnios severo

7) Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Paciente no refiere molestias. Refiere menor mov. fetal

(O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles



Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles

Abdomen grávido Altura uterina: 27centímetros Latidos cardíacos fetales:

150x Movimientos fetales: +

Genitales externos: abundante líquido con escaso sangrado

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona,

Glasgow 15/15

(A) Gestante hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, en reposo absoluto.

(P) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

Monitoreo materno fetal

#### **PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Monitoreo materno fetal Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 8:00 horas

12 UI Subcutáneo 21:00 horas

4) Insulina R 04 UI antes del almuerzo Subcutáneo

5) Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

6) Paño tutor

7) Reposo absoluto

8) Vendaje de miembros inferiores

9) Sulfato ferroso 300 miligramos cada día vía oral

10) Calcio carbonato 500 miligramos 1 tableta cada día vía oral cada 24 horas

11) Hemoglucotest 6am – 2horas pospandrial y 22 horas



- 12) Se solicita hemograma, PCR, VSG
- 13) Interconsulta a Endocrinología (12/09/19)
- 14) Depósito 1 paquete globular.

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 11/09/2019      HORA: 15:00 horas**

### vespertina

Frecuencia cardíaca: 72x' Frecuencia respiratoria: 16x' Presión arterial:

90/60 Saturación de oxígeno: 97%

Edad: 36 años      G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>      Edad gestacional: 31 semanas y 2 días

- Dx:
- 1) Gestante de 31 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1 vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
  - 7) Diabetes Mellitus tipo 2
- (S) Paciente no refiere molestias.
- (O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación
- Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores



Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles

Abdomen gravido Altura uterina: 28 centímetros Latidos cardíacos fetales: 150x Movimientos fetales: + Dinámica uterina= (-)

Genitales externos: escaso sangrado y evidencia de pérdida de líquido

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

- A) Gestante hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, tolera vía oral. en reposo absoluto.
- (P) Reposo absoluto. Hemoglucotest cada 6 horas posprandial 22:00 horas  
Se solicita Hemograma, PCR, VSG control

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 12/09/2019**

**HORA: 06:10 horas**

### **Día de hospitalización 22**

Frecuencia cardíaca: 70x' Frecuencia respiratoria: 16x' Presión arterial:

90/60 Saturación de oxígeno: 96%

Edad: 36 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 31 semanas y 3 días

- Dx:
- 1) Gestante de 31 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1 vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso



6) Oligoamnios severo

7) Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Paciente no refiere molestias. Enfermería no reporta interurrencias

(O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles

Abdomen gravido Altura uterina: 28 centímetros Latidos cardíacos fetales:

150x Movimientos fetales: ++ Dinámica uterina= (-)

Genitales externos: escaso sangrado, se evidencia líquido sin mal olor

Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

(A) Gestante hemodinámicamente estable, cursa con evolución estacionaria.

Tolera vía oral, en reposo absoluto.

(P) Ecografía obstétrica

Hemograma, PCR y VSG. Test no estresante

### **PLAN TERAPÉUTICO:**

1) Dieta para diabético 1800 kilo calorías 4 tomas

2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

3) Insulina NPH 15 UI Subcutáneo 30 minutos antes del desayuno

12 UI Subcutáneo 30 minutos antes de la cena

Insulina R 4 UI antes del almuerzo

95-150 mg/dl	→	02 UI	} Suspendido
151-180 mg/dl	→	03 UI	
181-220 mg/dl	→	04 UI	
221-300 mg/dl	→	06 UI	
>300 mg/dl	→	07 UI	

Amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral

Paño tutor

Reposo absoluto

Vendaje de miembros inferiores

Se solicita Hemograma completo

Se solicita test no estresante

Se solicita Ecografía obstétrica / Cervicometría

Se solicita interconsulta a endocrinología

Se solicita Hb A1c

## **REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 12/09/2019**

**HORA: 16:00 horas**

### **Día de hospitalización 23**

Frecuencia cardíaca: 76x' Frecuencia respiratoria: 18x' Presión arterial: 90/60

Saturación de oxígeno: 98%



Edad: 36 años

G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Edad gestacional: 31 semanas y 3 días

- Dx:
- 1) Gestante de 31 semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1 vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
  - 7) DM tipo 2
- (S) Paciente refiere molestias, leve dolor en región lumbar.
- (O) Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación
- Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no soplos audibles
- Abdomen gravido Altura uterina: 28 centímetros Latidos cardíacos fetales: 150x ± Movimientos fetales: ++ Dinámica uterina= (-)
- Genitales externos: escaso sangrado, se evidencia líquido amniótico sin mal olor
- Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
- (A) Gestante se encuentra hemodinámicamente estable, en reposo absoluto.



(P) Test no estresante, ecografía obstétrica, Hemograma, VSG y PCR  
pendientes.

**FECHA: 12/09/2019      HORA: No registra**

**ECOGRAFIA OBSTÉTRICA**

Dx:

- 1) Gestación única de 30 semanas 6 días por biometría fetal.
- 2) Crecimiento fetal acorde con edad gestacional x fecha de última regla.
- 3) No Distres fetal agudo
- 4) Perfil biofísico fetal 6/8
- 5) Oligoamnios severo
- 6) Placenta previa total no signos de acretismo

**FECHA: 12/09/2019      HORA: 17:37**

**TEST NO ESTRESANTE**

**CONCLUSIÓN: TEST NO ESTRESANTE ACTIVO-REACTIVO**

Parámetros Observados	Puntaje				
	0	1	2		
1.- Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2	1
2.- Variabilidad	< 5 <3	5-9 ó >25 3-6	10-25 >6	1	1



3.- Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4 esporádicos	>5	2	0
4.- Desaceleraciones	DIP II >60%  DIP III >60%	DIP II <40%  Variables <40%	Ausentes	2	0
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	2	
				Puntaje Total	9/10

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 12/09/2019

HORA: 20:50

### Guardia Nocturna

Presión arterial: 100/60 Frecuencia cardíaca:70x' Frecuencia respiratoria: 18x' Temperatura: 36.6 Saturación de oxígeno: 97%

Edad: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub> Edad gestacional: 31semanas 3días

Paciente refiere que desde las 19:30 horas presenta dolor tipo contracción uterina, niega sangrado vaginal, niega síntomas premonitorios de eclampsia. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido al momento.

Abdomen gravido Altura uterina: 28 centímetros Situación/Posición/Presentación: Transverso Latidos cardíacos fetales: 138x' Dinámica uterina: 1-20/+20" Genitales externos: se evidencia en paño tutor rasgos de sangrado no activo



- Dx:
- 1) Gestante de 31semanas
  - 2) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 3) Cesárea anterior 1vez
  - 4) Placenta Previa total
  - 5) Feto transverso
  - 6) Oligoamnios severo
  - 7) Diabetes Mellitus tipo 2

Plan:

- 1) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 2) Monitoreo materno fetal cada hora
- 3) Decúbito lateral izquierdo
- 4) Paño tutor (ver cada hora sangrado)
- 5) Hidratación cloruro de sodio 0,9% >400 centímetros cúbicos luego  
XXX gotas
- 6) Control de glicemia según ultimas indicaciones

**PLAN TERAPÉUTICO:**

**FECHA: 12/09/2019      HORA: 21:08 horas**

Agregar: Cloruro de sodio 0,9 % 1000 centímetros cúbicos a chorro luego xxx  
gotas por minuto.

**FECHA: 12/09/2019      HORA: 14:51horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	----------	-----------------------

**BIOQUIMICA**

GLUCOSA	61	mg / dl	[75-106]
PROTEINA C REACTIVA	5.2	mg / dl	[0.0-0.5]

**HEMATOLOGÍA**

LEUCOCITOS	11.90	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	4.18	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	12.5	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	38	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.9	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.7	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.6	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	192	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.00	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.19	%	[0.15-0.50]
INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	18.80	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]

NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	75.9	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	17.5	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	4.8	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	1.5	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.3	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.4	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm <sup>3</sup>	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	9032	/mm <sup>3</sup>	[1600-7500]
LINFOCITOS	2083	/mm <sup>3</sup>	[1500-4500]
MONOCITOS	571	/mm <sup>3</sup>	[200-1000]
EOSINOFILOS	179	/mm <sup>3</sup>	[0-500]
BASOFILOS	36	/mm <sup>3</sup>	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.05		[<=1.0]

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 13/09/2019**

**HORA: 00:45 horas**

### Guardia Nocturna

Presión arterial: 100/70 Frecuencia cardíaca: 76x' Frecuencia respiratoria:

18x' Temperatura: 36.6 Saturación de oxígeno: 98%

Edad: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub> Edad gestacional: 31 semanas 3 días

Paciente no percibe movimiento fetal desde hace aproximadamente 1 hora, refiere pérdida de coágulo cuando orinó; además de contracciones uterinas persistentes.

Al examen:

Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2”

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Altura uterina: 28 centímetros Latidos cardíacos fetales: no se perciben Movimientos fetales: no se perciben

Situación/Posición/Presentación: Longitudinal transverso Dinámica uterina: no presenta Tono: normal

Genitales externos: se evidencian rasgos de sangrado escaso residual.

Se realiza ecografía:

- Complejo subplacentario↑ (26mm)
- No latidos cardiacos fetales
- Placenta previa
- Oligoamnios severo
- Feto transverso

- Dx:
- 1) Gestante de 31semanas
  - 2) Óbito fetal
  - 3) Placenta Previa total
  - 4) Feto transverso
  - 5) Diabetes Mellitus tipo 2
  - 6) Desprendimiento premature de placenta inicial
  - 7) Ruptura prematura de membranas prolongada
  - 8) Oligoamnios severo



9) Cesárea anterior 1 vez

Plan: 1) Pasa a sala de operaciones

2) Cruzar 2 paquetes globulares

3) Antibioticoterapia triple

### **PLAN TERAPÉUTICO**

- 1) Nada por vía oral
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Cloruro de sodio 0,9 % 500 centímetros cúbicos a chorro luego XXX gotas pre sala de operaciones.
- 4) Ampicilina 1 gramo endovenoso cada 8 horas
- 5) Gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 6) Cloranfenicol 1 gramo endovenoso cada 8 horas
- 7) Cruzar 02 paquetes globulares
- 8) Pasa a sala de operaciones

### **INFORME OPERATORIO**

Operación realizada: CSTI + BTB

Diagnóstico preoperatorio: Gestante 32 semanas / óbito fetal / Desprendimiento prematuro de placenta +- 10%/ Placenta previa total/ Diabetes mellitus 2/ Cesárea anterior 1 vez

Diagnóstico posoperatorio: Gestante 32 semanas / óbito fetal / Desprendimiento prematuro de placenta +- 10%/ Placenta previa total / Miomatosis uterina

## Anestesia Regional

T. Operatorio: 1h35' Inicio: 1:40 Término: 3:15

Complicaciones: sangrado persistente de ángulo izquierdo, que remitió a múltiples puntos hemostáticos. se deja dren tubular en parieto cólico izquierdo.

