

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



CASO CLÍNICO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Trabajo Académico presentado por la Licenciada:

Minaya Carbajal, Joselyn Solange

para optar el Título de Segunda Especialidad en
Alto Riesgo Obstétrico.

Asesora: Mgter Fernández Vásquez, Armida

AREQUIPA – PERÚ

2019



Universidad Católica
de Santa María

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

AREQUIPA-PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 30 de Septiembre del 2019

INFORME DE CASO CLÍNICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : Mgter. *Ricardiana Flores Flores*.....
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : *JOSELYN SOLANGE MINAYA*.....
S. CARBAJAL.....
Dictaminadoras del Caso Clínico de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

“ Caso Clínico: Rotura Prematura de membranas ”

PRESENTADO POR:

Lic. Joselyn Solange Minaya Carbajal

Para optar el título de Segunda Especialidad en “

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la sustentación del trabajo respectivo.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,

[Signature]
Presidente

[Signature]
Vocal

[Signature]
Secretaria

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo incondicional y darme cada día
el motivo para lograr mis metas trazadas.



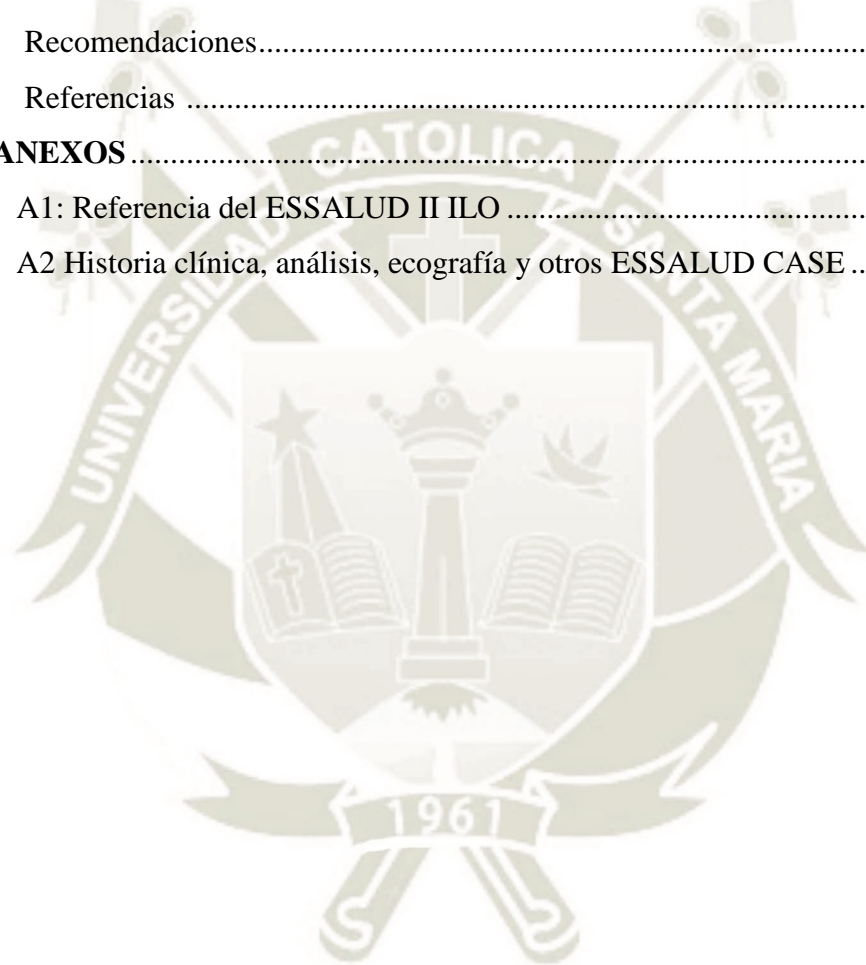
“Llamar a la mujer el sexo débil es una calumnia,
es la injusticia del hombre hacia la mujer. Si por
fuerza se entiende la fuerza bruta, entonces, en
verdad, la mujer es menos brutal que el hombre.
Si por fuerza se entiende el poder moral,
entonces la mujer es inmensamente superior.”

Mahatma Gandhi.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
EPÍGRAFE	
ÍNDICE GENERAL	
RESUMEN	
SUMARY	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
Planteamiento del problema	2
Marco conceptual	2
1. Rotura prematura de membrana	2
2. Clasificación	2
3. Incidencia	2
4. Etiología	3
5. Factores de riesgo	3
6. Fisiopatología	4
7. Clínica	6
8. Diagnóstico	6
9. Exámenes Auxiliares	7
10. Manejo de la rotura prematura de membrana	10
10.1 Rotura prematura de membrana > 34 semanas con o sin corioamnionitis	10
10.2 Rotura prematura de membrana 24 – 33 semanas sin corioamnionitis	11
10.3 Rotura prematura de membrana < 24 semanas sin corioamnionitis	13
11. Neuroprotección con Sulfato de Magnesio	13
12. Indicaciones post parto	15
13. Complicaciones	15

CAPÍTULO II : MARCO METODOLÓGICO	16
Historia Clínica	17
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN	24
Análisis de caso clínico	25
Discusión.....	27
Conclusiones	30
Recomendaciones.....	31
Referencias	32
ANEXOS	36
A1: Referencia del ESSALUD II ILO	37
A2 Historia clínica, análisis, ecografía y otros ESSALUD CASE	38



RESUMEN

El **OBJETIVO** de este caso clínico es analizar si hubo una vigilancia materno-fetal, bajo el manejo adecuado de la rotura prematura de membranas y factores asociados, con la finalidad de incorporar nuevos aportes a la evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio es observacional, clínico y documental. Se presenta el caso clínico de paciente que fue referida de ESSALUD II - ILO el 21/09/2019 con los diagnósticos de Gestación de 30 semanas y Rotura prematura de membranas, a ESSALUD Carlos Alberto Seguí Escobedo (CASE), ingresando al servicio Gineco-obstetricia a las 22:12, refiriendo pérdida de líquido transvaginal en regular cantidad desde las 9 am del mismo día; Fecha de Última Menstruación (FUM): 18/02/2019 y Fecha Probable de Parto (FPP): 25/11/2019, no presenta carnet de controles. Le realizan ecografía con el Diagnóstico: Gestación de 29 semanas 1 día. Solicitan exámenes de laboratorio, paciente es hospitalizada.

El día 22/09/2019: Paciente refiere contracciones cada 20 minutos y pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad, no presenta mal olor. Indicaciones médicas: control de funciones vitales, signos de alarma, control obstétrico, higiene vulvoperineal. Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas EV y para maduración pulmonar Dexametasona 6mg cada 12 horas IM.

El día 23/09/2019: Paciente refiere pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones. Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas. Solicitan hemograma y proteína C reactiva (PCR). Obteniendo como resultados: Hemoglobina: 10.0g/dl, Leucocitos: 9.31 mil/mm³, Eritrocitos: 3.25 mil/mm³ y PCR: 0.235mg/l.

El día 24/09/2019: Paciente refiere pérdida de líquido en poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones. Antibioticoterapia: 2g de ampicilina endovenoso (EV) cada 6 horas y ClNa 9⁰/00, a chorro 500 ml y luego a 48 gotas x minuto y nifedipino 10mg (vía oral) VO cada 20 min por 3 dosis.

CONCLUSIONES: Gestante con rotura prematura de membranas referida de forma oportuna y manejo adecuado de antibioticoterapia y maduración pulmonar. El manejo de la paciente en el ESSALUD CASE fue expectante y de acuerdo a la guía práctica de atención según capacidad resolutoria.

Gestante tuvo controles de forma particular, no fue diagnosticada ni tratada por anemia y no cuenta con carnet de control; lo que conllevó a identificar tardíamente la pérdida de líquido amniótico transvaginal.

Palabras clave: rotura prematura de membrana, parto pretérmino, embarazo

SUMMARY

The **OBJECTIVE** of this clinical case is to analyze whether there was a maternal and fetal surveillance, under the proper management of premature rupture of membranes and associated factors, with the purpose of incorporating new contributions to scientific evidence.

MATERIAL AND METHODS: The study is observational, clinical and documentary.

We present the clinical case of a patient who was referred from ESSALUD II - ILO on 09/21/2019 with the diagnoses of Gestation of 30 weeks and premature rupture of membranes, to ESSALUD Carlos Alberto Seguí Escobedo (CASE), entering the Gineco- service obstetrics at 22:12, referring loss of transvaginal fluid in regular amount from 9 am on the same day; Last Menstruation Date (LMD): 02/18/2019 and Probable Delivery Date (PDD): 11/25/2019, does not present a control card. They perform an ultrasound with the Diagnosis: Gestation of 29 weeks 1 day. They request laboratory tests, patient is hospitalized.

On 09/22/2019: Patient refers contractions every 20 minutes and loss of transvaginal fluid in a small amount, does not present a bad smell. Medical indications: control of vital functions, warning signs, obstetric control, vulvoperineal hygiene. Antibiotic therapy: 1g of ampicillin every 8 hours IV and for lung maturation Dexamethasone 6mg every 12 hours IM.

On 09/23/2019: Patient reports loss of transvaginal fluid in a small amount, does not present a bad smell, vital functions within normal parameters, they continue with the same indications. Antibiotic therapy: 1g of ampicillin every 8 hours. They request blood count and C-reactive protein (CRP). Obtaining as results: Hemoglobin: 10.0g/dl, Leukocytes: 9.31 mil/mm³, Erythrocytes: 3.25 mil/mm³ and CRP: 0.235mg/l.

On 09/24/2019: Patient refers to loss of fluid in a small amount, does not present a bad smell, vital functions within normal parameters, continue with the same indications. Antibiotic therapy: 2g of intravenous ampicillin (IV) every 6 hours and ClNa 9 0/00, with a 500 ml jet and then 48 drops per minute and nifedipine 10mg (orally) orally every 20 min for 3 doses.

CONCLUSIONS: Pregnant woman with premature rupture of membranes referred to in a timely manner and adequate management of antibiotic therapy and pulmonary maturation. The management of the patient in the ESSALUD CASE was expectant and according to the practical care guide according to the resolution capacity.

Gestante had controls in a particular way, was not diagnosed or treated for anemia and does not have a control card; This lead to late identification of the loss of transvaginal amniotic fluid.

Keywords: premature membrane rupture, preterm birth, pregnancy

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de las membranas coriamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas (1). Esta rotura permite la entrada de patógenos hacia la cavidad uterina provocando infecciones a nivel fetal y materno (2).

La rotura prematura de membranas amnióticas ocurre en 10% de las gestaciones, generando una alta tasa de mortalidad materna y perinatal y es responsable del 25 al 30% de los nacimientos pretérmino en el mundo, lo cual genera complicaciones y secuelas graves en el neonato (3).

La rotura prematura de membrana se clasifica como a término, después de las 37 semanas de gestación y antes de iniciarse trabajo de parto, y pretérmino cuando sucede antes de las 37 semanas, el término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo (4).

La prematuridad está relacionada en un 75- 80% con la mortalidad perinatal (ocurriendo en un 40% en menores de 32 semanas) (5).

Miranda encontró que entre las mujeres con RPM pretérmino de 24 a 33 semanas, la complicación materna más frecuente fue corioamnionitis, seguida de infección del sitio operatorio y desprendimiento prematuro de placenta; y los resultados neonatales encontrados con mayor frecuencia fueron dificultad respiratoria, seguida de neumonía neonatal, hemorragia intraventricular, y asfixia neonatal (6).