### Procedimiento:

1. Decúbito dorsal
2. Asepsia y antisepsia, y evacuación vesical
3. Apertura de pared por plano hasta cavidad
4. Histerotomía corporal
5. Extracción del óbito fetal en cefálica (estaba en transverso)
6. Extracción de la placenta
7. Escobillonaje
8. Histerorrafia en 2 planos con catgut crómico 1
9. Afrontamiento de peritoneo con catgut 2/0
10. Afrontamiento de músculo con catgut 1
11. Afrontamiento de aponeurosis con vicryl 1
12. Afrontamiento de fascie
13. Cierre de piel con nylon 3/0

Fecha: 13/09/2019 Hora: 03:50am

- Recién nacido masculino óbito fetal Hora de nacimiento: 01:49
- 2:25 se toma AGA
- Placenta desprendida al 10%
- Líquido amniótico ausente
- Cordón umbilical= 2 arterias y 1 vena
- Útero miomatoso



- Anexos
  - \* Placenta previa total
  - \* No se evidencia signos de acretismo placentario

## PLAN TERAPÉUTICO POST SOP

- 1) Nada por vía oral
- 2) Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma
- 3) Cloruro de sodio 0,9% x 1000 centímetros cúbicos + 30 UI oxitocina a 45 gotas (I)
- 4) Dextrosa al 5% + Hipersodio 2 ampollas + kalium 1 ampollas + 30 UI oxitocina a 45 gotas (II) y (III)
- 5) Insulina escala móvil

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	07 I
- 6) Ampicilina 1gramo endovenoso cada 8 horas
- 7) Gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 8) Cloranfenicol 1gramo endovenoso cada 8 horas
- 9) Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 10) Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 11) Ketoprofeno 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 12) Tramadol 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 13) Ácido tranexámico 1 gramo endovenoso cada 8 horas



14) Ergotrate 0,2 miligramos intramuscular cada 8 horas

15) Hemograma, Glucosa-Urea-Creatinina, perfil hepático, perfil coagulación, examen de orina, AGA.

**FECHA: 13/09/2019 HORA: 06:30 horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

**Valores de Gases en Sangre**

↓ Ph	7.344	7.377
↓ pCO <sub>2</sub>	34.4	32.7
pO <sub>2</sub>	99.8	102

**Valores de Oximetría**

ctHb	13.4	12.3
Hct <sub>c</sub>	41.2	37.7
sO <sub>2</sub>	96.8	97.2
FO <sub>2</sub> Hb	94.9	95.5
FCOHb	0.8	0.7
FMetHb	1.2	1.0
FHHb	3.1	2.8

**Valores de Electrolitos**

cK <sup>+</sup>	4.0	3.7
↓ cNa <sup>+</sup>	134	132
cCa <sup>2+</sup>	1.15	1.16
↑ cCl <sup>-</sup>	107	110

Valores de Metabolitos

↑ cGlu	149	142
↑ cLac	1.6	1.2

Valores Corregidos por Temperatura

pH(T)	7.344	7.377
pCO <sub>2</sub> (T)	34.4	32.7
pO <sub>2</sub> (T)	99.8	102

Estado de Oxigenación

ctO <sub>2c</sub>	8.0	7.4
FShunt <sub>e</sub>	2.7	3.3
↑ p50 <sub>c</sub>	30.23	26.68
ctCO <sub>2</sub> (B) <sub>c</sub>	36.7	38.1
pO <sub>2</sub> (a/A) <sub>e</sub>	91.9	92.2
pO <sub>2</sub> (A-a) <sub>e</sub>	8.8	8.6
pO <sub>2</sub> (a)/FO <sub>2</sub> (l) <sub>c</sub>	475	484

Estado Ácido-Base

↓ cBase(Ecf) <sub>c</sub>	-6.4	-5.5
↓ cBase(B) <sub>c</sub>	-6.2	-5.1
↓ cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P) <sub>c</sub>	18.2	18.8
↓ cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P.st) <sub>c</sub>	19.4	20.2
Anion Gap <sub>c</sub>	8.5	2.8
mOsm	275.6	270.9



## REEVALUACIÓN DE PSICOLOGÍA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 13/09/2019      HORA: 10:30 horas**

Se evalúa a paciente de 35 AÑOS Post cesareada 31 semanas por óbito fetal a la entrevista de hoy y observación tensa, ansiosa, lábil emocionalmente por pérdida del producto de gestación, se brinda soporte emocional y consejería en salud mental, terapia del duelo, autoestima centrada en proyecto de vida.

**DX:** Episodio depresivo leve F32.0

Estrés z733

Se aplica test Zungf. Ansiedad y depresión.

## REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 14/09/2019      HORA: 06:00 horas**

### Día de hospitalización 24

PA: 100/60    FC:81x'    FR: 17x'    Sat: 98%    T: 36.6°C

Edad: 36 años      G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

**Dx:** 1) Post operada por cesárea segmentaria transversa iterativa / óbito fetal.

(S) Paciente niega molestias.

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2".

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos



Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: no distendido, Ruidos hidro aéreos (+) Blando / Depresible

Genitales externos: loquios hemáticos, escasos

Sistema nervioso centra: lúcida, orientada en tiempo espacio y persona.

(A) Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril.

(P) Seguir indicaciones.

### PLAN TERAPÉUTICO

- 1) Dieta blanda + Líquidos a voluntad 1800 kilo calorías 4 tomas
- 2) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 3) Dextrosa al 5% + Hipersodio 2 ampollas + kalium 1 ampolla + 30 UI  
oxitocina a 45 gotas (II) y (III) Culminar
- 4) Insulina escala móvil

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	08 I
- 5) Ampicilina 1gramo endovenoso cada 8 horas
- 6) Gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 7) Cloranfenicol 1gramo endovenoso cada 8 horas
- 8) Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 9) Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 10)Ketoprofeno 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 11)Tramadol 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
- 12)Ácido tranexámico 1 gramo endovenoso cada 8 horas



- 13) Ergotrate 0,2 miligramos intramuscular cada 8 horas
- 14) Sonda foley permeable
- 15) Balance hidro eléctrico + Diuresis horaria
- 16) Hemograma control + Glucosa-Urea-Creatinina.
- 17) Interconsulta Endocrinología
- 18) Interconsulta Psiquiatría
- 19) Sube a V piso

Agregar:

- 1) Fluoxetina 20 miligramos 1tableta / desayuno

Clonazepam 0,5 miligramos ½ tableta Mañana – ½ tableta Noche

**FECHA: 13/09/2019      HORA: 07:45 horas**

**EXAMENES AUXILIARES:**

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>BIOQUIMICA</b>			
BILIRRUBINA TOTAL	0.54	mg / dl	[<=1.00]
BILIRRUBINA DIRECTA	0.20	mg / dl	[<=0.20]
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.35	mg / dl	[0.20-1.00]
CREATININA	0.37	mg / dl	[0.40-0.90]
DESHIDROGENASA LACTICA	485	U / l	[240-480]
FOSFATASA ALCALINA	120	U / l	[35-105]
GLUCOSA	146	mg / dl	[75-106]



PROTEINAS TOTALES	5.4	g / dl	[6.4-8.3]
ALBUMINA	2.7	g / dl	[3.5-5.2]
GLOBULINAS	2.6	g / dl	[2.0-3.5]
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	14	U / l	[<=32]
TRANSAMINASA G.PIRUVUCA	10	U / l	[<=33]
UREA	28	g / dl	[<=50]
<b>INMUNOLOGIA</b>			
GRUPO SANGUINEO Y RH	O+		
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
LEUCOCITOS	21.90	10 <sup>3</sup> /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	4.31	10 <sup>6</sup> /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	13.5	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	41	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	94.0	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	31.3	pg	[28.0-36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	33.1	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.7	%	[11.0-15.0]

PLAQUETAS	226	10 <sup>3</sup> /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.20	fL	[8.00-12.00]
PLAQUETOCRITO	0.23	%	[0.15-0.50]
INDICE DE DESVIACIÓN PLAQUETARIA	20.30	%	[11.00-18.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	2.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	91.0	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	3.0	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	3.0	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	1.0	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.0	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.0	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	438.00	/mm <sup>3</sup>	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	19929	/mm <sup>3</sup>	[1600-7500]
LINFOCITOS	657	/mm <sup>3</sup>	[1500-4500]
MONOCITOS	657	/mm <sup>3</sup>	[200-1000]
EOSINOFILOS	219	/mm <sup>3</sup>	[0-500]
BASOFILOS	0	/mm <sup>3</sup>	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.00		[<=1.0]
TIEMPO DE COAGULACION	7.00	min	
TIEMPO DE SANGRIA	3.00	min	

TIEMPO DE PROTOMBINA (segundos)	14.40	seg
TIEMPO DE PROTOMBINA %	86.00	%
INR	1.11	
CONTROL	13.10	seg
FIBRINOGENO	673	mg / dl
TIEMPO DE TROMBINA	15.60	seg
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	36.80	seg

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 15/09/2019**

**HORA: 06:55 horas**

#### **Día de hospitalización 25**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 78x' Frecuencia respiratoria: 18x'

Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 37°C

E: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Dx: 1) Post operada por cesárea segmentaria transversa iterativa +  
Bloqueo tubárico bilateral por gestante 32 semanas / óbito fetal /  
Desprendimiento prematuro de placenta ± 1 hora / Placenta previa  
total / Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Paciente no refiere molestias durante la noche. Enfermería no reporta  
intercurrencia.

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2", no cianosis,  
no palidez.



Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: no distendido, Ruidos hidro aéreos (+) Blando / Depresible, leve dolor en sitio operatorio.

Herida operatoria: cubierta con gasa y con dren

Genitales externos: no se evidencia sangrado vaginal.

Sistema nervioso central: Despierta, reactivo a estímulo.

- (A) Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, tolera vía oral, ventila espontáneamente.
- (P) Seguir indicaciones

## PLAN TERAPÉUTICO

1) Nada por vía oral

2) Insulina escala móvil, si:

95-150 mg/dl	→	02 UI
151-180 mg/dl	→	03 UI
181-220 mg/dl	→	04 UI
221-300 mg/dl	→	06 UI
>300 mg/dl	→	09 UI

3) Ampicilina 1gramo endovenoso cada 8 horas

4) Gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas

5) Cloranfenicol 1gramo endovenoso cada 8 horas



- 6) Fluoxetina 20 miligramos 1tableta desayuno
- 7) Clonazepam 0,5 miligramos ½ tableta Mañana – ½ tableta Noche
- 8) Sulfato ferroso 200 miligramos vía oral cada 24 horas
- 9) Insulina NPH 15 UI 8am subcutáneo  
12 UI 9pm subcutáneo
- 10) Insulina R 04 UI antes del almuerzo subcutáneo
- 11) Control de glicemia 6:00 horas / pos pandrial
- 12) Interconsulta a Endocrinología al alta con indicaciones
- 13) Interconsulta a Psiquiatría (Mañana)

### REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

**FECHA: 16/09/2019 HORA: 06:10 horas**

#### **Día de hospitalización 26**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca:82x' Frecuencia respiratoria:

17x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.8°C

E: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Dx: 1) Post operada por cesárea segmentaria transversa iterativa +  
Bloqueo tubárico bilateral.

2) Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Paciente refiere que siente leve dolor en herida operatoria.

(O) Piel y mucosas: Tibias/Hidratadas/Elásticas llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos



Abdomen: no distendido, Ruidos hidro aéreos (+) Blando / Depresible, leve dolor a la palpación en herida operatoria.

Herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis

Genitales externos: no se evidencia sangrado vaginal.

Sistema nervioso centra: lúcida, orientada en tiempo espacio y persona.

(A) Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril

(P) Seguir indicaciones

### PLAN TERAPÉUTICO

14) Dieta para diabético 1800 kcal

15) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

16) Insulina escala móvil, si:

95-150 mg/dl → 02 UI

151-180 mg/dl → 03 UI

181-220 mg/dl → 04 UI

221-300 mg/dl → 06 UI

>300 mg/dl → 10 UI

17) Ampicilina 1 gramo endovenoso cada 8 horas

18) Gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas

19) Cloranfenicol 1 gramo endovenoso cada 8 horas

20) Ketoprofeno 100 miligramos vía oral cada 8 horas

21) Fluoxetina 20 miligramos 1 tableta desayuno

22) Clonazepam 0,5 miligramos ½ tableta Mañana – ½ tableta Noche

23) Sulfato ferroso 200 miligramos vía oral cada 24 horas

24) Insulina NPH 15 UI 8am subcutáneo

12 UI 9pm subcutáneo

25) Insulina R 04 UI antes del almuerzo subcutáneo

26) Control de glicemia 6:00 horas / pos prandial

27) Interconsulta a Endocrinología / Interconsulta a Psiquiatría

**FECHA: 16/09/19 HORA: 18:10 horas**

Alta endocrinología

### **REEVALUACIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN**

**FECHA: 17/09/2019 HORA: 06:35 horas**

#### **Día de hospitalización 27**

Presión arterial: 90/60 Frecuencia cardíaca: 75x' Frecuencia respiratoria:

16x' Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 36.6°C

E: 36 años G<sub>4</sub>P<sub>1213</sub>

Dx: 1) Post operada por cesárea segmentaria transversa iterativa +  
Bloqueo tubárico bilateral.

2) Óbito fetal

3) Diabetes Mellitus tipo 2

(S) Niega molestias

(O) Piel y mucosas: Tibias /Hidratadas/Elasticas, llenado capilar <2"

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos  
pulmonares

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos



Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (+) Blando/Depresible, no doloroso a la palpación. Herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis

Genitales externos: loquios hemáticos, escasos

Sistema nervioso central: Lúcida, orientad en tiempo, espacio y persona

(A) Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente

(P) Seguir indicaciones

### **PLAN TERAPÉUTICO**

- 1) Alta con indicaciones. Dieta para diabético 1500 kcal
- 2) Orientación y consejería en signos de alarma
- 3) Control por consultorio externo en 7 días
- 4) Amoxicilima 500 miligramos vía oral cada 8 horas x 3 días
- 5) Gentamicina 160 miligramos intramuscular cada 24 horas
- 6) Cloranfenicol 500 miligramos vía oral cada 8 horas x 3 días
- 7) Ketoprofeno 100 miligramos vía oral cada 8 horas x 3 días
- 8) Fluoxetina 20 miligramos 1tableta / desayuno x 30 días
- 9) Clonazepam 0,5 miligramos ½ tableta Mañana – ½ tableta Noche x 20 días
- 10)Control por consultorio de psiquiatría en 10 días
- 11)Control por consultorio de endocrinología en 10 días
- 12)Insulina NPH 15 UI 30 minutos antes de desayuno
- 13)Insulina NPH 08 UI 30 minutos antes de cenar



## **ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO DE LA PLACENTA**

**MACROSCOPIA:** Se recibe placenta que pesa 467 gramos y mide 15x13x4 centímetros. Cara materna cotiledones incompletos color pardo rojizo. Cara fetal: membranas ovulares incompletas, translúcidas, delgadas. Cordón umbilical de inserción céntrico de color blanquecino y mide 18x1.5 centímetros. Al corte presencia de 3 vasos. SIMR C1 C3.

### **DIAGNÓSTICO:**

- Placenta con vellosidades coriales con fibrosis estromal.
- Decidua con necrosis fibrinoide e inflamación aguda.
- Corioamnionitis aguda.
- Cordón umbilical con inflamación aguda moderada.

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista práctico, el presente trabajo académico pretende evidenciar los hallazgos en la cardiotocografía de las gestantes pretérmino con ruptura prematura de membranas, patología común que complica la gestación; pudiendo derivar en oligohidramnios, corioamnionitis, compresión funicular, entre otras.

Las principales complicaciones de la ruptura prematura de membranas podrían ser evitables y detectables de una forma precoz, en el hospital María Auxiliadora cuenta con el servicio de cardiotocografía fetal, pero aún no se han establecido protocolos para el mismo, este trabajo pretende servir como punto de partida para iniciar el proceso de implementación de protocolos en beneficio del binomio madre-niño atendidos en el nosocomio.

Existen muy pocos estudios sobre la persistencia de desaceleraciones variables en fetos pretérmino mayores a 30 semanas, este estudio serviría como antecedente para la realización de futuras investigaciones en el campo de la salud, respecto al tema.

## CAPÍTULO III

### ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Antecedentes Nacionales

Padilla S., el año 2020, en Perú, reportó el estudio sobre “Hallazgos del test no estresante en gestantes con rotura prematura de membranas, Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017”, cuyo objetivo fue identificar los hallazgos del test no estresante en gestantes con ruptura prematura de membranas en el hospital Nacional Hipólito Unanue. Metodología: Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal. Con una población de 300 embarazo complicados con ruptura prematura de membranas atendidas en la Unidad de Monitoreo Fetal, a quienes se tomaron el test no estresante. Resultados: se encontró que la línea basal de la frecuencia cardíaca basal fetal estuvo dentro de los valores normales (120 a 160 latidos por minuto) en el 100% de casos, en el 58.6% de casos la variabilidad estuvo entre 5 a 9 latidos ó mayor a 25 latidos, no se evidenciaron desaceleraciones en el 87% de casos, y los movimientos fetales mayores a 5 en el 85.2% de casos. La autora concluyó que el 76.3% de trazados fueron reactivos y el 23.7% fueron dudosos. (36)

Salazar R. en el año 2016, en Perú, reportó el estudio sobre “Características cardiotocográficas del test no estresante y test estresante en fetos de gestantes con oligohidramnios”, Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo; con una muestra de 46 gestantes con diagnóstico de oligohidramnios leve y severo.

Realizado en el hospital Daniel Alcides Carrión. Resultados: entre los resultados de los test no estresantes y test estresantes: el total de las líneas de base de la frecuencia cardíaca fetal se encontraron dentro del rango normal entre 120 y 160 lpm. La variabilidad estuvo entre 5 a 9 latidos en los dos test, en el 99% de casos se presentaron movimientos fetales y aceleraciones presentes en el 91,3% de trazados. Y presencia de desaceleraciones tipo III leves, moderados y severos; al igual que espigas. 42 test no estresantes tuvieron un resultado activo reactivo y 37 concluyeron como trazados de test estresantes negativos reactivos. La autora concluyó que los resultados de los trazados cardiotocográficos de las pacientes que presentaron oligohidramnios, en su mayoría estuvieron dentro de los parámetros normales. (37)

Miranda R. en el año 2017, en Perú, en su estudio “Resultados Cardiotocográficos del Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto en Gestantes con Ruptura de Membranas Relacionados con el tipo de Parto”, Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, retrospectivo, transversal; realizado en el hospital María Auxiliadora. Tuvo como objetivo determinar la relación de los resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal anteparto en gestantes con ruptura prematura de membranas con una muestra de 140 historias clínicas. Resultados: dentro del test no estresante: el 95.6% presentó línea de base normal, con variabilidad moderada 58.3%, el 96.7% tuvo aceleraciones, desaceleraciones ausentes en el 75% de casos y movimientos fetales mayor a 5 en el 84.1% de casos. Total, de test no estresantes reactivos 79.6%. En el test estresante: 86.5% de casos con aceleraciones, variabilidad de 5 a 10 latidos 53.9%, de 3 a más movimientos fetales 84.6%, ausencia de desaceleraciones 65.4%, actividad uterina con patrón de

contracciones uterinas 98.1%. CST negativos 78.8%. En el análisis del  $\text{CHI}^2$  del test no estresante existe relación estadísticamente significativa entre la variabilidad, desaceleraciones, movimientos fetales con el parto vaginal. En el test estresante existe relación estadísticamente significativa entre la variabilidad; aceleraciones; movimientos fetales; desaceleraciones; y el tipo de parto vaginal. La autora concluyo que en pacientes gestantes con ruptura de membranas existe relación significativa estadística con el parto vaginal ( $p=0000$ ). (38)

Limascca N. en el año 2017, en Perú, en su estudio "Ruptura Prematura de Membranas como Factor de Riesgo de Oligoamnios Severo". Estudio de caso clínico en el hospital de Espinar-Arequipa, estudio el caso de una gestante de 23 años de edad, con una edad gestacional de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, quien ingresa al hospital por pérdida de líquido amniótico de 8 horas, es hospitalizada, se inicia antibioticoterapia, exámenes de laboratorio, perfil biofísico 6/8, con oligoamnios severo y doble circular de cordón. Monitoreo electrónico fetal 6/10, Feto activo no reactivo. La resolución del caso fue una cesárea de emergencia con un producto de 38 semanas, sexo masculino, peso 3170 gramos. Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Líquido amniótico escaso y doble circular de cordón, tanto madre como recién nacido fueron dados de alta en condiciones favorables. (39)