Siendo objetivo de este trabajo académico, analizar si hubo una vigilancia materno-fetal bajo el manejo adecuado, la valoración de los diferentes diagnósticos e identificar factores de riesgo que se presentaron en el caso clínico de la paciente con el diagnóstico de rotura prematura de membranas, con la finalidad de que los profesionales ofrezcan cuidados de calidad basados en evidencia científica.

La presentación de este trabajo académico se encuentra estructurado de la siguiente manera: capítulo I marco conceptual; el capítulo II elaboración de la historia clínica y capítulo III análisis del caso clínico, discusión, conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO
I
PLANTEAMIENTO
TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se analiza un caso clínico real de rotura prematura de membranas presentado en ESSALUD CASE. Se realizó una vigilancia adecuada mater-fetal, con manejo adecuado de la rotura prematura de membrana y la identificación de los factores de riesgo.

Una vez que las membranas se rompen, tanto la madre como el feto están en riesgo de infección y de otras complicaciones, especialmente cuando menor es la edad gestacional en la que ocurre (16).

MARCO CONCEPTUAL:

1. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas (3)(1).

2. CLASIFICACIÓN

- Rotura prematura de membranas a término: > 37 semanas de gestación
- Rotura prematura de membranas pretérmino: < 37 semanas de gestación
- Período de latencia: tiempo transcurrido entre la rotura prematura de membranas y el inicio de trabajo de parto.
- Rotura Prolongada. Cuando el período de latencia es mayor a 24 horas (5)(7).

3. INCIDENCIA

Aproximadamente 40 % de los partos prematuros están precedidos de rotura prematura de membranas, la incidencia de la rotura prematura de membranas varía entre 1,6 % y 21,0 %, con un promedio de 10 % de embarazos. El 80 % de los casos ocurre después de las 37 semanas, 20 % restante se presenta en embarazos pretérminos (6).

4. ETIOLOGÍA

- Traumatismo y complicaciones de procedimiento invasivo
- Estiramiento de las membranas, incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple.
- Infección local por trichomonas, estreptococo grupo B, Chlamydia.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de vitamina C, cobre o Zinc (3).

5. FACTORES DE RIESGO

Existe una variedad de razones por la que se produce la rotura prematura de membranas, se observan principalmente en los embarazos pretérmino, entre ellos destacan:

- Embarazo múltiple y polihidramnios
- Antecedente de rotura prematura de membranas y parto pretérmino
- Infecciones del tracto genital inferior causados por trichomonas, vaginitis, que son causantes también de contracciones uterinas.
- Hemorragia de la primera y segunda mitad del embarazo
- Sustancias tóxicas como tabaquismo
- Traumatismo abdominal
- Cirugía cervicouterina
- Infección intraamniótica
- Presentación: podálica y transversa
- Infección del tracto urinario
- Pruebas auxiliares invasivas
- Defecto local de Membranas; Déficit de Cu, Zinc y vitamina C
- Tacto vaginal a repetición (3) (1).

6. FISIOPATOLOGÍA

A través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. En esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) (7).

La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los factores de riesgo asociados son infecciones, tabaquismo, polihidramnios, embarazo doble (1)(7)

Infección:

Se estima que 25% de todos los partos pretérmino ocurren a madres que han tenido invasión microbiana en la cavidad amniótica, aun cuando estas infecciones son en su mayoría subclínicas en naturaleza (8).

La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto (7).

La invasión bacteriana del espacio coriodecidual activa monocitos en la decidua y en las membranas fetales produciendo finalmente un incremento en factores proinflamatorios, incluyendo entre otras $TNF-\alpha$, $IL-1\alpha$, $IL-1\beta$, $IL-6$, $IL-8$ y factor estimulante de la colonia de granulocitos (7).

Algunas de éstas citocinas estimulan la síntesis y liberación de prostaglandinas, iniciando así la secuencia de la inflamación: quimioatracción, infiltración, activación de neutrófilos y liberación de metaloproteinasas que participan en la degradación del colágeno de la membrana corioamniótica (7).

Ocurre así un evento sinérgico ya que las prostaglandinas ayudan a la maduración cervical y estimulan las contracciones junto con las citocinas; mientras tanto, las metaloproteinasas degradan las membranas, produciendo consecuentemente rotura de estas (7) (4).

Distensión de las membranas:

La distensión de las membranas fetales produciría elevación de IL-8 y de la citosina, las cuales activarían las metaloproteinasas, facilitando la rotura de membranas (7).

Lesiones vasculares placentarias que producen isquemia:

Así como hemorragia decidual, sobredistensión de la membrana corioamniótica. Existe evidencia que la isquemia placentaria materna favorecería la liberación de prostaglandinas, así como de IL-6, IL-8 tanto en la microcirculación vellositaria como en las membranas fetales desencadenando parto prematuro y rotura prematura de membranas (7).

Tabaquismo:

Este produce quimiotaxis de leucocitos, liberación de elastasa, inactivación de inhibidores de proteasas, generación de radicales libres y consumo de antioxidantes. Además, disminuye las concentraciones de ácido ascórbico, Zinc y Cobre lo que disminuye el colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares (7)(4).

La deficiencia de hierro y la anemia:

Pueden inducir a un estrés materno y fetal, lo cual estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina. Las concentraciones elevadas de corticotropina, son un factor de riesgo para presentar no solo rotura prematura de membranas sino también otras complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, retardo del crecimiento intrauterino e infección (4).

7. CLÍNICA

La pérdida del líquido amniótico por genitales, que tiene similar olor a lejía, que se puede acompañar de contracciones o signos de infección, cuando la rotura es alta puede pasar por desapercibida por las pacientes o confundirlo con incontinencia urinaria (3) (10).

8. DIAGNÓSTICO

- Historia clínica: anamnesis, factores asociados
- Examen físico general:
 - Evaluación de estado general
 - Funciones vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.
 - Examen del abdomen: altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas, presentación, posición y situación fetal.
 - Posición litotomía para evidenciar pérdida de líquido espontánea por vagina
 - Especuloscopia: salida de líquido amniótico por el orificio cervical al pujar la paciente o al rechazar polo de presentación fetal.
 - Tactos vaginales restringidos, solo realizar si es necesario (3)(1).

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Flujo vaginal
- Incontinencia urinaria
- Eliminación de tapón mucoso (3) (1).

9. EXÁMENES AUXILIARES

Para determinar Rotura Prematura de Membranas

- Test de Nitrazina: Se sabe que el pH del líquido amniótico es 7.0 a 7.5 y el de la vagina es 4.5 – 5.5. Humedecer un aplicador de algodón en el líquido del fondo del saco vaginal y frotar en el papel de Nitrazina; si el color vira a:
 - Amarillo verdoso: pH 5; No hay RPM
 - Verde – azulado: pH 6.0; sugestivo de RPM
 - Azul: pH > 6.0; compatible con RPM (3)(1) (10).
- Test de Fern o del helecho: Humedecer un aplicador de algodón en el líquido del fondo del saco vaginal o en el orificio cervical. Frotar en una lámina portaobjetos, dejar secar y observar al microscopio: La presencia de arborización en forma de helecho es indicativo en RPM (3)(1).
- Colpocitograma: Tomar 1 cc de líquido de fondo vaginal. Hacer dos frotis para:
 - Tinción de Papanicolaou: Se observan células escamosas de la piel fetal.
 - Tinción con colorante de Azul de Nilo: Se observan células anucleadas de la piel fetal (células naranjas) (1).
- Ecografía: Disminución del volumen del líquido amniótico (3)(1).
- Amniocentesis: Inyectar Azul de Evans o Índigo carmín en cavidad amniótica y observar una gasa colocada en cérvix o vagina, si se mancha de azul confirma el diagnóstico de RPM (1) (10).
- Determinación de Alfa Micro globulina placentaria 1 (PAMG- 1), en fondo de saco vaginal, indica presencia de líquido amniótico (9).

- Determinación de Fibronectina (1) (10).

La determinación de fibronectina fetal a nivel cervico-vaginal ha sido recomendada por algunos investigadores, sin embargo, por sus altos falsos positivos no es recomendado como prueba para diagnosticar ruptura prematura de membranas (9).

La prueba de fibronectina fetal como herramienta confiable, fácil y barata, para el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con una sensibilidad de 70%, especificidad de 90% (3).

- Gonadotropina Coriónica Humana Beta: en secreciones vaginales, evidenciando que valores por encima de 39,8 mUI/ml tienen un valor predictivo positivo para diagnosticar RPM, convirtiéndose en una prueba segura, sencilla y rápida para diagnosticar RPM en aquellos casos equívocos o poco claros (3).
- ACTIM PROM: se basa en la detección de IGFBP-1 (insulin-like growth factor binding protein-1) proteína sintetizada en el hígado fetal y la decidua que está en el líquido amniótico (12).
- TOALLA ABSORBENTE (Amniosense): obtuvo una sensibilidad de 98% y una especificidad de 65%, no es necesario de una evaluación con espéculo (3).

Marcadores temprano de infección:

- Hemograma: Leucocitos: > de 12,000 pero solo si hay desviación izquierda.
Repetir cada 2 días
- Proteína C reactiva > 5, repetir diariamente por 4 días y luego cada 2 días.
- Gram de líquido amniótico: Presencia de leucocitos (>501c) y células plasmáticas.

- Glucosa en Líquido amniótico: (14 mg/dl)
- Cultivo de líquido amniótico: para identificación de bacterias (Estreptococo grupo Beta, gonococo, Chlamydia) y para micoplasma y ureaplasma.
- Valoración de la concentración de IL-6 en suero materno. Unos niveles de >8 ng/ml tuvieron una sensibilidad del 81% Y una especificidad del 99%, VPP del 96% y VPN del 95% (6).
- Monitoreo fetal: taquicardia y/o disminución de la reactividad cardiaca, o el aumento de la sensibilidad, irritabilidad y contractilidad uterina; aunque son menos sensibles.
- Concentraciones elevadas de IL-8 en las secreciones cervicales, y con un cérvix ecográficamente acortado.
- La ausencia de respiración fetal y de movimientos corporales en un período de 30 minutos se asocia de forma importante con Infección intraamniótica (1).

Para determinar madurez pulmonar fetal: 32 semanas

- Amniocentesis para obtener Líquido Amniótico
 - Dosaje de Lecitina y Esfingomielina: Relación LE > de 2 indica pulmón maduro.
 - Dosaje de Fosfatidil glicerol y de fosfatidil inositol (surfactantes)
 - Test de Clements: La formación de un anillo de burbujas en la superficie líquida es indicativa de presencia de surfactante y madurez pulmonar (1).
- Determinación de la presencia de fosfatidil glicerol en un pool de líquido amniótico en fondo de saco vaginal (amniostat) es indicativo de madurez.
- Índice de Maduración Pulmonar Ecográfico: puntaje > 7 es positivo a madurez, repetir semanal.

- Doppler del Tronco de la Arteria Pulmonar con un índice: Tiempo de Aceleración sobre Tiempo de Desaceleración (TA/TD) > 0.5715 (1).

**Para evaluar bienestar fetal: MONITOREO DEL BIENESTAR FETAL:
2 veces/semana.**

- Ecografía Obstétrica: evaluación del índice de Líquido Amniótico (ILA) que sea ≥ 2 ; edad gestacional, ponderado fetal; posición fetal, descartar circulares de cordón, grado de madurez placentaria.
- Perfil biofísico fetal: descartar hipoxia fetal; la presencia de movimientos respiratorios descarta infección fetal (1).
- Monitoreo Electrónico Fetal:
 - Test No Estresante antes de las 32-34 semanas: para ver reactividad cardiaca, descartar compresión funicular, registrar dinámica uterina (1).
 - Test No Estresante antes de las 32-34 semanas: para conocer la tolerancia al parto vaginal y la dosis de sensibilización de la Oxitocina en caso se quiera inducir el parto (1).
 - Flujometría Doppler: en casos de oligohidramnios y/o placenta envejecida
 - Evaluación de la Longitud Cervical, vía transvaginal: como predictor de un parto inminente: > 3.5 cm (bajo riesgo); < 1.5 (alto riesgo) (1).

10. Manejo de la rotura prematura de membranas

10.1 Rotura prematura de membranas > 34 semanas, con o sin corioamnionitis:

- Hospitalización y reposo en decúbito lateral
- Hidratación

- Iniciar antibioticoterapia después de 6 horas de RPM reduce la morbilidad infecciosa materna pero no es significativa en los recién nacidos. Se sugiere: Ampicilina o Cefalosporina 1G (1-2 gr EV c/6 horas); y en caso de corioamnionitis: Cefalosporina 3G (2gr EV c/24 horas) con Aminoglucósido (Amikacina 1gr EV c/24 horas) (1)(3).
- Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:
Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.
Si el test de Bishop es menor de 7: Maduración Cervical con 2 UI de Oxitocina por 10 horas y luego Inducción del parto.
Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea (1).

10.2 Rotura prematura de membranas 24 – 33 semanas sin corioamnionitis:

- Hospitalización y reposo en cama en decúbito lateral
- Restringir tactos vaginales, usar apósito vaginal
- Control de signos vitales maternos cada 6-8 horas, especialmente pulso y temperatura
- Control obstétrico cada 6-8 horas
- Hidratación: abrir vía endovenosa con aguja N° 18 y administrar C1Na 9⁰/00 (10).
- Iniciar antibioticoterapia después de 6 horas de RPM
Ampicilina o Cefalosporina 1G (1-2 gr EV c/6 hs) o Eritromicina (250-500 mg EV c/6 horas) por 24 – 48 horas, luego pasar a la vía oral con Amoxicilina o Cefalosporina 1G (500 mg VO c/6 horas) o Eritromicina (250 mg VO c/6 horas) hasta completar 7 días (1).
Administrar antibióticos reduce la morbilidad infecciosa y retarda el trabajo de parto.

Otros esquemas utilizados empíricamente son los siguientes:

- Clindamicina + Gentamicina
- Clindamicina + Cefalosporinas
- Penicilina + Cloramfenicol + Gentamicina

Determinar madurez pulmonar mediante amniocentesis y estudio de líquido amniótico (1).

- **Si se demuestra madurez fetal terminar gestación:**

Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal

Si la inducción no responde luego de 6 horas de inducción, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea segmentaria transversal

Si el test de Bishop es menor de 7: Proceder a cesárea segmentaria transversal (1).

- **Si no hay madurez pulmonar:**

Manejo expectante mediante control estricto de funciones vitales, hemograma y Proteína C reactiva seriada.

Proceder a maduración pulmonar mediante administración de corticoides Betametasona 12 mg intramuscular c/24 horas por 2 dosis; o Dexametasona 6 mg intramuscular c/12 horas por 4 dosis.

No usar corticoides en infección o RPM mayor de 48 horas.

Terminar gestación cuando se demuestre maduración pulmonar (1) (3).

Tocolítics: controversial su uso.

Dar por lo menos 48 horas para favorecer el efecto del corticoide (1).

10.3 Rotura prematura de membranas < 24 semanas (feto preciable) sin corioamnionitis:

- Hospitalización
- Interrumpir gestación vs conducta expectante (9):

Las posibilidades de vida para el feto son mínimas, solo logran sobrevivir el 25% y la mitad de ellos presentan problemas neurológicos a corto y largo plazo, la tercera parte de ellos presentara hipoplasia pulmonar (8).

11. Neuroprotección con Sulfato de Magnesio

En los prematuros, especialmente en los menores de 32 semanas, el riesgo de morir en las primeras semanas de vida es mayor que en los niños nacidos de término. En los que sobreviven, el riesgo de sufrir deficiencias neurológicas y discapacidad significativa está aumentado (16).

Clínicamente, los resultados neurológicos adversos más frecuentes asociados con la prematurez son la parálisis cerebral (PC) y el deterioro cognitivo. Otros resultados adversos incluyen ceguera, sordera, retraso en el desarrollo u otro deterioro neurológico (16) (18).

El mecanismo descrito para neuroprotección del sulfato de magnesio:

El Sulfato de Magnesio ha sido asociado con varias acciones beneficiosas. Entre las más importantes es proteger al cerebro en desarrollo del daño a las neuronas causado por los efectos de toxicidad excitatoria del Glutamato, el principal aminoácido neurotransmisor excitatorio.

Otra de sus acciones protectoras, de acuerdo a lo demostrado en animales, se realiza mediante:

- Estabilidad hemodinámica: el SM mostró efectos beneficiosos hemodinámicos al estabilizar la presión sanguínea, reducir la vasoconstricción en las arterias cerebrales y la mejoría de la perfusión cerebral en el recién nacido (RN) pretérmino (16).

- Propiedades antioxidantes: Reducción del daño celular en condiciones de hipoxia isquémica, al disminuir el exceso de radicales libres de Oxígeno que dañan las neuronas (16).
- Propiedades antiinflamatorias: Disminuye el nivel de citoquinas inflamatorias (Interleuquinas, TNF α) y previene el daño neuronal en el parto pretérmino inducido por inflamación (16).

Criterios para administrar sulfato de magnesio como neuroprotector: Se indicará en parto pretérmino inminente, o sea que el nacimiento se va a producir en menos de 12 horas.

- Trabajo de Parto activo con ≥ 4 cm de dilatación cervical, con membranas íntegras o con Rotura prematura de membranas.
- Nacimiento prematuro programado por indicación fetal y/o materna (6).

Si no cumple con los criterios mencionados no está indicado administrar Sulfato de magnesio

Administración:

Dosis de carga: 4 gr de Sulfato de Magnesio, en 100cc de Suero Glucosado al 5%. Administrar en 30 minutos.

Dosis mantención: 1gr / hora EV. Hasta el parto o por un máximo de 24 horas.

Reevaluar en 12 horas:

- Si persiste el riesgo inminente de parto continuar dosis de mantención, máximo 24 horas de infusión.
- Si no hay riesgo de parto inminente, suspender.
- No repetir dosis de Sulfato de Magnesio una vez suspendida (4).

12. Indicaciones post parto

Ausencia de complicación: Control cada 12 horas: temperatura, pulso, involución uterina, loquios y utilizar oxitócicos.

Presencia de infección: control cada 6 horas y mantener con antibióticos hasta 3 días después de desaparición de la infección

13. Complicaciones

Complicaciones maternas:

- Corioamnionitis: es un proceso inflamatorio de las membranas ovulares y/o la cavidad amniótica (3) (1).

Como diagnosticarlo: Temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$, Taquicardia materna (>100 LPM), Taquicardia fetal (FCF > 160 LPM), Leucocitosis (>15000 - $20000/\text{mm}^3$), Irritabilidad uterina (dolor a la palpación y/o dinámica uterina) y Líquido amniótico purulento o fétido (3).

Extraer el producto sin importar edad gestacional. Interrumpir gestación por causa fetal (distress, infección) o materna (infección) (1).

- Sepsis
- Infección puerperal

Complicaciones fetales

- Infección neonatal sepsis
- Prematurez
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Hipoplasia pulmonar por oligohidramnios
- Síndrome de dificultad respiratoria



**CAPÍTULO
II
MARCO METODOLÓGICO**

HISTORIA CLÍNICA

REALIZADA A LA PACIENTE COMO CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

1. FILIACIÓN:

- a) Nombre y apellidos : G.G. LL.
- b) Edad : 44 años
- c) Cama : 403- B
- d) Seguro : EsSalud
- e) D.N.I : 04643825
- f) Fecha de nacimiento : 17/ 12/1974
- g) Lugar de nacimiento : Ilo – Moquegua
- h) Lugar de procedencia : Ilo- Moquegua
- i) Domicilio : Alto Ilo San Pedro Q-8
- j) Grado de instrucción : Superior Universitario
- k) Raza : Mestiza
- l) Sexo : Femenino
- m) Estado civil : Casada
- n) Religión : Católica
- o) Idioma : Castellano
- p) Ocupación actual : Contadora
- q) Pareja : J. M. P
- r) Ocupación de la pareja : Abogado
- s) Persona responsable : Esposo
- t) Fecha de ingreso : 21 /09/2019
- u) Forma de ingreso : Referencia de ES- SALUD Ilo
- v) Tipo de anamnesis : Directa
- w) N° de historia clínica : 542540
- x) Historia clínica elaborada por : Obstetra: Joselyn Solange

Minaya Carbajal

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 21- 09 – 2019 Hora: 22:12

- a) **Tiempo de enfermedad:** 4 días (21-09-2019 – 25-09-2019)
- b) **Síntoma principal:** Pérdida de líquido transvaginal
- c) **Historia de la enfermedad:** Paciente refiere presentar pérdida de líquido transvaginal de forma espontánea, desde las 9 am del 21 /09/2019 en moderada cantidad, pensó que era incontinencia urinaria, al ver que la pérdida era más abundante en la deambulacion con ligero dolor lumbar, acude por emergencia al hospital de ESSALUD II de Ilo a las 16:00 horas, donde le diagnostican con rotura prematura de membranas y es referida al Hospital Regional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

Medicamentos administrados:

- Dexamentasona 6mg IM (1° Dosis de maduración pulmonar)
- Cefazolina 1g EV y diclofenaco de 75mg IM ampolla stat.

Funciones biológicas:

Apetito : conservado

Sed : normal

Sueño : conservado

Micción : conservado

Deposiciones: estreñimiento

3. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo: normal
- Nacida de parto: eutócico
- Atención: Hospital
- Lugar: Ilo
- Lactancia materna/ tiempo: 3 meses
- Vacunas: completas
- Dentición: normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: normal

b) Antecedentes patológicos:

- Enfermedades eruptivas de la infancia: Parotiditis a los 7 años
- Enfermedad en la adolescencia: niega
- Enfermedades de la adultez: ninguna
- Intervenciones quirúrgicas: niega
- Hospitalizaciones: Cesareada anterior
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Alérgica a medicamentos: ninguno
- Alérgica a un alimento: ninguno

c) Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 13 años
- Régimen catamenial: Irregular
- Dismenorrea: niega
- Inicio de relaciones sexuales: 28 años
- Número de parejas sexuales: 1 pareja
- Flujo genital: blanquecino
- Prurito vulvar: esporádico

- Infecciones de Transmisión Sexual: niega
- Uso de Mac: ninguno
- Papanicolaou: enero del 2019 normal
- Examen de mama: normal
- Operaciones Gineco-obstetras: cesareada anterior, periodo intergenesico 12 años por pelvis estrecha y preeclampsia

d) Antecedentes obstétricos:

- Parto distócico: 12- 03 -2007 por Preeclampsia y pelvis estrecha, donde obtuvo un recién nacido de sexo femenino con peso fetal 3200 grs.
- N° de gestaciones: 1
- N° de partos a término: 1
- N° de partos prematuros: 0
- N° de abortos :0
- N° de hijos vivos:1

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a) Padre: aparentemente sano
- b) Madre: diabética e hipertensa
- c) Hermanos: aparentemente sanos
- d) Pareja: aparentemente sano
- e) Hija: aparentemente sana