Condori, I. en el año 2015, en Ayacucho – Perú; en su estudio "Características cardiotocográficas del monitoreo electrónico fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas", tuvo como objetivo determinar las características cardiotocográficas del monitoreo electrónico fetal en gestantes con ruptura

prematura de membranas, estudio realizado en el 2014 con una muestra de 120 gestantes con ruptura prematura de membranas con indicación de monitoreo electrónico fetal. Estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, con un diseño no experimental. Resultados: del total de gestantes estudiadas se halló que el 97.5% tuvo una línea de base normal, y un 2.5% presentó taquicardia fetal. En cuanto a la variabilidad un 93.3% presentaron entre 6 a 25 latidos; el 80% tuvo aceleraciones de 1/10' a 5/30'; además que en 55.8% no presento desaceleraciones. La autora concluyó que el monitoreo electrónico fetal sirve como diagnóstico de las variaciones cardiotocográficas de las gestantes con ruptura prematura de membranas. (40)

### **3.2. Antecedentes Internacionales**

Crosby DA y cols, en el año 2014, en Irlanda, reportaron un estudio sobre “Reporte de caso y revisión de corioamnionitis en el contexto de ruptura prematura de membranas pretérmino”, estudio tipo reporte de caso, realizado en el Hospital universitario de Dublin. Caso de una gestante mujer de 40 años quien ingresa al departamento de emergencia con 31,4 semanas de embarazo y antecedentes de eliminación de líquido vaginal transparente durante dos horas; paciente afebril y hemodinámicamente estable, al examen con el espéculo se confirma la ruptura prematura de membranas, se inicia tratamiento con corticoesteroides y claritromicina vía oral. En el ultrasonido la exploración mostró crecimiento fetal normal, Dopler de arteria umbilical normal y oligohidramnios. A los días paciente reporta movimientos fetales disminuidos y la cardiotocografía informa dos

movimientos y desaceleraciones; pasó sala de trabajo de parto y a las dos horas se evidencia taquicardia fetal, variabilidad disminuida y desaceleraciones variables. Paciente con alta sospecha de corioamnionitis por que se traslada a sala de operaciones para cesárea de emergencia, con recién nacido mujer en buenas condiciones. Puérpera pasa a la unidad de cuidados intensivos por sepsis con foco ginecológico, evoluciona favorablemente. Los autores concluyeron que la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, la frecuencia cardíaca y temperatura materna, es importante para identificar los signos clínicos de corioamnionitis. (41)

**Vandenbroucke L.** y cols.(2017) en Francia, realizaron un estudio “Corioamnionitis después de la ruptura prematura de las membranas y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal”, tuvo como objetivo identificar los marcadores prenatales de corioamnionitis sub clínica durante la ruptura prematura de membranas utilizando cardiotocografía computarizada fetal; fue un estudio de revisión retrospectiva de registros médicos de mujeres embarazadas referidas por ruptura prematura de membranas con edades gestacionales comprendidas entre las 26 y 34 semanas, en quienes se encontraba disponible la histología placentaria, en un establecimiento obstétrico de nivel III durante un período de 5 años. La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal se evaluó usando la cardiotocografía. Las pacientes incluidas cumplieron requisitos, tales como, haber sido monitoreadas por lo menos seis veces 72 horas antes al parto. Se compararon los parámetros cardiotocográficos, clínicos y biológicos durante el período de latencia de la rotura prematura de membranas entre los casos con corioamnionitis histológica. Los resultados obtenidos, mostraron que en total hubo 222 casos de rotura prematura de membranas, pero solo se encontró 23 registros

cardiotocográficos de los cuales 10 presentaban corioamnionitis subclínica y 13 no. Los grupos fueron comparados por la edad materna, la paridad, la edad gestacional al momento de la rotura prematura de membranas, la duración de la rotura prematura de membranas y las características neonatales ( $p > 0,1$ ). La frecuencia cardíaca fetal inicial fue más alta en el grupo corioamnionitis histológica [mediana 147,3 lpm IQR (144.2-149.2) frente a 141.3 lpm (137.1-145.4) en ningún grupo CH;  $p = 0.02$ ]. El número de episodios de variabilidad disminuida [6.4, (3.5-15.3) vs. 2.3 (1-5.2);  $p = 0.04$ ] también fue mayor en el grupo corioamnionitis histológica, mientras que la variabilidad a corto plazo fue menor en el grupo CH [7.1 ms (6-7.4) vs. 8.1 ms (7.4-9);  $p = 0.01$ ] dentro de las 72 horas previas al parto. Las diferencias fueron especialmente discriminantes dentro de las 24 horas previas al parto, con una menor variabilidad a corto plazo [5 ms (3.7-5.9) vs. 7.8 ms (5.4-8.7);  $p = 0.007$ ] y episodios de variabilidad alta [3.9 (4.9-3.2) vs. 0.8 (1.5-0.2);  $p < 0.001$ ] en el grupo corioamnionitis histológica. Se concluye que estos resultados muestran diferencias en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, lo que sugiere que la cardiotocografía fetal podría usarse clínicamente para diagnosticar corioamnionitis durante el período de latencia de la ruptura prematura de membranas. (42)

**Cometa MA.**, en el año 2018, en Polonia, realizaron un estudio sobre “Rotura uterina intraoperatoria concurrente y placenta acreta. ¿La hipertensión crónica preoperatoria, la rotura prematura de membranas pretérmino, la corioamnionitis y el desprendimiento de placenta advierten sobre esta rara ocurrencia?”. Metodología: reporte de un caso en el hospital universitario de Poznan en el año 2010. Caso de una gestante de 19 semanas que refiere pérdida de líquido desde hacia dos semanas, en la ecografía se evidencia anhidramnios y PCR 5,11mg/L,

demás exámenes de laboratorio dentro de los valores normales, se inicia tratamiento antibiótico y paciente queda hospitalizada, en la evaluación de la semana 28 la gestación continua con anhidramnios, crecimiento fetal normal por ecografía y se inicia maduración pulmonar. En la semana 32, la cardiotocografía evidencia desaceleraciones variables a repetición y se observa sangrado vaginal, por lo que se indica cesárea de emergencia con recién nacido varón, peso: 1160 mg, APGAR 5' y 6<sup>o</sup>, recién nacido pasa a unidad de cuidados intensivos. Se realizó seguimiento del niño después de un año, quien mostró un desarrollo físico y mental adecuado. Los autores concluyeron que un régimen de reposo en cama riguroso y relevante La terapia con antibióticos puede extender el período de gestación de embarazos asociados con rotura prematura de las membranas. (43)

**Arakaki, R. y cols.** (2018) en Japón, realizaron un estudio sobre “Importancia clínica de la cardiotocografía fetal pretérmino en la acidemia fetal grave por corioamnionitis”, en donde compararon la cardiotocografía de fetos con y sin corioamnionitis. Método: 22 sujetos fueron reclutados en tres institutos entre septiembre de 2010 y agosto de 2016. Para revisar la importancia clínica de los trazados de cardiotocografía fetal en fetos prematuros con acidemia severa, examinaron las líneas de base, las variabilidades y las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en fetos prematuros con y sin corioamnionitis, con un pH <7,2 en la arteria umbilical. Resultados: En mujeres embarazadas con corioamnionitis, algunas de las características clínicas observadas involucradas en la infección uterina, por ejemplo, frecuencia cardíaca, recuento de glóbulos blancos y valor de PCR, fueron significativamente diferentes en comparación con las de mujeres embarazadas sin corioamnionitis. En los fetos con corioamnionitis, también

se encontró la puntuación de Apgar a los 5 minutos después del nacimiento, la frecuencia de variabilidades anormales de la FHR, la rápida restauración de la FHR desde el punto más bajo de la desaceleración y la corta duración de la desaceleración. Se observaron patrones claramente diferentes de trazados cardiotocográficos entre los fetos con y sin corioamnionitis. Conclusiones: La restauración rápida de la FCF desde el punto más bajo de la desaceleración podría ser el indicador de la acidemia fetal pretérmino con corioamnionitis, incluso si la variabilidad de la FCF estuviera dentro de lo normal. (44)

**Tepper, J.** y cols. (2019) en Fidelfia-Pensilvania, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de evaluación fetal después de la ruptura prematura de membranas. Cuyo objetivo fue evaluar los resultados maternos y neonatales después del tratamiento de la ruptura prematura de membranas mediante dos estrategias de evaluación fetal. Método: estudio retrospectivo comparativo de cohorte realizado en dos hospitales, entre Julio 2010 y junio 2015, con una muestra de 180 embarazos con PPRM desde las 23 semanas a 33,6 semanas con manejo expectante; se compararon los resultados del monitoreo electrónico fetal y el perfil biofísico, con monitorización continua y pruebas sin estrés (NST) tres veces al día usando FISHER. Resultados: evaluaron 119 (66.1 %) de gestaciones con monitoreo continuo y 61 (33.9 %) con monitoreo periódico. No encontraron diferencia sobre la frecuencia e muerte intrauterina entre los grupos de monitoreo continuo (1,08%) y NST periódico (3,49%) (OR 0.16 IC 95% (0.02 -1.61). El grupo de monitoreo continuo tuvo mayor probabilidad de un parto intervencionista (OR 2,17; IC 95% = 1,06-4,44 o cesárea (OR 3,30, IC 95% 1,70-6,38). Los autores llegaron a la conclusión que el monitoreo electrónico fetal continuo con el perfil biofísico diario

se asoció a el aumento de intervención y cesáreas en comparación con el NST periódico, aunque no hallaron diferencias en la mortalidad intrauterina o perinatal. (45)