5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS

- a) Diabetes: niega
- b) Malformaciones congénitas: niega
- c) Enfermedades y causa de fallecimiento: niega

6. ANTECEDENTES CÓSMICO – AMBIENTALES:

- a) Vivienda: propia
- b) Zona: urbana
- c) Material: noble
- d) N° de habitaciones: 5 habitaciones
- e) N° de habitantes: 3 personas
- f) Eliminación de basura: carro recolector de basura
- g) Residencia anterior: vivió 17 años en majes
- h) Armonía en la familia: si
- i) Ambiente laboral: bueno
- j) Crianza de animales: ninguno

7. ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICOS:

- a) Ocupación del jefe de familia: abogacía
- b) N° de personas dependientes: 2 personas
- c) Ingreso familiar mensual: 8000 mil
- d) Persona responsable del sustento familiar: la pareja

8. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

- a) Situación familiar: buena
- b) Situación personal: buena
- c) Vida afectiva: buena

9. HÁBITOS Y COSTUMBRES

- a) Fuma: niega
- b) Ingiere bebidas alcohólicas: no desde el embarazo
- c) Consume drogas: niega
- d) Bebe gaseosa: esporádicamente
- e) Bebe té: esporádicamente
- f) Bebe café: esporádicamente

10. EMBARAZO ACTUAL

- a) Fecha de última regla: 18/02/2019
- b) Fecha probable del parto: 25/11/2019
- c) N° de controles: 7 controles en clínica particular
- d) Inicio del primer control: 5 semanas
- e) Lugar de controles prenatales: particular
- f) Recibió tratamiento para su vaginitis (Clindess Duo)

11. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

- a) Peso previo: 52 kg
- b) Talla: 150cm
- c) Peso actual: 60.8 kg
- d) Ganancia de peso: 8 .8 kg
- e) Actividad sexual: niega

II. EXAMEN FÍSICO:

- Temperatura: 37 °C
- Pulso: 78 x min
- Presión arterial: 100/60 mmhg
- Respiración: 18 x min

Paciente en aparente buen estado general, regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado nutricional, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

- a) Piel: y TCSC: trigueña, turgor y elasticidad conservada
- b) Cabeza: acorde a su constitución. Movilidad conservada
- c) Cráneo: normocéfalo. Cabello bien implantado
- d) Cara: piel trigueña
- e) Ojos: conjuntivas palpebrales pálidas, pupilas isocóricas
- f) Oídos: pabellón auricular simétricos

- g) Nariz: normorrinea, tabique normal
- h) Boca: labios rosados, piezas dentarias completas
- i) Cuello: simétrico no adenopatías tiroides no palpable
- j) Aparato respiratorio: tórax móvil amplexación conservada
- k) Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

EXAMEN OBSTÉTRICO

l) Mamas:

Inspección: mamas simétricas, pezones hiperpigmentados
Palpación: turgentes

m) Abdomen

Abdomen grávido, AU: 28cm maniobras de Leopold feto:
Longitudinal Cefálico Derecha.
Auscultación feto: LCF 142 x min, movimientos fetales
presentes

n) Genitales externos: se evidencia pérdida de líquido amniótico
en poca cantidad.

o) Extremidades superiores: móviles no edema

p) Extremidades inferiores móviles: sin edema

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ Gestación de 31 semanas
- ✓ Rotura prematura de membranas prolongada
- ✓ Segundigesta primípara
- ✓ Feto único presentación cefálica
- ✓ Cesareada anterior
- ✓ PIG largo, 12 años
- ✓ Anemia Leve



CAPÍTULO III DISCUSIÓN

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

En el momento de la emergencia, la paciente acude a su centro de referencia ESSALUD II Ilo, el establecimiento actúa de forma correcta y refiere oportunamente a la paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

La paciente ingresa al Hospital Nacional CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO ESSALUD donde es recibida por el servicio de Emergencia de Gineco-obstetricia el 21/09/2019 a las 22:12, donde realizan lo siguiente:

- Como diagnóstico hacen un adecuado llenado de la historia clínica, el examen físico y confirman el diagnóstico de rotura prematura de membranas donde indica el médico Gineco-obstetra hospitalizar a la paciente.
- Para evaluar el bienestar fetal, se le realiza un monitoreo fetal con el diagnóstico de feto Reactivo y una ecografía donde indica feto en longitudinal, cefálica, derecha, con LCF: 135 x min, placenta fúndica posterior, Grado II, ILA de 8 y Pozo máximo de 3, Cervicometría 33cm y ponderado fetal de 1450 grs. Donde concluye con el Diagnóstico de Gestación de 29 semanas 1 día.
- Exámenes de laboratorio solicitados al ingreso: análisis de orina, dosaje de creatinina en sangre, glucosa cuantitativa, nitrógeno ureico, tiempo de sangría, hemograma completo, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, prueba de sífilis, anticuerpo de HIV-1 y HIV-2, proteína C reactiva y tipificación de ABO Y RH
- Donde solo dan como resultado:
 - Tiempo de protrombina: 11.7 segundos
 - TPT: 28.6 segundos
 - Glucosa: 94 mg/dl
 - Dosaje de creatinina: 0.38mg/dl
 - Grupo sanguíneo O y Rh (+)
 - Nitrógeno ureico: 15 mg/dl
 - Hemograma: dentro los parámetros normales

El día 22 /09/2019:

- Paciente refiere presentar contracciones cada 20 minutos, estreñimiento por 4 días y pérdida de líquido amniótico transvaginal en poca cantidad, no presenta mal olor.
- Médico Gineco-Obstetra indica dieta blanda, control de funciones vitales, control de signos de alarmar, control de movimientos fetales, dinámica uterina, latidos cardiofetales, control de diuresis, higiene vulvoperineal y control de amniorrea.
- Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas y para maduración pulmonar dexametasona 6mg cada 12 horas IM
- Funciones vitales dentro de los parámetros normales.

El día 23/09/2019:

- Paciente refiere pérdida de líquido amniótico transvaginal de poca cantidad, no presenta mal olor, con funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones.
- Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas.
- Solicitan exámenes auxiliares: hemograma (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) y proteína C reactiva
- Se obtiene como resultado de los exámenes solicitados:
Hemoglobina: 10.0g/dl
Leucocitos: 9.31 mil/mm³
Eritrocitos: 3.25 mil/mm³
PCR: 0.235 mg/dl

El día 24/09/2019:

- Paciente refiere pérdida de líquido amniótico transvaginal de poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones.
- Antibioticoterapia indicada: 2g de ampicilina cada 6 horas, Cl Na 9⁰/00, pasar 500cc a chorro y luego a 48 gotas x minuto y nifedipino 10mg VO cada 20 min por 3 dosis.

DISCUSIÓN

Según la Guía de Práctica desarrollada por el Instituto Nacional Materno Perinatal, indica que es recomendable que el diagnóstico clínico de la RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior (1), en el caso clínico se cumple esta recomendación ya que los tactos vaginales se tienen que evitar y solo realizarlos a menos que haya una fuerte sospecha de trabajo de parto.

Dentro de los exámenes solicitados para la determinación de corioamnionitis en el caso clínico analizado solicitan como exámenes a la proteína C reactiva y hemograma. Pero según la Guía de Práctica desarrollada por la Universidad de Colombia del 2015, indica que no se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis (11), pero el Instituto Nacional de Materno Perinatal indica en su Guía Práctica realizar exámenes de PCR y Hemograma como diagnóstico predictor de corioamnionitis, complementado con otros exámenes como la Cardiotocografía que si se recomienda ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica(1). En el caso clínico analizado como determinante de corioamnionitis se está realizando el Hemograma y la proteína C reactiva y como prueba de bienestar fetal, el monitoreo fetal.

El Instituto Nacional Materno Perinatal, recomiendo como un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 – 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino por rotura prematura de membranas, los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona 12mg vía intramuscular cada 24 horas por dos dosis o dexametasona 6mg por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis (1), siendo este esquema administrado a la paciente del caso clínico analizado desde el momento de su

diagnóstico. Los corticoides disminuyen el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, incluso las infecciones sistémicas en los dos primeros días post nacimiento y la disminución de estas morbilidades lleva a una reducción de la mortalidad neonatal en cerca de un tercio (9).

El manejo que realizó el Hospital ESSALUD CASE con la paciente del caso clínico tiene relación con el Instituto Nacional Materno Perinatal donde indica que desde las 26 hasta las 32 semanas, el manejo es expectante con maduración pulmonar, uso de esquema de antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signo de infección fetal o confirmación de la madurez pulmonar (11).

El Instituto Nacional Materno Perinatal menciona, la importancia de la utilidad de los antibióticos que va dirigido a la prevención de infección ascendente a la decidua, prolongar el embarazo, reducir las infecciones neonatales y a reducir las morbilidades dependientes de la edad gestacional (9), el hospital ESSALUD CASE realiza el manejo adecuado de la administración de antibióticos como lo indica la Guía Práctica.

La paciente del caso clínico presentó factores de riesgo como vaginitis y anemia. Según la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección y tratamiento de las complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio de la Universidad de colombiana asocia las deficiencias nutricionales como factor predisponente a presentar RPM, también se ha asociado la deficiencia de ácido ascórbico como la ocurrencia de RPM (8).

Según Siega-Riz, señaló que las mujeres con niveles de vitamina C bajos antes de la concepción, presentaban el doble de riesgo para parto pretérmino debido a RPM y que esta disminuye con la ingesta de vitamina C en el segundo trimestre (8). La deficiencia de hierro y la anemia pudieran inducir a estrés materno y fetal, lo cual estimula la síntesis de hormona liberadora de

corticotropina, las concentraciones elevadas de corticotropina, son un factor de riesgo para presentar no solo RPM, sino también otras complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, retardo del crecimiento intrauterino e infección (8) (18). Las mujeres que presentan vaginitis, se encuentran en riesgo significativamente mayor de presentar infección intrauterina y parto pretérmino (8).

Según la Norma Técnica de Salud: Atención integral de salud materna del MINSA, tiene como finalidad contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el período preconcepcional y concepcional (20). En la paciente del caso clínico acudió a controles, pero no cuenta con carnet de controles o un registro de ello, tampoco le realizaron exámenes de laboratorio para poder diagnosticar su anemia y poder tratarla oportunamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Gestante es referida del ESSALUD II - ILO, de forma oportuna y con el manejo adecuado de la administración de antibioticoterapia pasados las 6 horas de la rotura prematura de membranas y la primera dosis de maduración pulmonar con Dexametasona 6mg IM.

SEGUNDA: El manejo de la paciente con el diagnóstico de rotura prematura de membranas en el ESSALUD CASE fue de acuerdo a la guía práctica de atención según capacidad resolutive.

TERCERA: El manejo de este caso clínico es expectante, hasta determinar indicios de corioamnionitis para culminar el embarazo por cesárea.

CUARTA: Gestante se realiza controles de forma particular que no fueron adecuados y no cuenta con carnet de control.

QUINTA: Gestante identificó tardíamente un signo de alarma, como es la pérdida de líquido amniótico transvaginal.

SEXTA: Gestante presenta anemia que no fue diagnosticada ni tratada donde se realizaba sus controles.

RECOMENDACIONES

1. Al **personal de salud** (Obstetra y Gineco-obstetra) debe brindar consejería a la gestante, sobre la importancia del control prenatal y signos de alarma para prevenir, orientar e identificar factores de riesgo para disminuir la morbilidad materna y fetal.
2. A los **servicios de Salud**: Instituciones privadas y particulares deben hacer uso del carnet perinatal como lo norma el MINSA, para así estandarizar el cuidado de la mujer gestante y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación, con el fin de reducir la morbilidad materna y fetal.
3. Al **personal de salud**: Es importante que los profesionales de salud realicemos trabajos de investigación, para incorporar nuevos aportes a la evidencia científica y que esto incluya cambios en la conducta del personal y las instituciones para aumentar la probabilidad de obtener un resultado materno fetal exitoso en las gestaciones con rotura prematura de membranas y otras complicaciones maternas.

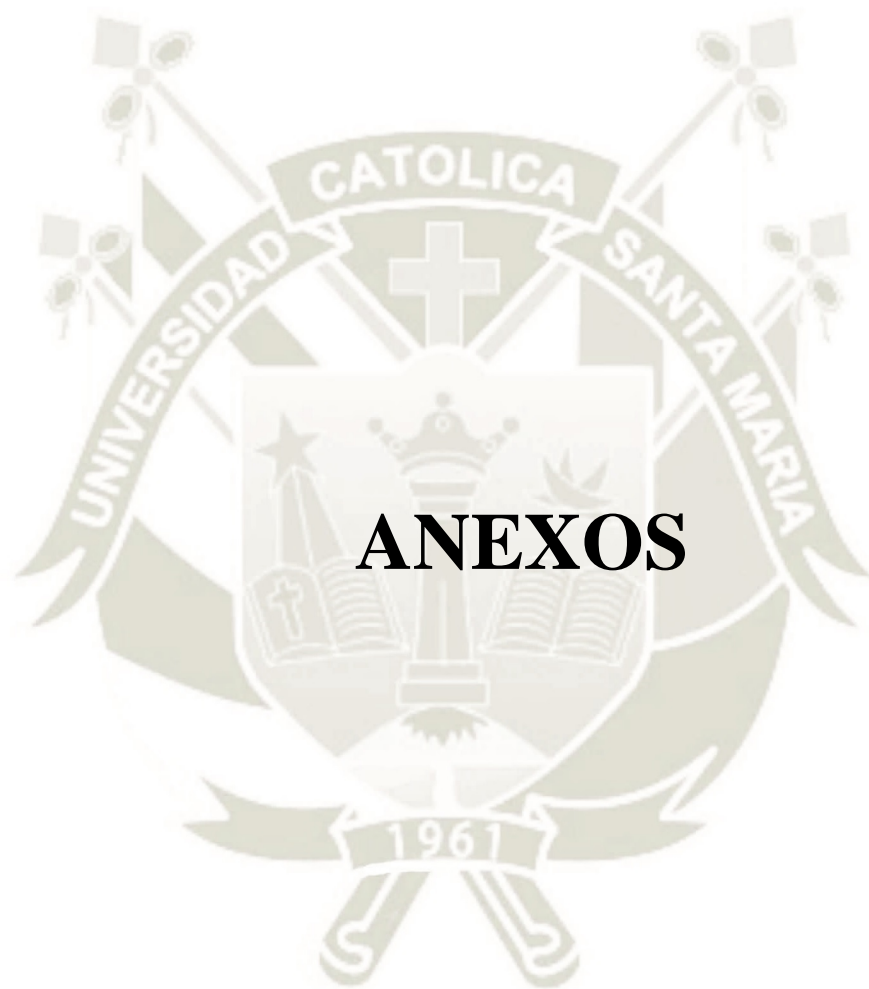
REFERENCIAS

1. MINSA. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima – Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014. [Consultado 25 Set 2019]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales-2014?pagina=18>
2. Cabanillas Carhuaz Sayra. Características y Complicaciones de Gestantes con Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino y a Término. Rev. Obstet. Enfern. [Internet] 2015 [Consultado 25 Set 2019]; Vol. 11(2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe>
3. Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto Y Puerperio: Sección 3. Infecciones en el Embarazo: Ruptura Prematura De Membranas (RPM). Rev. Colombiana de Obstet-Ginecol [Internet] 2015 [Consultado 26 Set 2019]; Vol. 66 (4), 263-286. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>
4. López Osma Fernando Augusto, Ordóñez Sánchez Sergio Alexander. Ruptura Prematura de Membranas Fetales: De La Fisiopatología hacia los Marcadores Tempranos de La enfermedad. Rev. Colombiana de Obstet-Ginecol. [Internet] 2006 [Consultado 26 Set 2019]; Vol. 57 (4), 279. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf>
5. Martínez Castellón Nerea, Fernández Ordóñez Eloísa, Sánchez Ruiz Patricia. Rotura prematura de membrana en gestación pretérmino. A propósito de un caso. Revista Enfermería Docente. [Internet] 2017 [Consultado 27 Set 2019]; Vol. 1 (108), 29-33. Disponible en http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/423/pdf_371

6. Aguirre Quispe Mery. Características De Las Gestantes Con Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino Atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Comas. [Internet]. 2015 [Consultado 25 Set 2019]. Disponible: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1580/3/aguirre_1.pdf
7. Rivera Z. René, Caba B. Fresia, Smirnow S. Marcia, Aguilera T. Jorge, Larraín H. Angélica. Fisiopatología de la Rotura Prematura de las Membranas Ovulares en Embarazos de Pretérmino. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2004 [Consultado 26 Set 2019]. 69(3), 249-255. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n3/art13.pdf>
8. Morgan Ortíz F. Anatomía y Fisiología de la Placenta y Líquido Amniótico. Rev. Med UAS. [Internet] 2015 [Consultado 25 Set 2019]; Vol. 5(4), 158-159. Disponible: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf>
9. MINSA. Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Hospital María Auxiliadora Departamento de Gineco Obstetricia. Lima Sur [Internet] 2012 [Consultado 26 Set 2019]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
10. Gómez Bravo Enrique Topete, Castillo Lechuga Claudia. Valor predictivo de la Fibronectina Fetal en Amenaza de Parto Pretérmino. Copyright [Internet] 2004 [Consultado 25 Set 2019]; Vol. 72(6), 491-494. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046j.pdf>
11. MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Según Nivel de Capacidad Resolutiva [Internet] Perú: Primera Edición; 2004 [Consultado 28 Set 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

12. Cabero Roura, Saldívar Rodríguez y Cabrillo Rodríguez. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Primera Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2015.
13. Ovalle S. Alfredo, Figueroa P. Jorge, Gómez M. Ricardo, Martínez T. M. Angélica, Ocaranza B. Miriam, Kakarieka W. Elena. Relación Entre Doppler de la Arteria Umbilical, Invasión Microbiana de la Cavidad Amniótica, Funisitis y Resultado Adverso Neonatal en la Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2005 [citado 30 Set 2019]; 70(6): 375-385. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000600005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775262005000600005>.
14. Centro de medicina Fetal Neonatal de Barcelona. Rotura Prematura de Membrana a Término y Pretérmino. [Internet]. 2016 [citado 28 Set 2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hchp-hsjd.pdf>
15. Ministerio De Salud de la Nación República de Argentina. Recomendaciones Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Parto Pretérmino, Atención Del Parto Pretérmino Espontáneo y Rotura Prematura de Membranas. [Internet] Argentina: 2015 [citado 26 Set 2019]; Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretérmino.pdf>
16. Espitia De La Hoz Franklin. Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis Clínica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2008 [consultado 29 Set 2019] Vol. 59(3); (231-237). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n3/v59n3a08.pdf>

17. Ministerio de Salud de Chile. Guía de Práctica Clínica Neuroprotección con Sulfato de Magnesio. [Internet] 2017 [consultado 30 Set 2019]. Disponible en:http://200.72.129.100/calidad/archivo1/GPC%20NEUROPROTECCIÓN%20SULFATO%20MG_v.1.pdf
18. Ramírez J. Fisiología del líquido amniótico embarazo postérmino. [Internet]. 2017 [consultado 25 Set 2019]. Consultado en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf>
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía práctica Clínica: Ruptura prematura de membranas pretérmino. [Internet]. Quito: 2015 [consultado 26 Set 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
20. MINSA. Norma Técnica de Salud: Atención integral de salud materna. NTS N° 105- MINSA/DGSP. [Internet]. Perú: 2013 [consultado 28 Set 2019]. Disponible en: <ftp.minsa.gob.pe>



A1. REFERENCIA DE ESSALUD II DE ILO

20072878		EsSalud		Extraintitucional	Organización	Área Destino	
DÍA	MES	AÑO	Centro Origen		ESALUD II ILO	C. Externa	
07	09	19	Centro Destino		CASE	Hospital	
			Servicio Origen		OBSTETRICIA	Emergencia	X
			Servicio Destino		OBSTETRICIA	Ayuda Dx	
			Número Acto Médico		242578		

I. Identificación del Paciente

Autogenerado	741210-007	Edad	44
Apellido Paterno	LLANOCA	Sexo	Femenino
Apellido Materno	LLANOCA	T. Seguro	
Nombres	GERALDINE JACQUELINE	Nro. Contrato	
		Plan Seguro	

II. Resumen de la Historia Clínica (Signos y Síntomas)

Paciente con gestación de 30 semanas que se queja por pérdida de líquidos amnióticos hace aproximadamente 6 horas que le afecta lo que interfiere al comer en AREA, a la hora de gestar.

Resultados de Pruebas Diagnósticas AU=30 LCO LCF138
D:0.00 N:0 D:rotas de gestación

Ecofetal: PF 1380 placenta I-II III LCF138

Se indica: CIMA 910cc 500chorros, de amniotocia 6ml, STAF

Diagnóstico	Presuntivo	Definitivo	CIE. 10
1. Gestación 30 semanas		X	Z35.0
2. Ruptura prematura de membranas		X	O42.1

Motivo de Referencia: Se fue a nivel, a cesárea pretenida

Tipo de Transporte según prescripción médica

Aéreo	Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	Fluvial		Ambulancia	SI	NO
Requiere Acompañante			Familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	Oxígeno	SI	NO
			Médico	SI	Otros		
			Enfermera	SI			

III. Identificación del Médico Tratante o Responsable

Nombre del Médico	CPM
Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Jefe Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su Equivalente

Dr. Víctor Enrique Layme
MÉDICO OBSTETROLOGO
C.M.E. 23545
HOSPITAL ILO- RAMOS
EsSalud

ORA DE SALIDA: HORA DE LLEGADA:

Extensión de Referencia

Nombre Solicitante	
Nombre de Extensión	
Nombre de Extensión	
Nombre del Médico	CPM

A2. HISTORIA CLÍNICA, ANÁLISIS, ECOGRAFÍA Y OTROS DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGÚN ESCOBEDO ESSALUD

García
Manoja
Sevedone
942540
403B

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre H.C. N° cama

FECHA	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30							
DÍAS HOSPITAL																	
PROCEDIMIENTO/TIPO DE PARTO/OPERAC.	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
FARMACOS																	
ALERGIAS	No																
TRANSFUSIONES	No																
PRUEBA RAPIDA VIH	UR.																
P.A.	P	T°															
250																	
200																	
150	160	41°															
100	150	40°															
50	140	39°															
0	130	38°															
	120	37°															
	110	36°															
	100	35°															
RESP	90																
60	80																
50	70																
40	60																
30	50																
20	40																
10																	
Orina	G06																
Vómito																	
Deposición	00 1-																
Talla	1.50																
Peso	83																
C.U.	01					DNI: 04643825					GRUPO SANGUINEO					0+	
teléfono	944831252					Dirección											Mto Ylo SN Pedro Ag Ilo