**Suganya S.** y cols. (2021) en Reino Unido, realizaron el estudio “Cambios en la cardiotocografía (CTG) y resultados maternos y neonatales en corioamnionitis y/o funisitis confirmados por histopatología”. Metodología: estudio retrospectivo e los informes de histopatología que confirmaron corioamnionitis y/o funisitis desde 2014 hasta 2020 en un solo centro. Se revisaron los registros maternos para determinar los resultados maternos y neonatales, como el tipo de parto, las complicaciones intraparto y posparto, el pH arterial del cordón umbilical y el ingreso a la unidad de cuidados especiales para bebés. Las características de la CTG se analizaron al ingreso y durante el período intraparto. Objetivo: Evaluar los cambios cardiotocográficos y los resultados maternos y neonatales en casos de corioamnionitis y/o funisitis confirmados por histopatología. Resultados: De los 57 casos de corioamnionitis y/o funisitis confirmados histológicamente, 42 mujeres (73,7 %) tuvieron pirexia intraparto y ninguna de las madres tuvo un aumento de la temperatura en el punto de taquicardia fetal. 43 (75,4 %) CTG mostraron evidencia de taquisistolia o hiperestimulación uterina. 15 (26,3 %) casos tenían líquido amniótico teñido de meconio (MSAF). 54 (94,7 %) mujeres tuvieron una cesárea y sus bebés ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales después del parto. 54 (94,7 %) bebés tenían un pH de arteria umbilical de más de 7.1. 47 (87 %) de las mujeres fueron readmitidas con infección de la herida. Todos los trazos de CTG mostraron un aumento de > 10 % en la frecuencia cardíaca fetal basal y se observaron desaceleraciones variables con rebazamiento en los casos en los que



se confirmó funisitis en 25 casos (92,6 %). Se observó pérdida de ciclos en 54 CTG (94,7 %) y se identificó un patrón sinusoidal en 27 (47,3 %). Conclusión: El aumento (>10 %) de la línea de base durante el trabajo de parto junto con la pérdida del ciclo con o sin características de taquisistolia o hiperestimulación deben considerarse en el trabajo de parto como características de corioamnionitis en curso. La corioamnionitis confirmada por histopatología se asocia con un aumento en la tasa de cesáreas debido a cambios en la frecuencia cardíaca fetal, mayor riesgo de infección de la herida en las madres y mayor ingreso de los bebés a UCI. (46)

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO**

Se describe el presente caso clínico de paciente gestante que acudió al Hospital María Auxiliadora, por presentar pérdida de líquido amniótico 3 horas antes de su ingreso, con una edad gestacional de 27 semanas por ecografía de segundo trimestre. En este caso se evidenciaron varios factores de riesgo entre ellos: ausencia de atenciones prenatales, edad materna avanzada, cesárea previa y pérdida de líquido amniótico, este último generó la búsqueda de atención.

El oligohidramnios es una complicación de la ruptura prematura de membranas (39) junto con la prematuridad (36), en el presente estudio la gestación cursa con oligohidramnios moderado y luego severo, tal como reportan Ruiz S. (8) y Callali M. (11).

Dentro del manejo de la paciente se solicitaron Pruebas de Bienestar Fetal cada 72 horas (PBF + NST). Los resultados de los test no estresantes realizados no reportan alteraciones, y concluían con un feto activo – reactivo. El último trazado realizado cinco horas antes de la muerte intrauterina reportó un resultado: activo-reactivo, con puntuación 9/10 del test de Fisher, evaluación que no refleja los hallazgos encontrados en el gráfico. Al análisis de este último trazado se evidencia: Línea de base de la FCF 162 latidos por minuto, variabilidad de 5 a 7 latidos, aceleraciones compensatorias, presencia de desaceleraciones tipo variables y movimientos

fetales esporádicos; que arroja una puntuación del test de Fisher 4/10 con un feto hipoactivo – no reactivo, con signos evidentes de compresión funicular y taquicardia fetal, que indicó el desenlace final.

Respecto a la Línea Basal, en los estudios de Salazar R (37), Miranda R (38), Condori I. (40) coinciden en que el hallazgo de la línea basal de la frecuencia cardiaca fetal en pacientes con ruptura prematura de membranas se encuentran dentro de los valores normales; sin embargo en el estudio de Suganya S. y cols. (46) indican que la taquicardia fetal está asociado a la presencia de funisitis, que es lo que se evidencia en el trazado cardiotocográfico del presente caso clínico, una línea de base de 162 lpm durante los 30 minutos de trazado, y la presencia de funisitis aguda, se evidencia con el resultado de anatomía patológica.

En cuanto la variabilidad se encontró en un rango de 5 a 7 lpm, lo que coincide con la puntuación del test de Fisher reportado como puntaje 1. Esta disminución de la variabilidad puede ser producida por hipoxia fetal, teniendo en cuenta que es una gestación que cursa con diabetes mellitus, lo cual no se puede comprobar porque al no realizarse la reanimación intrauterina, no se puede descartar que sean periodos de sueño fetal. Por otro lado, la disminución de la variabilidad es de ayuda para el diagnóstico clínico de corioamnitis durante el período de latencia de la RPM, tal como evidenciaron Vandenbroucke L y cols. (37)

En el test no estresante, las aceleraciones denotan la reactividad fetal; pero cuando éstas acompañan a la desaceleración, son aceleraciones compensatorias, las cuales son signo de alarma de sufrimiento fetal agudo. Huaman J (31); las

aceleraciones tipo lambda son sugerentes de algún tipo de compresión funicular, estos dos tipos de aceleraciones son encontrados en el monitoreo realizado.

Como se describió anteriormente se observan 3 desaceleraciones variables leves (duración de 15 a 20 segundos y disminución de 15 a 30 lpm), 2 desaceleraciones variables moderadas (duración de 30 a 50 segundos y disminución de 40 a 70 lpm), 1 desaceleraciones variable severa (duración > 60 con disminución de 40 lpm), al final del trazado se evidencia el inicio de una desaceleración, pero no se puede describir puesto que no hay mayor registro, genera intranquilidad la presencia de éstas desaceleraciones; a pesar, de que su etiología se debe a compresión funicular, también se relacionan con hipoxia fetal (Gallo M y cols.(34,35)). Las desaceleraciones variables repetidas y prolongadas asociadas a disminución de la variabilidad y taquicardia son de mal pronóstico y requieren extracción inmediata del feto, pues son causa de muerte fetal intraparto Huaman J (31).

En el nosocomio se realiza el test de Fisher modificado, donde se añade el parámetro de movimientos fetales. En el test no estresante se verifica que la madre registró 5 movimientos fetales en 30 minutos, movimientos individuales y aislados, que corresponde a un patrón hipoactivo moderado, las disminuciones de los movimientos deben ser considerados una urgencia obstétrica, Ingar J. (32)

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

1. La cardiotocografía fetal en el presente caso clínico fue de utilidad para la identificación de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal en una paciente con ruptura prematura de membranas pretérmino prolongada.
2. La paciente no presentó manifestaciones clínicas de corioamnionitis, pero en el feto se pudo evidenciar aumento de la frecuencia cardíaca fetal, tal como se presenta en la literatura.
3. La presencia de desaceleraciones moderadas y severas en el NST, debieron ser un aviso de la compresión funicular, sobretodo cuando en este caso el embarazo curso con oligohidramnios y anhidramnios, que se evidencio en el último trazado cardiotocográfico.
4. Hubo una interpretación inadecuada de los parámetros del test no estresante, que conllevó a la demora en la atención de la madre y del feto, cuya cadena de eventos culminaron con la muerte intrauterina.
5. El no control prenatal, hizo que la paciente no estuviese preparada en educación prenatal, lo que llevo a no reconocer los signos de alarma a tiempo.



## 5.2. RECOMENDACIONES

1. El monitoreo electrónico fetal debe ir de la mano con el control de funciones vitales de la madre, por lo que debería registrarse también en el formato de cardiotocografía fetal.
2. Se recomienda que, si un test no estresante tiene parámetros alterados, éste debe de continuarse por al menos 90 minutos, acorde a la literatura, para poder identificar la posibilidad de deterioro fetal y determinar las acciones de manera oportuna evitando demoras y/o complicaciones.
3. Capacitar y actualizar al personal obstetra en los temas de monitoreo electrónico fetal, sobre todo en la lectura e interpretación de los trazados cardiotocográficos.
4. Se recomienda actualizar los protocolos de atención materno perinatal del hospital María Auxiliadora, siendo el establecimiento de referencia de mayor nivel en el cono sur de Lima.
5. Fortalecer la educación prenatal en pacientes hospitalizadas, para el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. 19 de febrero del 2018. Accesible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020". Accesible en [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME\\_PRINCIPAL\\_2020/INFORME\\_PRINCIPAL\\_ENDES\\_2020.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf)
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. Ministerio de salud del Perú 2019. DOI: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/14.pdf>
4. Monge T. Ruptura Prematura de Membranas. Rev Med Sin. 2017 noviembre [citado 2019 Oct 20]; 2(11):3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1711a.pdf>
5. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndizx-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol Obstet Mex. 2018 mayo [citado 2019 Oct 24]; 86(5):319-334. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i5.573>



6. Vigil P., Savransky R., Pérez J., Delgado J., Nunez E. Ruptura Prematura de Membranas. *Revcog* 2014 [citado 2019 Nov 04]; 19:(1):3-12. DOI: <http://www.revcog.org/index.php/revcog/article/viewFile/654/563>
7. Dedios C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membrana en partos pretérmino atendidos en el hospital de apoyo II-2 Sullana. [Tesis pregrado]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2019. DOI: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4906/1/T\\_MEDP\\_DEDIOS.CESAR\\_RUPTURA.PREMATURA.MEMBRANA.PARTOS\\_DATOS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4906/1/T_MEDP_DEDIOS.CESAR_RUPTURA.PREMATURA.MEMBRANA.PARTOS_DATOS.pdf)
8. Ruiz S. Infección del trato urinario como factor de riesgo para ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia hospital San José de Chincha. [Tesis pregrado]. Universidad San Juan Bautista. 2019. DOI: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2153?show=full>
9. Sociedad española de Gineco Obstetricia. Tratado de ginecología y obstetricia. 2004
10. Ibarra S. Variables asociadas a ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue. [Tesis pregrado]. Universidad Ricardo Palma. 2019



<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1767/SIBARRAVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Callalli M. Factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz. [Tesis pregrado]. Universidad San Juan Bautista. 2019

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2179/T-TPMC-MARIANITA%20CALLALLI%20CAMPANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): Servicios de información de EBSCO. 1995 -. Registro No. T435299, Ruptura prematura prematura de membranas (PPROM); [actualizado el 30 de noviembre de 2018, citado 2019 oct 26]. Disponible en <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T435299>

13. Borja R, Mora K, Ramírez G, Albán E. Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. RECIAMUC [Internet]. 3jun.2019 [citado 23feb.2020];3(1):328-52. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/238>

14. Anchundia M. Ruptura prematura de membranas en embarazo de 30 semanas. [Tesis pregrado]. Universidad Técnica de Babahoyo. 2018 <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4495>