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS

PAUTA DE EVALUACION DE RIESGO DE CAIDA EN PACIENTES ADULTOS
(ESCALA DE J.H. DOWNTON)

SERVICIO: OBSTETRICIA CAMA: 403B

APELLIDOS Y NOMBRES: García Llana Cecilia

N° AUTOGENERADO O HISTORIA CLINICA: 342540

VARIABLES		Ingreso	FECHA DE REEVALUACION				
			Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Caídas Previas	NO	(0)	0	0	0	0	0
	SI	1	1	1	1	1	1
Uso de Medicamentos	Ninguno	0	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1	1
	Diuréticos	1	1	1	1	1	1
	Hipotensores (no diurético)	1	1	1	1	1	1
	Antiparkinsonianos	1	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1	1
	Otros medicamentos	(0)	1	1	1	1	1
Déficit Sensorial	Ninguno	(0)	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1	1
	Extremidades (ictus...)	1	1	1	1	1	1
Estado Mental	Orientado	(0)	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1	1
Deambulaci3n	Normal	(0)	0	0	0	0	0
	Segura con ayuda	1	1	1	1	1	1
	Insegura con ayuda	1	1	1	1	1	1
	No deambula	1	1	1	1	1	1
PUNTAJE OBTENIDO		1					

HNCASE/ESSALI
J. Isabel Urday Ferrand
OBSTETRIZ - COP 02408

INTERPRETACION DEL PUNTAJE

3 o más = Alto Riesgo
1 a 2 = Mediano Riesgo
0 a 1 = Bajo Riesgo

FECHA DE EVALUACIONES	INTERVENCIONES
<u>21-9-2019</u>	<u>Bajo riesgo</u>

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO AL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICA

Datos del Paciente

Apellidos y Nombres :	GARCIA LLAMOCA GERALDINE JACQUELINE	Fecha de Vigencia :	31/10/2019
Doc. de Identidad :	D.N.I. 04643825 Sexo : FEMENINO	Nro Historia Clínica :	542540
Autogenerado :	7412170GCLMG007	Tipo de Paciente :	ASEGURADO EMERGENCIA
Tipo de Seguro :	OBLIGATORIO Plan de Salud :	Parentesco c/Titular :	TITULAR
T.Acreditación:		T.Cobertura:	

Acto Médico

Número :	2384329	Fecha de Ingreso :	21/09/2019
Area Hospitalaria :	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio :	GINECOLOGIA
Profesional :	ABARCA DEL CARPIO DARLYN ISMAEL	Edad en la Atención :	44 A 9 M 4 D
Emergencia	EMERGENCIAS / URGENCIAS	Topico	GINECOLOGIA

Atención Médica | Procedimientos | Recetas | Exam.Auxiliares | Soic.Interconsulta | Otras Atenciones | CITT

Fecha de Atención: 21/09/2019 Hora: 22:12 Nro de Atención: 1

Anamnesis

G2 P1 , 1 CESAREA HACE 12 AÑOS POR DESPROPORCION CEFALO PELVICA, PREECLAMPSTA, FUR 18 DE FEBRERO, EG 30 SEMANAS, PERDIDA DE LIQUIDO 13 HORAS , EN ILO RECIBIO CEFAZOINA 1 GR. CADA 8 HORAS, DEXA 6 MG 4 PM., HIGRATACION

Examen Clínico

Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
	0	IMC	0

RC(2) Irregular)DISPERDIDA (no se controla)
METODOS ANTICONCEPTIVOS (no)
INFECCIONES GINECOLOGICAS (si con tratamiento)
PAP enero del 2019 normal
FORMULA OBSTETRICA (G2P1001) CESAREA 2007
Controles prenatales (7)
¿PATOLOGIA ACTUAL: perdida de liquido

Examen Clínico

Signos Vitales:		Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	Ver Grafica
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	
Presión Venosa Central (cm H2O)	0			
Temperatura Corporal (°C)	0,0			
Antropometría:				
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC

FC: 78lpm PA: 110/60mmHg FR: 16 rpm SATO2: 94 % T:36.2 °C PESO: basal 52 actual 60.8 TALLA: 150cm IMC: 27.02 kg/m2 GP: 8.8kg

GENERAL: REG, BEH, BEN, CONCIENCIA: LOTEP 15/15 FASCIES INCARACTERISTICA PIEL COLOR BLANCA TURGOR Y ELASTICIDAD CONSERVADO
SIGNO DEL PLEGUE NEGATIVO CABELLO NEGRO COLOR NEGRO IMPLANTACION BUENA UÑAS COLOR ROSADAS LLENE CAPILAR MENOR A 2
SEGUNDOS TCSC REGULAR CANTIDAD
TORAX: CILINDRICO ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES NO SE PALPA IY (-) RHY(-)
CUELLO: SIMETRICO AMFLEXACION Y ELASTICIDAD CONSERVADO HV_ PASA EN ACP
CARDIOVASCULAR: RNF SOPLOS NO PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
ABDOMEN: GRAVIDO CICATRIZ UMBILICAL SIN ALTERACIONES PALPACION NO DOLOROSA VISCEROMEGALIAS NO RHA PRESENTES PPL NEGATI
PRU NEGATIVOS
AU (28 cm)ESTATICA LCD LCF 135 LPM MF PRESENTES DU NEGATIVA, SE EVIDENCIA PERDIDA DE LIQUIDO CLARO
GENITALES EXTERNOS PRIMIPARA BUS CONSERVADO
TACTO, DIFERIDO
EXTREMIDADES MOVILES EDEMAS -
NEUROLOGICO: GLASGLOW15/15 DEFICIT MOTOR NO SENSIBILIDAD SI SIGNOS MENINGEOS NO ROT PRESENTES

ECOGRAFIA: PLACENTA FUNDICA POSTERIOR, LCD, ILA 8 POZO MAXIMO 3 CERVICOMETRIA 33 MM, PF: 1450

IMPRESION DIAGNOSTICA:
1. GESTACION DE 30 SEMANAS 5 DIAS
2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
3. CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ

ORDEN DE INTERNAMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

ORDEN DE INTERNAMIENTO DE HOSPITALIZACION			
Fecha Orden Internamiento	21/09/2019	H.N. CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO	
Centro Asistencial	2384329		
Nro.de Acto Médico Origen	GARCIA	LLAMOCA	
Paciente	GERALDINE	JACQUELINE	
Servicio Hosp.Internamiento	OBSTETRICIA		
Tip.Doc.Identidad Médico	D.N.I.	Nro.Doc.Identidad Médico	29297170
Apellido Paterno	ABARCA	Apellido Materno	DEL CARPIO
Nombres	DARLYN		
Informe Médico			
Fecha Internamiento Solicitada	21/09/2019		

Cancelar

Dr. Darlyn Seguin del Carpio
GINECO OBSTETRA
C.M.P. 20144 - R.N.E. 10075
Hospital Regional Carlos A. Seguin Escobedo

RED ASISTENCIAL AREQUIPA
HINCAPIE
VERIFICADO 21 SET. 2019

HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN

A. FILIACION:

1. NOMBRE : Geraldine Jaqueline García Llamoca
2. EDAD : 44 años
3. SEXO : Femenino
4. RAZA : Mestiza
5. FECHA DE NACIMIENTO: 17/12/1974
6. ESTADO CIVIL : Casada
7. OCUPACION ACTUAL : Administrativa
8. LUGAR DE NACIMIENTO: Ilo
9. PROCEDENCIA : Ilo
10. DOMICILIO : Alto Ilo San pedro Q. B
11. RELIGION : católica
12. FECHA DE INGRESO : 21/09/19
13. FECHA DE ELABORACION: 21/09/19
14. INFORMANTE : Paciente
15. ELABORADO POR : Interno de Medicina Jimena Choque

B. ENFERMEDAD ACTUAL:

1. TIEMPO DE ENFERMEDAD : 15 horas
2. SINTOMAS PRINCIPALES : perdida de líquido vaginal
3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:
Paciente refiere que desde las 09:00 horas presenta perdida de líquido vaginal espontanea, sin mal olor en poca cantidad que moja ropa interior por lo que acude al hospital de Ilo donde recibe primera dosis de dexametasona y cefazolina 1 gr y diclofenaco 1 amp STAT, posteriormente referida este hospital, al momento perdida de líquido en poca cantidad.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- APETITO : Conservado
- SED : Conservado
- DEPOSICIONES: Conservado
- MICCIÓN : Conservado
- SUEÑO : Conservado

C. ANTECEDENTES:

1. PATOLÓGICOS
 1. ENFERMEDADES : No
 2. CIRUGIAS : Cesárea segmentaria hace 12 años
 3. ALERGIAS : No
 4. TRANSFUSIONES : No
 5. MEDICACION : No
2. GINECOOBSTETRICOS
 - MENARQUIA (13 años)FUM(18/02/19)FPP(25/11/2019)EG(30 semanas 5 días)
 - PIG(12 años)RC(2/ irregular)DISMENORREA(no)IRS(29)PS(01)
 - METODOS ANTICONCEPTIVOS (no)
 - INFECCIONES GINECOLÓGICAS (si con tratamiento) PAP enero del 2019 normal
 - FORMULA OBSTETRICA (G2P1001) Controles prenatales (7)
 - PATOLOGIA ACTUAL: perdida de liquido

EG	FECHA	PARTO	ATENCION	PATOLOGIA	PESO	VIVO
37 semanas	12/03/2007	cesárea	hospitalaria	Preeclampsia	3200	si

3. FAMILIARES

- PADRE : Vivo, 80 años, sano
- MADRE : Vivo, 70 años, sana
- CONYUGE : Vivo, 50 años, sano
- HIJO : 1 sano

4. SOCIOECONÓMICOS:

- VIVIENDA: Propia MATERIAL: Noble SERVICIOS: Agua, Luz y Desagüe

D. EXAMEN FÍSICO:

FC: 78lpm PA: 110/60mmHg FR: 16 rpm SATO2: 94 % T:36.2 °C PESO: basal 52 actual 60.8 TALLA: 150cm IMC: 27.02 kg/m2 GP: 8.8kg

- GENERAL: REG, BEH, BEN, CONCIENCIA: LOTEP 15/15 FASCIES INCARACTERISTICA PIEL COLOR BLANCA TURGOR Y ELASTICIDAD CONSERVADO SIGNO DEL PLIEGUE NEGATIVO CABELLO NEGRO COLOR NEGRO IMPLANTACION BUENA UÑAS COLOR ROSADAS LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS TCSC REGULAR CANTIDAD
- OJOS: PÁRPADOS SIN ALTERACIONES CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS BLANCAS PUPILAS ISOCORICAS AGUDEZA VISUAL CONSERVADA
- NARIZ: CONFORMACION SIN ALTERACIONES TABIQUE CENTRAL SECRECIONES NO
- PABELLONES: CAE PERMEABLES SECRECIONES NO
- BOCA: LABIOS SIMETRICOS MUCOSA HUMEDAS AMIGDALAS SIN ALTERACIONES PIEZAS DENTARIAS CONSERVADAS OROFARINGE NO CONGESTIVA
- CUELLO: CILINDRICO ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES NO SE PALPA IY (-) RHY (-)
- TORAX: SIMETRICO AMPLEXACION Y ELASTICIDAD CONSERVADO MV_ PASA EN ACP
- CARDIOVASCULAR: RNF SOPLOS NO PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
- ABDOMEN: GRAVIDO CICATRIZ UMBILICAL SIN ALTERACIONES PALPACION NO DOLOROSA VISCEROMEGALIAS NO RHA PRESENTES PPL NEGATIVA PRU NEGATIVOS
- AU (28 cm)ESTATICA LCD LCF 135 LPM MF PRESENTES DU NEGATIVA, SE EVIDENCIA PERDIDA DE LIQUIDO CLARO
- GENITALES EXTERNOS PRIMIPARA BUS CONSERVADO
- TACTO, DIFERIDO
- EXTREMIDADES MOVILES EDEMAS -
- NEUROLOGICO: GLASGLOW15/15 DEFICIT MOTOR NO SENSIBILIDAD SI SIGNOS MENINGEOS NO ROT PRESENTES

ECOGRAFIA: PLACENTA FUNDICA POSTERIOR, LCD, ILA 8 POZO MAXIMO 3 CERVICOMETRIA 33 MM, PF: 1450

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1. GESTACION DE 30 SEMANAS 5 DIAS
2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
3. CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ
4. GESTANTE TARDIA
5. FETO UNICO VIVO

HISTORIA CLÍNICA DEL 22/09/2019

403-B

Datos del Paciente				
Apellidos y Nombres	GARCIA LLAMOCA GERALDINE JACQUELINE	Fecha de Vigencia	31/10/2019	
Doc. de Identidad	D.N.I. 04643825 Edad Actual 44A 9M 5D	Sexo	FEMENINO	
Acto Medico	2384346	⏪ ⏩		
CAS de Atención	H.N. C.A.SEGUIN E.	Nro Historia Clínica	542540	
Área Hospitalaria	HOSPITALIZACIÓN	Fecha de Ingreso	21/09/2019	
Servicio Hosp.	OBSTETRICIA	Tipo de Seguro		
Nro de Atención	2	⏪ ⏩		
Fecha de la Atención	22/09/2019	Hora de la Atención	09:05	
Profesional Asistencial	ZEGARRA VÁSQUEZ FREDY			
Especialidad Interconsulta				
Anamnesis				
Examen Clínico				
Signos Vitales:				
Presión Arterial (mm Hg)	110 / 70	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	84 Ver Gráfica	
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16	
Temperatura Corporal (°C)	0,0			
Antropometría:				
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00 IMC	
<p>PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD SEGUNDIGESTA PRIMIPARA CON DX: GESTACION DE 30 SEMANAS 5 DIAS, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ, GESTANTE TARDIA</p> <p>S: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA, REFIERE CONTRACCIONES C/20 MIN, REFIERE TOS CON EXPECTORACION AMARILLA, ORINA SI, DEPOSICION NO 4 DIAS</p> <p>O: PA: 110/70 SAT OX: 94%, FC: 84 POR MINUTO, FR: 16 POR MINUTO, FIO: 0,21</p> <p>AL EXAMEN REG, BEH, REN, PIEL TIBIA, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, TORAX SIMETRICO MOVIL, MURMULLO VESICULAR PASA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS, ABDOMEN GRAVIDO, ALTURA UTERINA 28 CM, ESTATICA LCD, LCF: 140 LPM, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NEUROLOGICO LUCIDA ORIENTADA EN ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, GLASGOW 15/15, NO EDEMAS, NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.</p> <p>A: EVOLUCION ESTABLE</p>				
Diagnostico				
Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico		
Z35.8	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	DEFINITIVO		
O42.1	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUES DE LAS 24 HORAS	DEFINITIVO		
O34.2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	DEFINITIVO		
Plan de Trabajo				
Indicaciones				
DIETA BLANDA CONTROL DE FUNCIONES VITALES CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA CONTROL DE MF, DU, LCF CONTROL DE DIURESIS HIGIENE VULVOPERINEAL CONTROL DE AMNIOORREA MEDICACION AMPICILINA 1G C/8H EV DEXAMETASONA 6 MG C/12 HRS IM				
Resultado de la Atención	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO			
Solicitudes Interconsulta				
Solicitud	Acto Medico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo
Exámenes Auxiliares Solicitados				
Medicamentos Recetados				
Procedimientos				

Dante Zegarra Vásquez
 Ginecologo Obstet
 M.P. 42704 RNE 2

HISTORIA CLÍNICA DEL 23/09/2019

4038

Acto Médico 2384346	Nro Historia Clínica 542540
Apellidos y Nombres GARCIA LLAMOCA GERALDINE JACQUELINE	Tipo de Paciente ASEGURADO EMERGENCIA
Doc. de Identidad D.N.I. 04643825 Sexo FEMENINO	Tipo de Seguro OBLIGATORIO
CAS de Atención H.N. C.A.SEGUIN E.	Plan de Salud
Fecha de Ingreso 21/09/2019 Edad 44 A 9 M 4 D	Servicio Hosp. OBSTETRICIA
Area Hospitalaria HOSPITALIZACION	

Numero de Atención 3

Fecha de la Atención 23/09/2019 **Hora de la Atención** 09:46
Profesional Asistencial TACO CORNEJO JUSTO
Especialidad Interconsulta

Anamnesis

Examen Clínico

Signos Vitales:			
Presión Arterial (mm Hg)	110 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	76 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16
Temperatura Corporal (°C)	0,0		

Antropometría:

Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
-----------	-------	-----------	------	-----	---

PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD SEGUNDIGESTA PRIMIPARA CON DX: GESTACION DE 31 SEMANAS, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 2 DIAS, CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ, GESTANTE TARDIA
 S: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA, PERDIDA DE LIQUIDO EN POCA CANTIDAD, SIN MAL OLOR, ORINA SI, DEPOSICION SI
 O: PA: 110/60 SAT OX: 92%, FC: 76 POR MINUTO, FR: 16 POR MINUTO, FIO: 0.21
 AL EXAMEN REG, BEH, REN, PIEL TIBIA, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, TORAX SIMETRICO MOVIL, MURMULLO VESICULAR PASA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS, ABDOMEN GRAVIDO, ALTURA UTERINA 28 CM, ESTATICA LCD, LCF: 138 LPM, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NEUROLOGICO LUCIDA ORIENTADA EN ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, GLASGOW 15/15. NO EDEMAS. NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.
 A: EVOLUCION ESTABLE

Diagnostico	Nombre Tipo Diagnóstico
Código Descripción	
O42.9 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	DEFINITIVO
O34.2 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	DEFINITIVO
Z35.8 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	DEFINITIVO

Plan de Trabajo

Indicaciones
 DIETA BLANDA
 CONTROL DE FUNCIONES VITALES
 CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA
 CONTROL DE MF, DU, LCF
 CONTROL DE DIURESIS
 HIGIENE VULVOPERINEAL
 CONTROL DE AMNIORRREA
 HEMOGRAMA Y PCR CONTROL
 MEDICACION
 AMPICILINA 1G C/8H EV

Resultado de la Atención PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO

Solicitudes Interconsulta				
Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo Estado

Exámenes Auxiliares Solicitados

Solicitud Nro 25723

Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS
Indicaciones	
Resultados	INF.: NO FECHA RESULTADO: //

Solicitud Nro 25724

Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS
Indicaciones	
Resultados	INF.: NO FECHA RESULTADO: //

Solicitud Nro 86140

Codigo	86140 PROTEINA C-REACTIVA
Indicaciones	

HISTORIA CLÍNICA DEL 24/09/2019

38

Datos del Paciente			
Apellidos y Nombres	GARCIA LLAMOCA GERALDINE JACQUELINE	Fecha de Vigencia	31/10/2019
Doc. de Identidad	D.N.I. 04643825 Edad Actual 44A 9M 7D	Sexo	FEMENINO
Acto Medico	2384346	⬅ ➡	
CAS de Atención	H.N. C.A.SEGUIN E.	Nro Historia Clínica	542540
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Fecha de Ingreso	21/09/2019
Servicio Hosp.	OBSTETRICIA	Tipo de Seguro	
Nro de Atención	5	⬅ ➡	
Fecha de la Atención	24/09/2019	Hora de la Atención	08:10
Profesional Asistencial	BELLIDO SOTILLO PERCY		
Especialidad Interconsulta			
Anamnesis			
Examen Clínico			
Signos Vitales:			
Presión Arterial (mm Hg)	110 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	76 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
Antropometría:			
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00 IMC
<p>PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD SEGUNDIGESTA PRIMIPARA CON DX: GESTACION DE 31 SEMANAS 1 DIA, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETERMINO PROLONGADO 3 DIAS, CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ, GESTANTE TARDIA S: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA, PERDIDA DE LIQUIDO EN POCA CANTIDAD, SIN MAL OLOR, ORINA SI, DEPOSICION SI O: PA: 110/60 SAT OX: 92%, FC: 76 POR MINUTO, FR: 16 POR MINUTO, FIO: 0.21 AL EXAMEN REG, BEH, REN, PIEL TIBIA, MUCOSAS ORALES HUMEDAS, TORAX SIMETRICO MOVIL, MURMULLO VESICULAR PASA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS, ABDOMEN GRAVIDO, ALTURA UTERINA 28 CM, ESTATICA LCD, LCF: 140 LPM, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NEUROLOGICO LUCIDA ORIENTADA EN ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, GLASGOW 15/15. NO EDEMAS. NO SIGNOS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. A: EVOLUCION ESTABLE</p>			
Diagnostico			
Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico	
O42.9	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	DEFINITIVO	
O34.2	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	DEFINITIVO	
Z39.2	SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA	DEFINITIVO	
Plan de Trabajo			
Indicaciones			
DIETA BLANDA			
CONTROL DE FUNCIONES VITALES			
CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA			
CONTROL DE MF, DU, LCF			
CONTROL DE DIABESIS			

Plan de Trabajo

Indicaciones
 DIETA BLANDA
 CONTROL DE FUNCIONES VITALES
 CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA
 CONTROL DE MF, DU, LCF
 CONTROL DE DIURESIS
 HIGIENE VULVOPERINEAL
 CONTROL DE AMNIOORREA
 MEDICACION
 AMPICILINA 2G C/6H EV

Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO

Solicitudes Interconsulta

Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo	Estado
-----------	-------------	--------------	----------	--------	--------

Exámenes Auxiliares Solicitados

Solicitud Nro 25723

Codigo: 85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS

Indicaciones:

Resultados: INF.: **NO** FECHA RESULTADO: //

Solicitud Nro 25724

Codigo: 85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS

Indicaciones:

Resultados: INF.: FECHA RESULTADO: 23/09/2019

MUESTRA: SANGRE TOTAL

	MIL/MM3	9.81	M: 4.0 - 10.9 MIL/MM3 F: 4.0 - 10.9 MIL/MM3
1 LEUCOCITOS			
2 ERI	MILL/MM3	3.25	M: 4.6 - 5.0 MILL/MM3 F: 4.6 - 5.0 MILL/MM3
3 HB	G/DL	10.0	M: 14 - 16 G/DL F: 12 - 14 G/DL

Dr. Percevaldo
 JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
 C.R. 26826 - N.º
 Hospital Nac. Carlos A. Seoane
 I. E. S. S. S. S.

240918
 PA 120/80
 STA 94
 FC 69
 Fm 16
 Fm 0/1

Paciente de 44 años de edad con Rx: Gestación de 31 semanas + 1 día
 RPM de 3 días
 Cesárea de urgencia a las 1 hora
 Gestante trébol

① Al momento transpleta / estado de líquidos en poca cantidad
 ② Si exone mal al feto no hubo, hacer capto < 2/3 torax derecho
 normal en poca cantidad, NERMF, cabeza en granada SU: 28cm
 LCO. LCF: 136cm MFC: 100cm, estado de líquidos en poca
 cantidad, impédulo LCFSD, G/17cm

③ Balanceo estable
 ④ CI Na 9% 500 chorro bajo 45 fl oz
 Nijedpus 10y c/2000 x 30

Dr. Jesúscarmelo Cornejo
 Médico Obstetra
 Hospital Nac. Carlos A. Seoane
 I. E. S. S. S. S.

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO II
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HÍNCASE ESSALUD AREQUIPA

NOMBRE: <i>García Hancoa Jaldome</i>		HC: <i>542540</i>
DIAGNÓSTICO SOLICITUD:		RESPONSABLE:
FETO: <i>LCF: 135x1</i>	BIOMETRÍA	
SITUACIÓN: <u>LONGITUDINAL</u> OBLICUA	DBP: <i>73.5</i> mm = <i>29</i> sem <i>4</i> días	HC: <i>332</i> mm = <i>27</i> sem <i>2</i> días
TRANSVERSA	AC: <i>260</i> mm = <i>30</i> sem días	LF: <i>55</i> mm = <i>29</i> sem días
PRESENTACIÓN: <u>CEFÁLICA</u> PÉLVICA	PF: <i>1450</i> grs. Percentil	Hallazgos: _____
POSICIÓN: <u>DERECHA</u> IZQUIERDA	PERFIL BIOFÍSICO	
PLACENTA: <i>fund. post.</i>	Reactividad: _____	
GRADO: <i>II, III</i>	Movimientos fetales: _____	
ILA: <i>8</i> POZO MÁXIMO: <i>3</i>	Movimientos respiratorios: _____	
CERVICOMETRÍA: <i>33 cm</i>	Tono fetal: _____	
Líquido amniótico: _____		
CONCLUSIONES:		
1. <i>gestación de 29 5/10 días</i>		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
RESPONSABLE: <i>Jr. Darlyn Carpio</i>		FECHA: <i>21/9/19</i>
SOLICITUD: _____		RESPONSABLE: _____

RESULTADOS DEL BIENESTAR FETAL

UNIDAD DE BIENESTAR FETAL # *928*

RELACIONADOS Y NOMBRES: *García Hancoa Jaldome* Nro. SEGURO: *0109643825*

EDAD: *44* FUR: *18/2/19* FPP: *25/11/19* EDAD GESTACIONAL: *30 S.*

DIAGNÓSTICO: _____ MOVIMIENTOS FETALES: _____

Tipo de Monitoreo:	TNST	TNS	TNS	TNS	TNST
Fecha y Hora:	<i>19/09/21</i>	<i>25-9-20</i>	<i>25-9-2019</i>	<i>25-9</i>	<i>25/05/015</i>
Signos Vitales:		<i>100</i>	<i>136</i>		<i>85</i>
FCF Basal:	<i>128 (2)</i>	<i>134</i>	<i>132</i>	<i>146 (2)</i>	
Variabilidad:	<i>710 (2)</i>	<i>5a10</i>	<i>5a10</i>	<i>5a10</i>	<i>+10 (2)</i>
Cinética Fetal:	<i>23 (2)</i>	<i>+3</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>-3 (1)</i>
Reactividad (MF/DU)	<i>atip (1)</i>	<i>pl</i>	<i>pl</i>	<i>pl</i>	<i>pl (2)</i>
Resultado:	<i>DES no (2)</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no (2)</i>
Responsable:	<i>9/10</i>	<i>9/10</i>	<i>9/10</i>	<i>9/6</i>	<i>9/10</i>
Anmioscopia:		<i>RL</i>	<i>RL</i>	<i>R</i>	

RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Acto Médico

Nombre: GARCIA LLANUCA GERALDINE JACQUELINE
 No. de Identificación: D.N.I. 8445423 / Sexo: FEMENINO
 Tipo de Seguro: OBLIGATORIO - Plan de Salud
 Fecha de Vigencia: 21/09/2019
 No. Historia Clínica: 342543
 Tipo de Paciente: ASEGURADO EMERGENCIA
 Formas de Titular: TITULAR
 T. Cobertura: TITULAR

Acto Médico:
 Número: 2384229
 Área Hospitalaria: URGENCIAS / EMERGENCIA
 Profesional: ABARCA DEL CARPIO DARLYN ISMAEL
 Emergencia: EMERGENCIAS / URGENCIAS

Fecha de Ingreso: 21/09/2019
 Servicio: GINECOLOGIA
 Edad en la Atención: 44 A 9 M 4 D
 Tópico: GINECOLOGIA

16

Solicitar Nuevo Examen de: **Imagenología** **Patología Clínica** **Anatomía Patológica**

Tipo de Examen: [Todos] **Ver Imágenes Pacs Nacional**

Examen No. Solicitar	Código	Descripción Examen	Fecha Emisión	Fecha Resultado
LAB	25044 81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA LA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINOGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	21/09/2019	
LAB	25044 82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	21/09/2019	
LAB	25044 82947	GLUCOSA; CUANTITATIVA	21/09/2019	
LAB	25044 84520	NITRÓGENO UREICO (UREA); CUANTITATIVO	21/09/2019	
LAB	25044 85002	TIEMPO DE SANGRÍA	21/09/2019	
LAB	25044 85025	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS); FÓRMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS	21/09/2019	
LAB	25044 85345	TIEMPO DE COAGULACIÓN; LEE Y WHITE	21/09/2019	
LAB	25044 85610	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	21/09/2019	
LAB	25044 86592	PRUEBA DE SÍFILIS; CUALITATIVA (P. E.J., VDRL, RPR, ART)	21/09/2019	
LAB	25044 86703	ANTICUERPOS; HIV-1 Y HIV-2, ANÁLISIS ÚNICO	21/09/2019	
LAB	25044 86900	TIPIFICACIÓN DE SANGRE; ABO	21/09/2019	
LAB	25044 86901	TIPIFICACIÓN DE SANGRE; RH (D)	21/09/2019	

Handwritten notes on the form:
 = 0.38
 = 94
 = 15
 TP = 11.7
 LMR = 1.08
 TP T = 28.6
 'O' positivo

Acto Médico

Número: 2384229
 Área Hospitalaria: URGENCIAS / EMERGENCIA
 Profesional: ABARCA DEL CARPIO DARLYN ISMAEL
 Emergencia: EMERGENCIAS / URGENCIAS

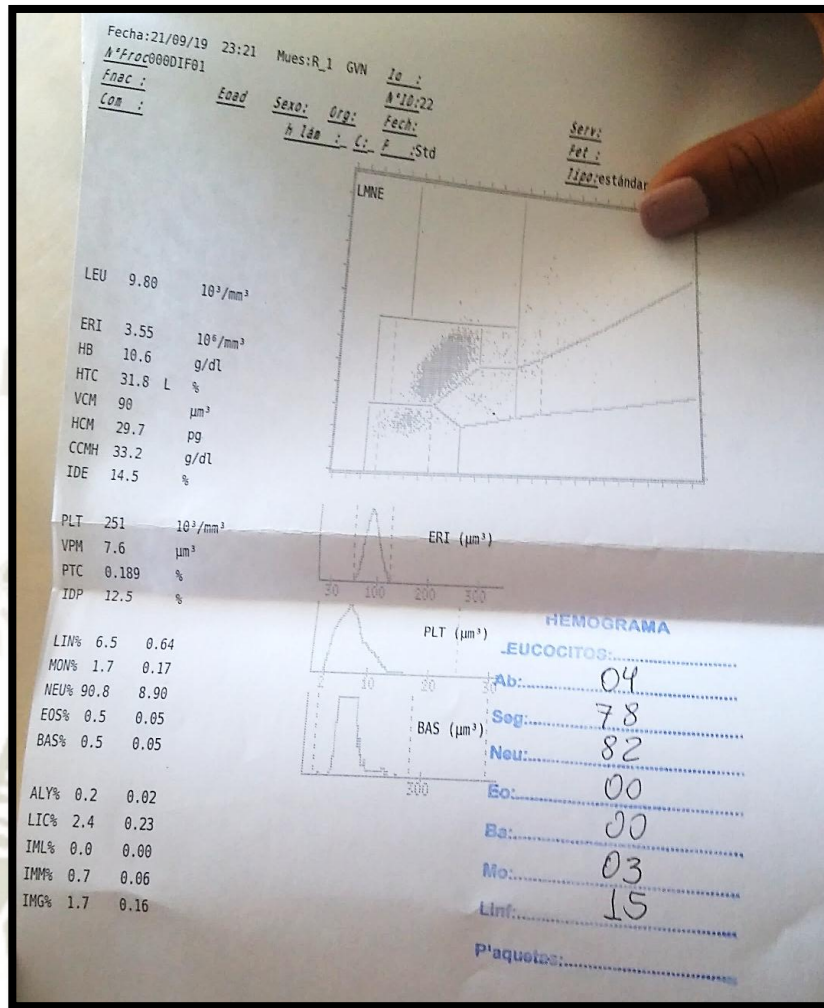
Fecha de Ingreso: 21/09/2019
 Servicio: GINECOLOGIA
 Edad en la Atención: 44 A 9 M 4 D
 Tópico: GINECOLOGIA

Solicitar Nuevo Examen de: **Imagenología** **Patología Clínica** **Anatomía Patológica**

Tipo de Examen: [Todos] **Ver Imágenes Pacs Nacional**

Examen No. Solicitar	Código	Descripción Examen	Fecha Emisión	Fecha Resultado
LAB	25044 81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA LA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINOGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	21/09/2019	
LAB	25044 82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	21/09/2019	
LAB	25044 82947	GLUCOSA; CUANTITATIVA	21/09/2019	
LAB	25044 84520	NITRÓGENO UREICO (UREA); CUANTITATIVO	21/09/2019	
LAB	25044 85002	TIEMPO DE SANGRÍA	21/09/2019	
LAB	25044 85025	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS); FÓRMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS	21/09/2019	
LAB	25044 85345	TIEMPO DE COAGULACIÓN; LEE Y WHITE	21/09/2019	
LAB	25044 85610	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	21/09/2019	
LAB	25044 86592	PRUEBA DE SÍFILIS; CUALITATIVA (P. E.J., VDRL, RPR, ART)	21/09/2019	
LAB	25044 86703	ANTICUERPOS; HIV-1 Y HIV-2, ANÁLISIS ÚNICO	21/09/2019	
LAB	25044 86900	TIPIFICACIÓN DE SANGRE; ABO	21/09/2019	
LAB	25044 86901	TIPIFICACIÓN DE SANGRE; RH (D)	21/09/2019	

Handwritten notes on the form:
 TP = 11.7
 LMR = 1.08
 TP T = 28.6
 'O' positivo



SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 25724 Tipo Examen LAB Fecha 23/09/2019

Nombre y Apellidos Paciente	GARCIA LLAMOCA GERALDINE JACQUELINE	Nro de Historia Clínica	542540
Documento de Identidad	D.N.I. 04643825	Autogenerado	7412170GLM007
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	44
Acto Médico	2384346	Fecha de Atención	21/09/2019
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hospitalario	OBSTETRICIA
Profesional Médico	TACO CORNEJO JUSTO ENRIQUE		
Area Examen Auxiliar	BIOQUIMICA 86140	PROTEINA C-REACTIVA	0.235
Area Examen Auxiliar	Indicaciones HEMATOLOGIA Y COAGULACION 85025	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS	

Obs. :

29362406 23/09/2019 09:50:36

Dr. J. E. ...
 GINECOLOGIA OBSTETRICIA
 C.M. 12797 R.H. 1915
 JEFE DE CLINICA GINECOLOGIA OBSTETRICIA