15. Altamirano C., Tapia P. Prevalencia de complicaciones materas en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino



- (RPMP) según el período de latencia al parto en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora. [Tesis pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2018  
<http://192.188.55.27/bitstream/handle/22000/15195/TESIS%20ESPECIALIZACION%20G-O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Corpus R. Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el hospital Victor Ramos Guardia. [Trabajo académico postgrado]. Universidad San Martín de Porres. 2019  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/5416/Corpus\\_%20RRR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/5416/Corpus_%20RRR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Vasquez K. Complicaciones maternas y neonatales del manejo activo y expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino. [Tesis pregrado]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2019  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaoep/5272>
18. Mendoza O., Briceño F., Ramos N., Rodríguez D., Rodríguez N. CORIOAMNIONITIS. *Repert.med.cir.*2013;22(4): 248-256. DOI:  
<https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-09/3-CORIOAMNIONITIS.pdf>
19. López-Osma FA, Ordoñez-Sánchez SA. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES: DE LA FISIOPATOLOGÍA HACIA LOS MARCADORES TEMPRANOS DE LA ENFERMEDAD. *Revista*



- Colombiana de obstetricia y ginecología. 2016;57(4):279-90. DOI:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf>
20. Torrez M., Cespedes F., Morales L. PROCALCITONINA, COMO PREDICTOR SUBCLÍNICO DE CORIOAMNIONITIS. Gac Med Bol [Internet]. 2019. DOI: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662019000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662019000100005&script=sci_arttext)
21. Rincón I., Magdaleno F., Sancha M., Omeñaca F., González A. CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL: APROXIMACIÓN AL SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA FETAL. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 2019 Oct 24]; 75(3): 172-178. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000300005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000300005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000300005>.
22. Saavedra D. Metrorragia del 1er y 2do trimestre como factor de riesgo de rupture premature de membranas en gestantes atendidas en el HRDT. Enero a diciembre 2015. [Tesis Pregrado] Universidad Nacional de Trujillo. 2018 Disponible en:  
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9743?show=full>
23. Figueredo M., Gomez M., Paredes J. CORIOAMNIONITIS POR CÁNDIDA ALBICANS EN GESTANTE CON TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y MEMBRANAS ÍNTEGRAS. rcslibre [Internet]. 21dic.2018 [citado 28



oct.2019];13(1).

Available

from:

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4782>

24. Poaquiza D., Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes entre 16 a 40 años. Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31354>

25. Cun Y. (2018) Factores de riesgo para placenta previa que inciden en gestantes y su proceso de atención de enfermería (examen complejo). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador. 24 p. <http://186.3.32.121/bitstream/48000/12018/1/CUN%20RUIZ%20YOSELIN%20LISSBETH.pdf>

26. Rodríguez G., Camacho F., Umaña C. Relación epigenética entre la desnutrición materna y la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica Sinergia Vol.4 Num:10, Octubre 2019. DOI: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/278/621>

27. Dueñas O., Díaz M. Controversias e historia del monitoreo cardíaco fetal. Revista de Investigación Clínica 63 (6), 659-663, 2011.

28. Ramírez N. relación del monitoreo cardiotocográfico intraparto con el estado clínico del recién nacido. Rev. cun. [Internet] 30 de agosto del 2019 [Citado 12 de diciembre del 2020];3(1):11-7. Disponible en: <http://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/75>



29. Jurado A. Monitorización electrónica fetal intraparto y sufrimiento fetal en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2018. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis [Internet]. 2019 [citado el 6 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42223>
30. Rodríguez M., Miranda O., Reséndiz A. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2019 Oct 28]; 86(5): 319-334. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018000500319&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500319&lng=es). <http://dx.doi.org/10.24245/gom.v86i5.573>.
31. Huaman J. Monitoreo Electrónico Fetal CARDIOTOCOGRAFÍA. Primera edición. Lima. Gráfica Columbus SRL. 2010.
32. Navarro A. Manual de Monitoreo Fetal. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima. 2019.
33. Sundstrom A., Rosén D., Rosén K. Control del bienestar fetal. Neoventa Medical AB. Goteborg. 2000.
34. Gallo M., Gallo J., Beltrán P., Ruoit M., Espinosa A. MONITORIZACIÓN BIOFÍSICA FETAL. Colección de Medicina Fetal y Perinatal 6. España. Editorial Amolca. 2011



35. Gallo M., Gallo J., Gálvez E. ATLAS DE MONITORIZACIÓN BIOFÍSICA FETAL EN EMBARAZO Y PARTO. Editorial Amolca. 2015
36. Padilla S. Hallazgos del test no estresante en gestantes con rotura prematura de membranas, Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017 [Trabajo académico de posgrado]. Universidad San Martín de Porres. 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6849>
37. Salazar R. Características cardiotocográficas del test no estresante y test estresante en fetos de gestantes con oligohidramnios. Hospital Daniel Alcides Carrión-Callao. [Tesina de posgrado] Universidad San Martín de Porres. 2016. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/3ad6/9350757a64faa469cc81ed2724e9693087c0.pdf>
38. Miranda R. Resultados Cardiotocográficos Del Monitoreo Electrónico Fetal Anteparto En Gestantes Con Ruptura Prematura De Membranas Relacionados Con El Tipo De Parto. Universidad de San Martín de Porres. (Tesis posgrado) [Citado 2020 Feb 24] Accesible en: [http://200.37.171.68/bitstream/handle/usmp/2551/MIRANDA\\_ROCIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.37.171.68/bitstream/handle/usmp/2551/MIRANDA_ROCIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
39. Limascca N. "Ruptura Prematura de Membranas como Factor de Riesgo de Oligoamnios Severo". Universidad Privada de Ica. (Trabajo académico posgrado) [Citado 2020 Feb 25] Accesible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/198/LIM>



ASCCA%20ARACA%20NANCY-  
RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf?sequence=  
1&isAllowed=y

40. Condori I. Características cardiotocográficas del monitoreo electrónico fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. 2015. (citado 05 Abr 2020) Disponible en [http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2389/TESP\\_O\\_Condori\\_Melendez\\_Ines.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2389/TESP_O_Condori_Melendez_Ines.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
41. Crosby D., OSullivan O., OConnell M. A case report and review of chorioamnionitis in the setting of preterm premature rupture of membranes. *OA Case Reports* 2014 Aug 18;3(7):65.
42. Laurent Vandenbroucke, Matthieu Doyen, Maëla Le Lous, Alain Beuchée, Philippe Loget, Guy Carrault, Patrick Pladys. Chorioamnionitis following preterm premature rupture of membranes and fetal heart rate variability. 2017. *PLoS ONE* 12(9): e0184924.  
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945767-chorioamnionitis-following-preterm-premature-rupture-of-membranes-and-fetal-heart-rate-variability/?from\\_term=premature+rupture+of+preterm+membranes+and+cardiotocography&from\\_pos=1](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945767-chorioamnionitis-following-preterm-premature-rupture-of-membranes-and-fetal-heart-rate-variability/?from_term=premature+rupture+of+preterm+membranes+and+cardiotocography&from_pos=1)
43. Cometa M., Wasilko S., Wendling A. Concurrent intraoperative uterine rupture and placenta accreta. Do preoperative chronic hypertension, preterm premature rupture of membranes, chorioamnionitis, and placental



- abruption provide warning to this rare occurrence?. Rom J Anaesth Intensive Care. 2018;25(1):83-85. doi:10.21454/rjaic.7518.251.acc
44. ARAKI, R., URUSHIYAMA, D., KIYOSHIMA, C., YOTSUMOTO, F., MURATA, M., TANAKA, S., ... & MIYAMOTO, S. (2018). Clinical Significance of Preterm Fetal Cardiotocography in Severe Fetal Acidemia due to Chorioamnionitis. 福岡大学医学紀要= Medical bulletin of Fukuoka University, 45(1), 13-21.
45. Tepper J., Corelli K., Navathe R., Smith S., Baxter J. Un estudio de cohorte retrospectivo de evaluación después de la ruptura prematura prematura de membranas. Int J Gynaecol Obstet 145 (1), 83-90 Abr 2019. Accesible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706480-a-retrospective-cohort-study-of-fetal-assessment-following-preterm-premature-rupture-of-membranes/?from\\_term=premature+rupture+of+preterm+membranes+and+cardiotocography&from\\_pos=2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706480-a-retrospective-cohort-study-of-fetal-assessment-following-preterm-premature-rupture-of-membranes/?from_term=premature+rupture+of+preterm+membranes+and+cardiotocography&from_pos=2)
46. Sukumaran S., Pereira V., Mallur S., Chandraharan E. Cardiotocograph (CTG) changes and maternal and neonatal outcomes in chorioamnionitis and/or funisitis confirmed on histopathology, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Volume 260, 2021, Pages 183-188, ISSN 0301-2115. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.029>.



## ANEXOS



## ANEXO 1: Autorización



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital María  
Auxiliadora

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres.  
"Año de la Universalización de la salud"

### AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El médico JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, accede a su solicitud y otorga:

La autorización a la Obstetra DIAZ TAMARIZ, CECILIA ANTONELLA con DNI N° 43467063, Egresada de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal de la Universidad Norbert Wiener, para poder realizar la revisión de la HC 1152299 en el servicio de admisión para el desarrollo de su Trabajo Académico (Caso Clínico): "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ASOCIADA A ÓBITO FETAL EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – SAN JUAN DE MIRAFLORES 2019".

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de esta investigación.

Lima, 21 de octubre del 2020.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

M.C. ANA M. DIAZ TAMARIZ  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA/ OBSTETRICIA  
CMP N° 13121 - RME N° 4762

## ANEXO 2: Turnitin

### Trabajo\_academico\_DIAZ\_T.docx

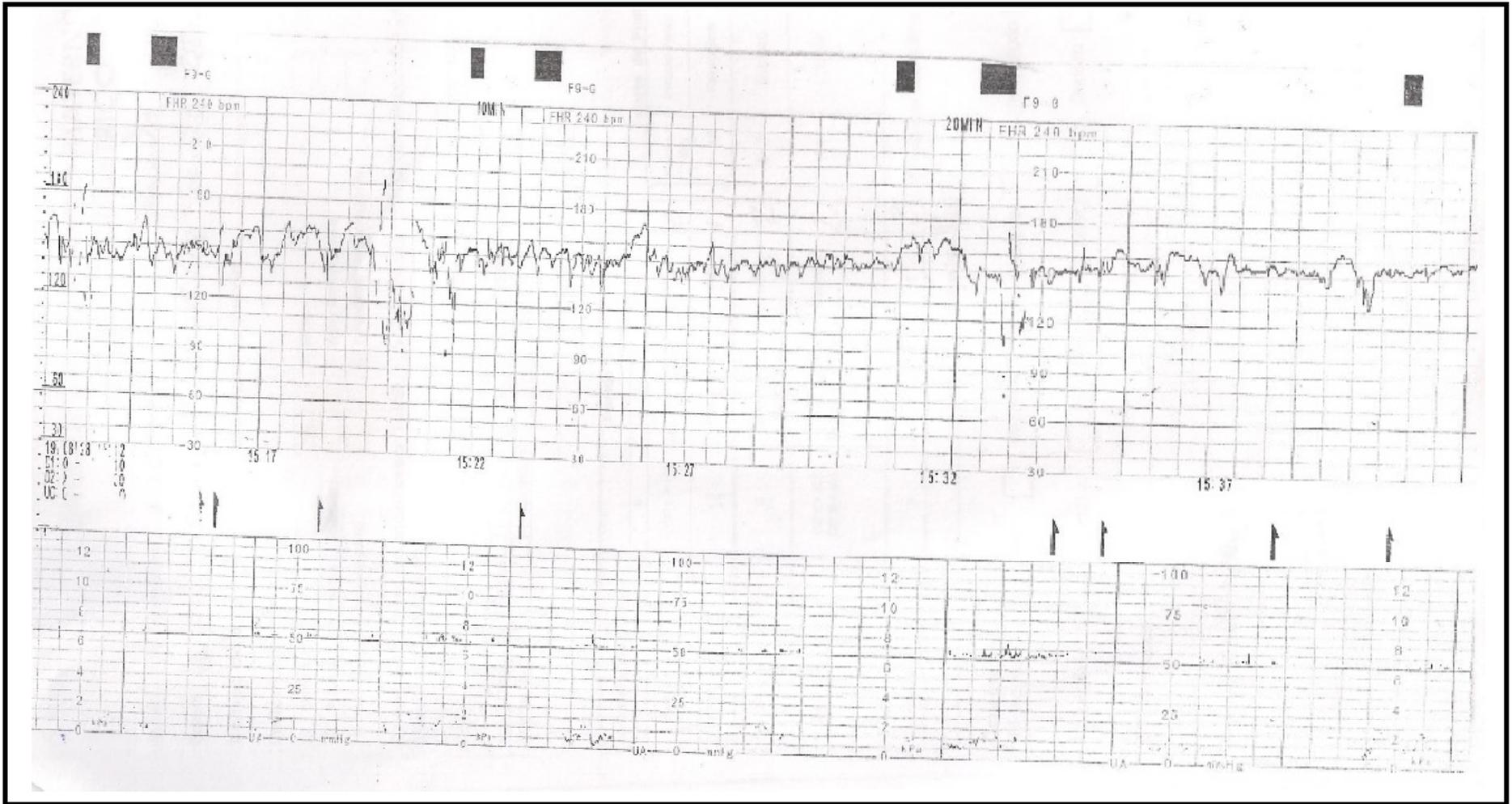
#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>11</b> %	<b>9</b> %	<b>1</b> %	<b>5</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>4</b> %
<b>2</b>	<b>gabrielortega94.skyrock.com</b> Fuente de Internet	<b>2</b> %
<b>3</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2</b> %
<b>4</b>	<b>dokumen.site</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>Paula Palma R, Isabel Folatre B, Mónica Kyonen L, Gustavo Cea S, Mania Yilorm B, Pilar Martínez D. "Hiperglicemia en niños con leucemia linfoblástica aguda en tratamiento con L-asparaginasa", Revista chilena de pediatría, 2013</b> Publicación	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>1library.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>7</b>	<b>repositorio.ug.edu.ec</b> Fuente de Internet	

**ANEXO 3: Registro cardiocotográfico 1 – Test no estresante / Día 28/08/2019 – 15:12 horas**





ANEXO 4: Puntuación del test de Fihér 1



Gineco & Obstetricia



UNIDAD DE MONITOREO MATERNO FETAL  
CENTRO OBSTETRICO

Apellidos y Nombres: [Redacted] HC: 1152299

Edad: 35 G.S.P. 3013. FUR: 01.08.119 EG x ECO: 285s AU: cms

Tiempo de ayuno: min. Medicación previa:

Indicaciones:

- 1 Bienestar fetal  4 RPM  7 RCIU
- 2 Pre eclampsia leve...Severa...  5 Mov Disminuidos  8 Distocia fúncular
- 3 Insuficiencia Placentaria  6 Embarazo Prolongado  9 Otros:

Datos del tiempo de monitoreo: Total: 30 Inicio: 15:12 Término: 15:42

Exámenes realizados:

CST: <input type="checkbox"/>	Sensibilidad uterina <input checked="" type="checkbox"/>	NSI: <input checked="" type="checkbox"/>	E Posseiro: <input type="checkbox"/>
• Oxitocina: <input type="checkbox"/>	.....mU Oxitocina	Primera vez <input type="checkbox"/>	S de la VCI: <input type="checkbox"/>
• Estimulo mamario <input type="checkbox"/>	CU en 10 min. ....	Control <input checked="" type="checkbox"/>	
Primera vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>		

TEST DE FISHER

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de base	< 100 ó > 160	100-115 ó 161-180	120-160	2
2.- Variabilidad	< 5 > 3	5-9 ó > 25 3-6	10-25 > 6	1
3.- Aceleraciones /30 min.	0	Pequeñas ó 1-4 esporádicas	> 5	2
4.- Desaceleraciones	DIP II > 40% DIP III > 40%	DIP II < 40% Variables < 40%	Aumentas	2
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	> 5	2
Puntaje Total				9/10

Valores de Puntuación de Fisher			
Puntuación	Eficacia Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
8-10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5-7	Dudoso	Criterio profesional	Oct*
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

\* Prueba de Inducción con oxitocina

Conclusiones:

T.S. Negativo  Positivo  Reactivo  No Reactivo  Insatisfactorio  Sospechoso

I.N.S Activo  Inactivo  Reactivo  No Reactivo  Dudoso

Observaciones:

Fecha: 28.08.119

## ANEXO 5: Resultado de trazado cardiotocográfico 1

FECHA: 28/08/2019

HORA: 15:12

TRAZADO 1	CUANTITATIVO	CUALITATIVO	PUNTAJE
Línea de base	145	Normal	2
Variabilidad	9	Disminuida	1
Aceleraciones	Mayor a 5 aceleraciones en 30 minutos	Reactivo	2
Desaceleraciones	0	Ausente	2
Movimientos fetales	Mayor de 5 en 30 minutos		2
TOTAL			9/10

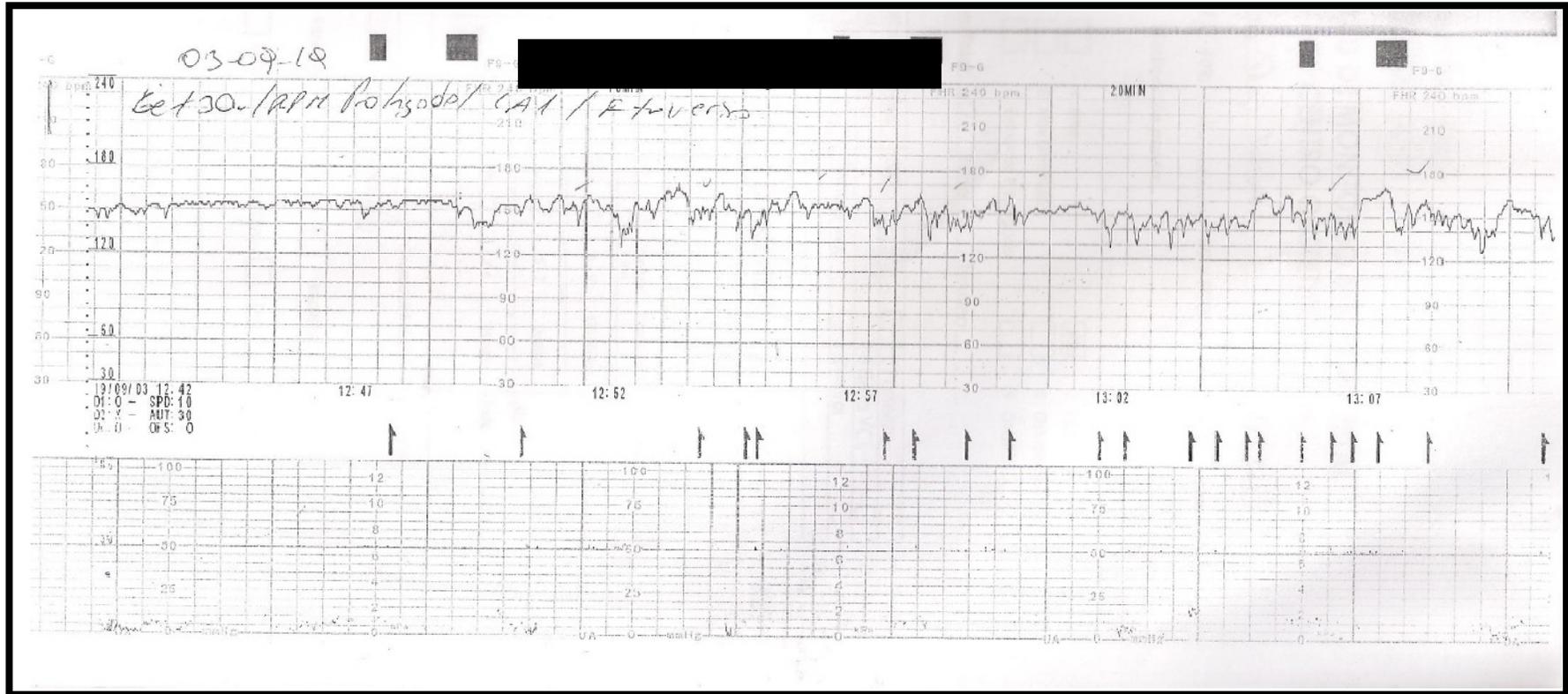
Observaciones: -

**RESULTADO:** Test no estresante activo - reactivo.

**INTERPRETACIÓN:** Feto activo reactivo con signos sugestivos de compresión funicular al momento del examen.

**SUGERENCIAS:** solicitar test no estresante cada 72 horas.

**ANEXO 6: Registro cardiográfico 2 – Test no estresante / Día 03/09/2019 – 12:42 horas**



**ANEXO 7: Puntuación del test de Fisher 2**


**Gineco & Obstetricia**  
 Hospital María Auxiliadora

**UNIDAD DE MONITOREO MATERNO FETAL  
CENTRO OBSTETRICO**

Apellidos y Nombres: [Redacted] ..... HC: 1152289

Edad: 35 ..... G4.P1.2.1.3. FUR: ...../...../..... EG x ECO: ..... AU: .....cms

Tiempo de ayuno: .....min. Medicación previa: .....

Indicaciones:

1 Bienestar fetal	<input type="checkbox"/>	4 RPM	<input checked="" type="checkbox"/>	7 RCIU	<input type="checkbox"/>
2 Pre eclampsia leve...Severa...	<input type="checkbox"/>	5 Mov Disminuidos	<input type="checkbox"/>	8 Distocia Funicular	<input type="checkbox"/>
3 Insuficiencia Placentaria	<input type="checkbox"/>	6 Embarazo Prolongado	<input type="checkbox"/>	9 Otros:.....	<input type="checkbox"/>

Datos del tiempo de monitoreo: Total: 30.....Inicio:.....Término:.....

Exámenes realizados:

CST:..... <input type="checkbox"/>	Sensibilidad uterina	NST..... <input type="checkbox"/>	E Posseiro:	<input type="checkbox"/>
* Oxitocina..... <input type="checkbox"/>	.....mU Oxitocina		S de la VCI:	<input type="checkbox"/>
* Estimulo mamario..... <input type="checkbox"/>	CU en 10 min.....	Primera vez	Control	<input type="checkbox"/>
Primera vez	Control	<input type="checkbox"/>		

**TEST DE FISHER**

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1- Línea de base	< 100 ó > 180	100-119 ó 161-180	120-160	<u>2</u>
2- Variabilidad	< 5 < 3	5-9 ó > 25 3-6	10-25 > 6	<u>1</u>
3- Aceleraciones /30 min.	0	Periódicos ó 1-4 esporádicos	>5	<u>2</u>
4- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	<u>2</u>
5- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	<u>2</u>
Puntaje Total				<u>9/10</u>

Valores de Puntuación de Fisher			
Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enlace Clínico
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Ocl*
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

\* Prueba de inducción con oxitocina

Conclusiones:

T.S. Negativo  Positivo  Reactivo  No Reactivo  Insatisfactorio  Sospechoso

T.N.S. Activo  Hipoactivo  Reactivo  No Reactivo  Dudoso

Observaciones:.....

Fecha: 03/09/18

## ANEXO 8: Resultado de trazado cardiotocográfico 2

FECHA: 03/09/2019

HORA: 12:42

TRAZADO 2	CUANTITATIVO	CUALITATIVO	PUNTAJE
Línea de base	150	Normal	2
Variabilidad	8	Disminuida	1
Aceleraciones	Mayor a 5 aceleraciones en 30 minutos	Reactivo	2
Desaceleraciones	0	Ausente	2
Movimientos fetales	Mayor de 5 en 30 minutos		2
TOTAL			9/10

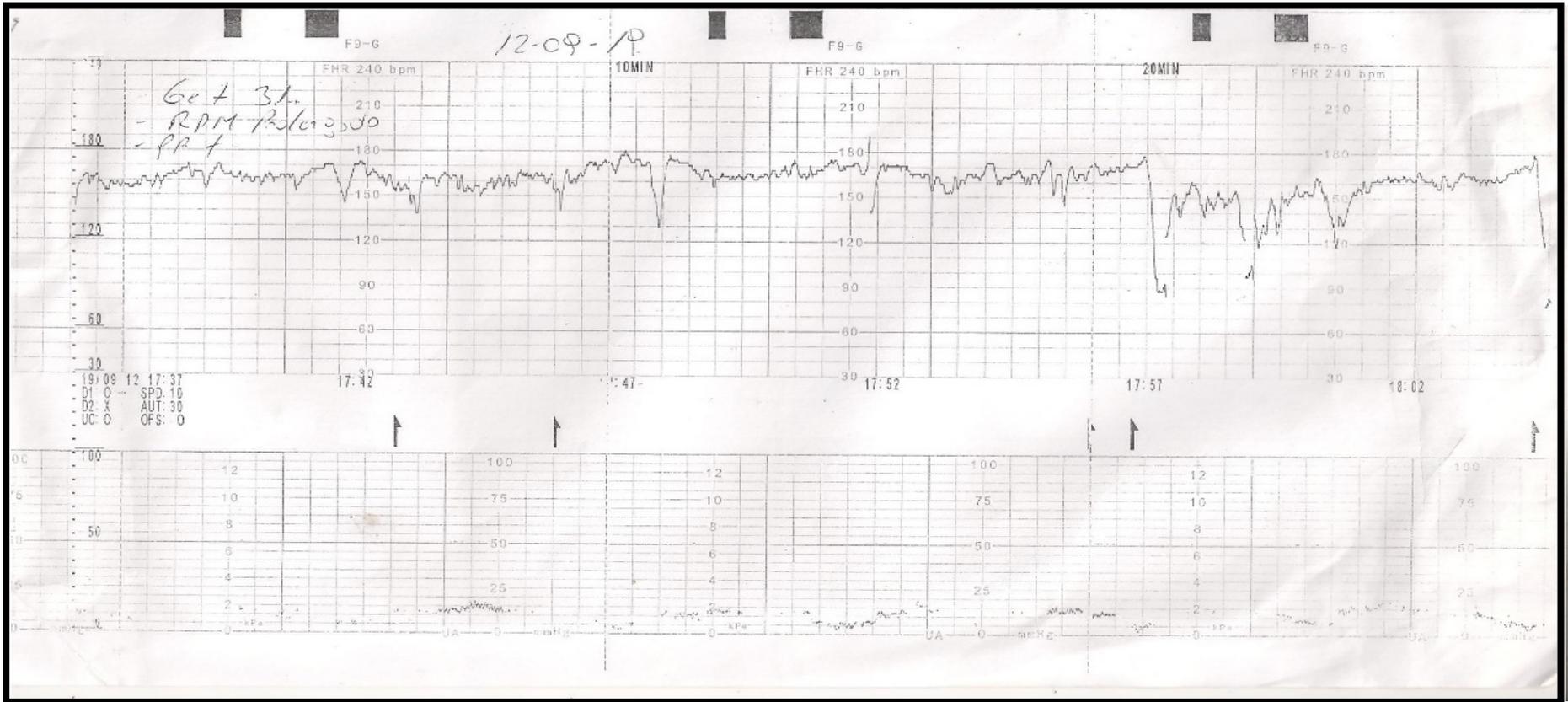
Observaciones: Presencia de espigas a repetición

**RESULTADO: Test no estresante activo - reactivo.**

**INTERPRETACIÓN:** Feto activo reactivo con signos sugestivos de compresión funicular al momento del examen.

**SUGERENCIAS:** solicitar test no estresante cada 72 horas.

**ANEXO 9: Registro cardiocotográfico 3 – Test no estresante / Día 12/09/2019 – 17:37 horas**



**ANEXO 10: Puntuación del test de Fihér 3**



**Gineco & Obstetricia**  
Unidad de Monitoreo Materno Fetal



**UNIDAD DE MONITOREO MATERNO FETAL  
CENTRO OBSTETRICO**

Apellidos y Nombres: [Redacted] HC: 1152299

Edad: 35a G.P. 2013 FUR: 01/01/19 EG x ECO: 3035 AU: .....cms

Tiempo de ayuno: .....min. Medicación previa: .....

**Indicaciones:**

1 Bienestar fetal	<input checked="" type="checkbox"/>	4 RPM	<input type="checkbox"/>	7 RCIU	<input type="checkbox"/>
2 Pre eclampsia leve...Severa...	<input type="checkbox"/>	5 Mov Disminuidos	<input type="checkbox"/>	8 Distocia Funicular	<input type="checkbox"/>
3 Insuficiencia Placentaria	<input type="checkbox"/>	6 Embarazo Prolongado	<input type="checkbox"/>	9 Otros:.....	<input type="checkbox"/>

Datos del tiempo de monitoreo: Total: .....Inicio: .....Término: .....

Exámenes realizados:

CST:.....	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad uterina	NST:.....	<input checked="" type="checkbox"/>	E Posseiro:	<input type="checkbox"/>
• Oxitocina.....	<input type="checkbox"/>	.....mU Oxitocina	Primera vez	<input type="checkbox"/>	S de la VCI:	<input type="checkbox"/>
• Estimulo mamario	<input type="checkbox"/>	CU en 10 min.....	Control	<input type="checkbox"/>	Control	<input type="checkbox"/>
Primera vez	<input type="checkbox"/>	Control	<input type="checkbox"/>			

**TEST DE FISHER**

Parámetros Observados	Puntaje				Valores de Puntuación de Fisher			
	0	1	2		Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100-119 ó 161-180	120-160	2	8-10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
2.- Variabilidad	< 5 < 3	5-9 ó > 25 3-6	10-25 > 6	1	5-7	Dudoso	Criterio profesional	Ocl*
3.- Aceleraciones /30 min.	0	Periódicas ó 1-4 esporádicas	> 5	2	< 4	Severo	Desfavorable	Extracción si es necesario
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	2	* Prueba de Inducción con oxitocina			
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	> 5	2				
	Puntaje Total:			10				

**Conclusiones:**

T.S. Negativo  Positivo  Reactivo  No Reactivo  Insatisfactorio  Sospechoso

f.N.S Activo  Hipoactivo  Reactivo  No Reactivo  Dudoso

Observaciones: .....

Fecha: 10.09.19

### ANEXO 11: Resultado de trazado cardiotocográfico 3

FECHA: 12/09/2019

HORA: 17:37

TRAZADO 2	CUANTITATIVO	CUALITATIVO	PUNTAJE
Línea de base	162	Taquicardia leve	1
Variabilidad	5 - 7	Disminuida	1
Aceleraciones	Menor a 5 aceleraciones en 30 minutos	No reactivo	0
Desaceleraciones	6 en 30 minutos	Variables leves, moderadas y severas	1
Movimientos fetales	5 en 30 minutos – movimientos individuales aislados		1
TOTAL			4/10

Observaciones: Incremento leve del tono uterino.

**RESULTADO: Test no estresante hipoactivo – no reactivo.**

**INTERPRETACIÓN:** Feto hipoactivo – no reactivo con taquicardia fetal y signos evidentes de compresión funicular al momento del examen.

**SUGERENCIAS:** Culminación del embarazo por vía alta en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud.