



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado de Obstetriz/ Obstetra**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**Conducta obstétrica en primigesta añosa con embarazo de 38 semanas más  
atonía uterina**

**AUTORA**

Michelle Stephanie Peralta Alchundia

**TUTORA**

Dra. C. Ana Pasos Baño.

**Babahoyo - Los ríos - Ecuador**

**Milagro - Ecuador**

**2021-2022**

## INDICE

INDICE .....	2
I. agradecimiento.....	5
II. dedicatoria.....	6
III. tema .....	7
IV. resumen .....	8
V. abstract .....	10
VI. introduccion .....	11
1. marco teorico .....	11
Hemorragia postparto.....	13
Hemorragia posparto primaria o inmediata .....	14
Hemorragia posparto secundaria o tardía .....	15
Causas .....	18
Definiciones técnicas en causa de muerte.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Defunción Materna .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Defunción materna tardía.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Razón de Muerte Materna (RMM).....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Defunciones obstétricas Directas.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Defunciones obstétricas Indirectas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Demoras.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Atonía uterina.....	22
Signos y síntomas .....	24
Prevención de la Hemorragias Post Parto .....	19
Complicaciones en gestantes de 38 años de edad .....	24
Riesgo de alteraciones cromosómicas en el bebé .....	27
Mayor riesgo de patologías en la madre .....	28
Otros problemas asociados a embarazos en edades avanzadas .....	28

Cuidados de la madre en el embarazo añoso .....	28
Cuidados a considerar .....	28
Tratamiento para la atonía uterina .....	24
1.1 Justificación .....	30
1.2 Objetivos.....	31
1.2.1 Objetivo general .....	31
1.2.2 Objetivos específicos .....	31
1.3 Datos personales .....	32
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	33
2.1 Análisis del motivo de consulta.....	33
Historial clínico de la paciente.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). .....	34
2.3 Exploración clínica.....	35
Examen físico.....	35
Examen químico .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	36
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	39
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	39
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	40
2.8 Seguimiento.....	40
2.9 Observaciones.....	43
Conclusiones.....	44
referencias bibliograficas.....	37
anexos.....	48

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Datos personales .....	32
<b>Tabla 2</b> Historial clínico de la paciente.....	33
<b>Tabla 3</b> Resultados de exámenes de laboratorio: 21/04/2021 a las 20:05:29 horas .....	36
<b>Tabla 4</b> Resultados de exámenes de laboratorio: 30/04/2021 a las 03:05:18 horas .....	37
<b>Tabla 5</b> Resultados de exámenes de laboratorio: 30/04/2021 a las 18:43:28 horas .....	38
<b>Tabla 6</b> Registro de ingreso: 21/04/2021 a las 20:05:29 horas.....	40
<b>Tabla 7</b> Registro de ingreso: 30/04/2021. ....	41
<b>Tabla 8</b> Registro de ingreso: 01/05/2021. ....	42
<b>Tabla 9</b> Registro de ingreso: 02/05/2021. ....	42

## I. AGRADECIMIENTO

De ante mano agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este día muy importante de mi vida, por haberme dado la sabiduría e inteligencia para culminar mi carrera y la fuerza necesaria para no dejarme vencer y lograr mi meta.

Quiero agradecer a mis padres ya que sin ellos no sería posible este gran logro nuestro y si, es nuestro porque gracias a ustedes que siempre han sido mi pilar fundamental gracias por o haberme dado nunca la espalda y gracias porque a pesar de todos los obstáculos que se presentaron supieron ayudarme, sostenerme y a levantarme, no soltaron nunca mi mano.

Gracias mamá y papá por haber cuidado noches largas a mi hijo y así poder cumplir mi meta.

Agradezco también a mis hermanos por en su momento haberme motivado y aportado conocimiento para mi porvenir.

Gracias a cada uno de mis familiares abuelos, tíos, tías, primos que estuvieron siempre confiando en mí y dándome ese apoyo incondicional.

Agradezco a mis docentes por haber aportado sus con su conocimiento, sus experiencias y por haber confiando en mí.

## II. DEDICATORIA

Me siento muy feliz por una meta más alcanzada, esto es dedicado al todopoderoso rey del universo sin él no habría sido posible la honra y gloria sea para ti.

Este triunfo va dedicado a mis amados padres a quienes amo con mi alma y me queda corta la vida para agradecerles lo que han hecho por mí.

Hoy culmino una etapa de mi vida para empezar un largo camino dedico este logro al pequeño Lucas al cual amo con toda mi alma y es el principal motor de vida para yo poder seguir avanzando.

A mis hermanos también quiero dedicarles este logro ya que los amo.

Quiero culminar dedicándoles mi triunfo a mis familiares más cercanos principalmente mis abuelos Mary, Herman, Sara y en especial mi abuelo Galo quien tal vez ya no esté en este mundo para celebrar mi triunfo pero sé que se encuentra feliz porque será siempre su Doctorita.

La familia comienza donde el amor nunca termina.

Gracias Dios!

Lo he logrado!

### **III. TEMA**

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA AÑOSA CON EMBARAZO DE  
38 SEMANAS MÁS ATONÍA UTERINA.

## IV. RESUMEN

El presente caso clínico tiene como objetivo valorar la conducta obstétrica en primigesta añosa con embarazo de 38 semanas más atonía uterina, ya que se trata de una de las principales causas con más del 50% de muerte materna, la metodología aplicada para la redacción del caso fue la obtención de la información de la historia clínica del Hospital León Becerra Camacho, guardando los criterios de confidencialidad, para el sustento bibliográfico se realizó la revisión de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública e información de revistas indexadas del Google académico, los principales datos clínicos fueron factores de riesgo como: edad, número de controles prenatales, vía del parto, peso fetal antecedentes patológicos familiares de Diabetes Mellitus. Se aplicaron herramientas como el Score MAMA que obtuvo una puntuación de 0, ultrasonido obstétrico para descartar retención de restos placentarios, exámenes complementarios para descartar trastornos sanguíneos y la especuloscopia para valorar el canal del parto y descartar desgarros vaginales. El manejo Obstétrico se basó en el protocolo de Score MAMÁ y claves obstétricas, se aplicó el manejo activo del tercer periodo, se activó la alarma materna código rojo. El resultado materno fue una hemorragia del post parto que fue controlada con la administración de uterotónicos se necesitó la aplicación del traje antishok como dicta el código rojo se observó a la paciente por las siguientes 24 horas al demostrar estabilidad hemodinámica de anemia moderada la misma que fue controlada con hierro intravenoso se procedió a retirar traje antishok dando de alta a una paciente hemodinamicamente estable a las 48 horas El resultado neonatal producto único vivo peso 2750 apgar de 8 sin signos de sufrimiento fetal

**Palabras claves:** ATONÍA UTERINA, HEMORRAGIA, POSPARTO, PRIMIGESTA.





## V. ABSTRACT

The objective of the present clinical case is to assess obstetric behavior in elderly primiparous women with a 38-week pregnancy plus uterine atony, since it is one of the main causes with more than 50% of maternal death, the methodology applied to write the case It was the obtaining of the information from the clinical history of the León Becerra Camacho Hospital, keeping the confidentiality criteria, for the bibliographic support the review of the clinical practice guidelines of the Ministry of Public Health and information from indexed journals of the academic Google was carried out, the main clinical data were risk factors such as: age, number of prenatal check-ups, delivery route, fetal weight, family pathological history of Diabetes Mellitus. Tools were applied such as the MAMA Score, which obtained a score of 0, obstetric ultrasound to rule out retention of placental remains, complementary tests to discharge blood disorders, and speculoscopy to assess the birth canal and rule out vaginal tears. Obstetric management was based on the MOM Score protocol and obstetric keys, active management of the third period was applied, the red code maternal alarm was activated. the patient was observed for the next 24 hours by demonstrating hemodynamic stability of moderate anemia, which was the same controlled with intravenous iron, an antishock suit was removed, discharging a hemodynamically stable patient at 48 hours The neonatal result, single product alive, 2750 appgar weight of 8 with no signs of fetal distress

**Key words:** Uterine atony, hemorrhage, postpartum, primigravida.

## VI. INTRODUCCION

El presente caso clínico se expondrá sobre la atonía uterina como una verdadera emergencia ya que esta patología obstétrica es una de las principales causas de muerte materna en la sala de posparto, este realmente es un problema crítico que en Ecuador ha presentado incrementando desde año 2012 siendo el 57,6 % de gestantes de cada 100.000 nacidos vivos que se presentan en el boletín del instituto nacional de estadísticas y censos, esto no solo ocurre en el Ecuador ya que es un contraste a nivel mundial especialmente en los países subdesarrollados, uno de los factores de riesgo materno más importante es la edad mientras que el factor de riesgo fetal es el peso.

Se pretende valorar la conducta obstétrica en primigesta añosa con embarazo de 38 semanas más atonía uterina que acudió al Hospital general León Becerra Camacho de Milagro, a partir de la identificación de los factores de riesgo materno y fetales, el seguimiento y valoración del trabajo de parto, duración del parto, alumbramiento y características de la hemorragia del posparto en cuanto a tiempo de sangrado, color, cantidad, presencia de coágulos, valoración del globo de seguridad de Pinard entre otros.

La metodología aplicada para la recolección de la información se basó en la revisión del historial clínico de la paciente que consta en el área de estadísticas del Hospital general León Becerra Camacho de Milagro, se mantuvo criterios de confidencialidad por lo tanto se adjudicó una codificación numérica para no exponer la integridad de la usuaria, se verificó con ayuda de los exámenes respectivos la o las causas que producen esta problemática con el fin de evaluar y estudiar la evolución y tratamiento de la paciente.

Se aplicó según la normativa de atención del parto las medidas de asepsia y antisepsia se procedió a atender un parto vaginal, no requirió de episiotomía ni episiorrafia, se obtuvo un producto único vivo de sexo masculino y APGAR

8-9 se aplicó el manejo activo del tercer periodo se mantuvo constante contacto con la paciente se actualizo el score MAMA, se mantuvo el masaje uterino valorando el globo de seguridad de Pinard que ante su ausencia se procedió inmediatamente a la activación del código rojo como cita la guía de Score MAMA y claves Obstétricas, se valoró las condiciones hemodinámicas maternas, la principal complicación fue hemorragia post parto que fue controlada con el uso de uterotónicos a pesar de ello se presenta hemorragia post parto tardía y la paciente tuvo que mantenerse hospitalizada por las siguientes 45 horas egresando en estado estable.

# 1. MARCO TEORICO

## HEMORRAGIA POSPARTO

### **Definición:**

La hemorragia del postparto es la principal emergencia obstétrica. Ya que su porcentaje de mortalidad materna oscila entre los treinta y cincuenta por ciento. Siendo uno de los factores más importantes la edad ya que si la gestante se encuentra en una edad avanzada es más propensa a enfermedades crónicas. (A. Aldo Solari, 2014)

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública de Score MAMA y claves Obstétricas define a la Hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una Hemorragia posparto. (Ministerio de Salud Pública , 2017)

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia postparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. (Ministerio de Salud Pública , 2017)

Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto. (Gary, 2018)

La hemorragia que se muestra en el segundo trimestre de gestación se liga con mayor morbilidad tanto de la madre como del feto, aun con los avances existentes en la tecnología y con los conocimientos médicos para alcanzar mejoras a la salud de la mujer. Las gestaciones a edades más avanzadas incrementan la hemorragia obstétrica. (Arce-Herrera, 2012)

Se han realizado varios estudios con el fin de mejorar la detección, diagnóstico y el tratamiento adecuado para mujeres con presencia de hemorragia obstétrica, con el propósito de minorar la morbilidad materna y perinatal. Las guías prácticas clínicas contienen las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con el propósito de perfeccionar la calidad asistencial de las pacientes con presencia de hemorragia y que sirvan como herramienta de apoyo para tratar las pacientes sin sustituir el criterio médico según cada paciente. (Arce-Herrera, 2012)

Con el fin de establecer medidas más objetivas se han propuesto definiciones de Hemorragia del posparto masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o sangrado asociado a inestabilidad hemodinámica, pero las determinaciones de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito puede no reflejar el estado hematológico actual. Por otro, la hipotensión, los mareos, la palidez, y la oliguria no ocurren hasta que la pérdida de sangre es sustancial, es decir 10% o más del volumen total de sangre por lo cual en muchos casos la utilización de estas mediciones se asocia a retrasos en el diagnóstico o manejo. (Fescina R, 2012)

La hemorragia posparto se clasifica en:

### **Hemorragia posparto primaria o inmediata**

La hemorragia post parto primaria o inmediata es la que se genera dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Donde un aproximado del 70% de estos casos inmediatos se producen a raíz de la atonía uterina. Se determina como atonía uterina a la incapacidad que tiene el útero para contraerse de manera correcta después del acto de nacimiento del bebe. (ministerio de salud publica, 2013)

## **Hemorragia posparto secundaria o tardía**

La hemorragia post parto secundaria o tardía se genera entre las 24 horas y 6 semanas del posparto. En su gran parte estos casos de tardíos se presentan por la retención de productos de la concepción a raíz de una infección o ambas. (ministerio de salud publica, 2013)

## **Etiopatogenia**

Durante la gestación se generan cambios fisiológicos en especial hematológicos y hemodinámicos que se encargan de asegurar un volumen idóneo de sangre y oxígeno a la unidad feto-placentaria, que condicionan los resultados cuando los mecanismos hemostáticos no responden luego del parto. Detrás de estos cambios fisiológicos encontramos: incremento constante del tamaño del útero a medida que va avanzando el embarazo, cursando de un peso promedio de 70 gramos y 10 ml capacidad en una mujer en edad fértil no embarazada a 1.1 kilogramos y 5 litros capacidad al final de la gestación. El volumen sanguíneo en el último trimestre de gestación es de 500-600ml minuto el cual corresponde a un aproximado entre el 20 – 25% del gasto cardiaco en comparación con 1% del gasto cardiaco de una mujer no embarazada. (FLASOG, 2019)

La presión arterial (gasto cardiaco x resistencia vascular periférica) minora al inicio de la gestación al igual que ocurre en la Resistencia Vascular Periférica, llegando a ser hasta un 10% menor entre la semana 7-8 de gestación, por consecuencia de vasodilatación periférica, no obstante el incremento del gasto cardiaco como mecanismo compensatorio. El mecanismo antes descrito anteriormente no es lo suficiente para inhibir la disminución en las cifras de tensión arterial en el primer trimestre, por lo tanto sigue así hasta lograr un nadir aproximado a las 24 semanas de embarazo, retornando a niveles casi normales pregestacionales al término. (FLASOG, 2019)

Esta baja es a raíz de la vasodilatación arterial periférica que se visualiza secundaria al efecto de la progesterona y al aumento de prostaciclina endógenas. Generando un incremento del gasto cardiaco como mecanismo

compensatorio, adicional retención de sodio y agua para tratar de mantener la presión arterial, para lo cual el péptido atrial natriurético está implicado. Todas estas alteraciones hemodinámicas preparan a la embarazada a la pérdida sanguínea ya que en cada contracción se eliminan de 300 a 500 ml. de sangre a la circulación materna, incrementando el retorno venoso y por lo tanto el gasto cardíaco en un 30% más. La redirección de aproximadamente 500ml de sangre a la circulación materna (autotransfusión) y la remoción de la compresión aorto-cava por evacuación del útero, resulta en un aumento de un 60-80% del gasto cardíaco en el momento del parto; este resulta elevado hasta posparto y luego retorna gradualmente a valores normales en 2 a 12 semanas.

La masa eritrocitaria se incrementa en un 18-25% en la gestación, secundaria al aumento de la eritropoyetina a comienzo del embarazo, relacionado con el tamaño fetal y número de fetos y como mecanismo compensatorio a las demandas de oxígeno adicionales de la madre y el feto. Por el mayor aumento en el volumen plasmático se da una hemodilución y anemia fisiológica en el embarazo, que implica la medición en los niveles de hemoglobina y manejo oportuno si está determinado desde comienzo del embarazo. El extremo inferior del rango normal de hemoglobina en el embarazo es 11-12 g / dL, y la Organización Mundial de la Salud sugiere el tratamiento de la anemia con niveles de hemoglobina de 10.5 – 11g / dL en el tercer trimestre. Luego del parto, la hemoglobina desciende como consecuencia de la pérdida de sangre en el parto. Los niveles de protrombina y del factor V permanecen sin cambios, al igual que los niveles de los anticoagulantes naturales antitrombina III y proteína C, aunque estos dos últimos pueden aumentar ligeramente. Los niveles de la proteína S bajan. (FLASOG, 2019)

Los leucocitos aumentan en el embarazo desde el primer trimestre, alcanzando una meseta aproximadamente a las 30 semanas de gestación, lo cual genera mayor granulocitosis y células inmaduras en la circulación, secundario a una eritropoyesis medular selectiva. El rango normal para el embarazo es 5000-12000/mm<sup>3</sup>, aunque valores tan altos como 15000/mm<sup>3</sup> no son extraños.



El recuento plaquetario disminuye normalmente en el embarazo, posiblemente debido a un efecto de dilución y / o el aumento del consumo secundario a activación endotelial. La teoría del consumo es apoyada por la observación, en la cual hay un aumento en la población de plaquetas inmaduras. La trombocitopenia gestacional (trombocitopenia leve 100000-150 000/mm<sup>3</sup>), se encuentra en aproximadamente el 8% de los embarazos. Y como último cambio importante, el embarazo es un estado procoagulante de la gestación, con alteraciones tanto en la coagulación y la fibrinólisis dirigida a minimizar la pérdida de sangre en el parto. (FLASOG, 2019)

El embarazo se asocia con un aumento de cuatro a seis veces de riesgo de tromboembolismo venoso en comparación con mujeres no embarazadas. Los niveles circulantes de los factores VII, VIII, IX, X y XII, fibrinógeno y el factor de von Willebrand aumentan; mientras que disminuyen los niveles del factor XI. Los niveles de protrombina y del factor V permanecen sin cambios, al igual que los niveles de los anticoagulantes naturales antitrombina III y proteína C, no obstante, estos dos últimos pueden aumentar ligeramente. Los niveles de la proteína S disminuyen. La actividad fibrinolítica baja, debido al incremento en los niveles de los inhibidores del activador del plasminógeno, PAI y PAI-I 2, y el fibrinógeno aumenta respecto a una persona no embarazada. Normalmente la hemostasia postparto ocurre luego de la separación placentaria del útero por dos mecanismos mecánicos principalmente:

- 1) La contracción del miometrio que comprime los vasos que dan el aporte sanguíneo a la placenta ejerciendo un efecto de hemostasia mecánica
  - 2) Producción de factores hemostáticos o procoagulantes a nivel de la decidua: liberación de factor tisular, inhibidor del activador de plasminógeno tipo 1, liberación de factores que activan la coagulación sistémica (activación de plaquetas y factores de la coagulación).
- (FLASOG, 2019)

### **Factores de Riesgo:**

Entre los principales factores de riesgo se puede mencionar a: Sospecha abruptio de placenta, Placenta previa conocida, Gestación múltiple, Pre

eclampsia, Antecedente de hemorragia posparto, Obesidad (IMC >35), Cesárea emergencia, Inducción de trabajo de parto, Placenta retenida, Episiotomía medio lateral, Parto instrumentado, Trabajo de parto prolongado (>12horas), Macrosomía, Corioamnionitis, Edad (>40años)- Paridad (múltiparas).

### **Causas**

La causa más común es la Inercia Uterina, que es la incapacidad del útero de retraerse después del alumbramiento. La manera de prevenirlo es en el trabajo de parto y con tratamiento que va desde el implemento de fármacos con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia. Hemorragia del parto o postparto es una emergencia primordial para el área obstétrica, los ingresos a unidades de cuidados intensivos de pacientes embarazadas y púerperas en su mayoría son añosas o primerizas. (A. Aldo Solari, 2014)

Estas conforman una gran causa de Muerte Materna. Según la organización mundial de la salud, en el 2005 las hemorragias graves obtuvieron el primer lugar dentro de las causas de muerte materna a nivel mundial, independientemente del nivel de desarrollo o de ingreso que tenga cada país. Si bien el 99% de estas muertes por hemorragia han sucedido en países en vías de desarrollo, es vital resaltar la importancia de estas complicaciones, ya sea por su magnitud o bien por la existencia de nuevas herramientas actualmente accesibles con el propósito de evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. (A. Aldo Solari, 2014)

Las causas por Hemorragia Post-Parto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación.

### **Las 4 (T):**

- Tono (atonía uterina entre el 80- 90%) relacionado a Sobre distención uterina, Coriamnionitis o Agotamiento muscular.
- Tejido (retención de productos de la concepción) Placenta o coágulos.

- Trauma (lesiones del canal genital) por desgarros del canal del parto, Rotura/Dehiscencia uterina o Inversión uterina.
- Trombina (alteraciones de la coagulación) que pueden ser Adquiridas o Congénitas.

Adicional a estas causas ya descritas, hay otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada (añosa), la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una Hemorragia Post-Parto en una gestación anterior. El conocer de si una embarazada presenta alguno de estos factores de riesgo es de gran importancia para lograr prevenir la Hemorragia Post-Parto, no obstante, no debemos de olvidar que hasta dos de tres de las hemorragias ocurren en gestante sin ningún factor de riesgo. (H. Karlsson, 2009)

La causa más común de Hemorragia Post Parto se genera debido a la falla que existe en la contracción del útero después del parto debido a que no es realizada de forma adecuada el 90% de las mujeres sufren de ello otra causa es el trauma al tracto genital donde el 7% de mujeres lo sufren, retención de tejido placentario es otro agravante para la HPP al igual que la falla en el sistema de la coagulación, en donde estos casos se presentan en un el 3% restante. Para algunos autores estas causas de hemorragia posparto son determinadas con la regla de las 4T. (UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, 2017)

### **Diagnóstico de la Hemorragia del Posparto.**

Entre las medidas para el diagnóstico de la Hemorragia del posparto tenemos:

Estimación Visual Un problema en el diagnóstico de hemorragia post parto es que las estimaciones de la pérdida de sangre durante el parto son notoriamente inexactas, asociadas principalmente a subregistro. La evidencia sugiere que el diagnostico puede mejorar con el entrenamiento del equipo de la salud y mediante la cuantificación de la pérdida de sangre utilizando mecanismos calibrados para recolectarla. (Patel, 2006)

Los métodos para cuantificar la pérdida de sangre después del parto vaginal incluyen estimación visual, captación directa, toma de muestras de sangre venosa, técnicas de dilución de colorante para la medición de volumen de plasma, y de glóbulos rojos y determinaciones de volumen de plasma que utilizan elementos trazadores radiactivos. La práctica estándar actual en todo el mundo de la evaluación de la pérdida de sangre después del parto es la estimación visual. Un proveedor de atención médica mínimamente entrenado generalmente observa la pérdida de sangre durante el parto y hace un cálculo cuantitativo o semicuantitativo. Este enfoque ha demostrado durante décadas ser inadecuado con estimaciones visuales inexactas hasta un 50% menos que los valores reales de la sangre perdida según estudios controlados.

Las medidas más precisas incluyen muestras de sangre venosa para la determinación de la concentración de hemoglobina, con y sin la evaluación del volumen de sangre, mediante el etiquetado de glóbulos rojos o espectrometría. Sin embargo, los métodos más precisos no han sido ampliamente adoptados porque no son ni prácticos ni económicos en la mayoría de los entornos clínicos. La bolsa de recolección de sangre fue especialmente diseñada para facilitar la estimación de la pérdida de sangre después del parto en entornos de bajos recursos. (Patel, 2006)

Consiste en una bolsa recolectora calibrada unida a una lámina de plástico que se coloca debajo de las nalgas de la mujer inmediatamente después del parto. Dos cinturones unidos al extremo superior de la bolsa se atan alrededor del abdomen de la mujer para optimizar la recolección de sangre, en particular para los partos atendidos en el suelo u otra superficie plana. Los niveles de calibración indican el volumen de sangre recogida por la bolsa. Esta bolsa de recolección tiene el potencial de proporcionar una medición objetiva de la pérdida de sangre después del parto y puede permitir un diagnóstico más preciso de la Hemorragia del posparto que lo que hace la evaluación visual. (Patel, 2006)

## **Prevención de la Hemorragias Post Parto**

Las gestantes pueden sufrir un sangrado en el momento del parto, capaz de poner en riesgo de la vida de la madre. No obstante, la mayoría de las hemorragias postparto no muestran factores de riesgo identificables, gran parte de las hemorragias postparto se pueden prevenir con un correcto manejo activo de la tercera etapa del parto. (ministerio de salud publica, 2013)

Muchos de los países en desarrollo todavía emplean el manejo expectante de la tercera etapa del parto en la mayoría de partos que suceden en el hogar. No obstante, los estudios realizados de Bristol y Hinchingsbrooke compararon el manejo activo de la tercera etapa del parto versus el manejo expectante o fisiológico de la tercera etapa del parto, han logrado demostrar muy claro que, cuando se implementó el manejo activo, la incidencia de hemorragias postparto fue significativamente menor. (ministerio de salud publica, 2013)

Los datos garantizan el uso habitual del manejo activo de la tercera etapa del parto gracias a todo el personal que se encuentra especializado en partos, sin importar del lugar en el que trabajen el manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye la incidencia de hemorragias postparto, se requiere de transfusión de sangre, y por ello se le debe apuntar en todo programa de intervención para la reducción en la mortalidad debido a hemorragia. (ministerio de salud publica, 2013)

Según la guía práctica clínica de hemorragia post parto recomienda que se implemente el uso de rutina de manejo activo de la tercera etapa del parto como uno de los mejores métodos para prevenir las hemorragias postparto, destacando que hay que tomar todas las medidas asegurando el uso de manejo activo de la tercera etapa del parto en cada parto vaginal atendido por personal especializado. (ministerio de salud publica, 2013)

**Primer paso.** Aplicación de 10 UI oxitocina intramuscular u otro fármaco uterotónicos dentro del minuto después del nacimiento del recién nacido, sus efectos secundarios son bajos y se puede aplicar en todas las gestantes.

De no haber oxitocina disponible, se puede suministrar 600 mcg de misoprostol por vía oral.

O a su vez otros uterotónicos tales como: 0,2 mg intramuscular de ergometrina o metilergometrina.

Sintometrina esta es una mezcla de 5 UI de oxitocina y 0,5 mg de ergometrina en ampollas intramuscular esta mezcla no es apta en mujeres con preeclampsia, eclampsia o con enfermedad cardíaca o presión arterial alta.

**Segundo paso.** Tracción y contracción controlada del cordón sin la administración de medicamentos uterotónicos después de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando este ha dejado de latir o entre los 2- 3 minutos del parto o antes de ver signos de separación de la placenta, ya que esto puede producir la separación parcial de la placenta, la ruptura del cordón, sangrado excesivo o su vez inversión del útero.

No debemos realizar la tracción del cordón umbilical sin antes aplicar la contracción por encima del pubis con la otra mano.

**Tercer paso.** Aplicar masajes uterinos a través del abdomen luego de la expulsión de la placenta, esto nos ayudara a que el útero se contraiga, bajando así el sangrado. Durante las 2 primeras horas, se deberá controlar que haya una correcta retracción uterina y que los loquios sean normales.

## **Atonía uterina**

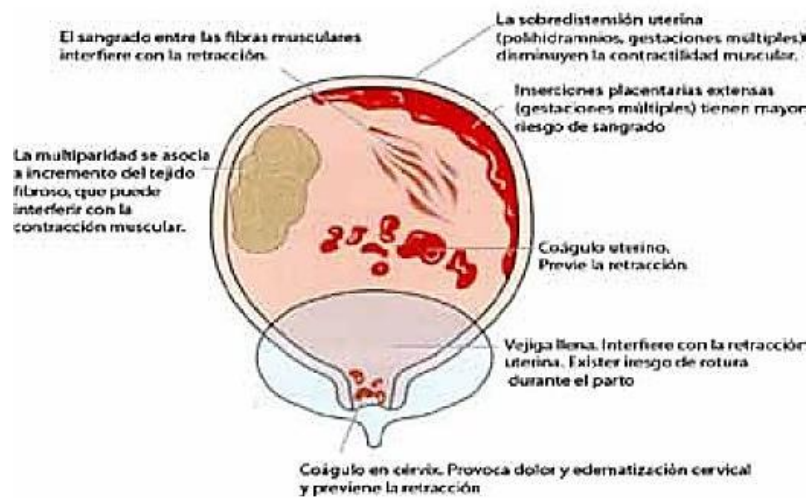
### **Definición:**

La atonía uterina es definida como la incapacidad que tiene el útero de contraerse después del alumbramiento, lo cual conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, ya con la presencia de hemorragia excesiva en el postparto inmediato siendo las cantidades más idóneas 500 ml de sangre si es un parto vaginal o si se tratase de un parto por cesaríá más de 1000 ml en las primeras 24 horas. Conformando así realmente una emergencia, ya que este

tipo de sangrado se encuentra asociado a clínica, provocando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock. (Mercedes Aparicio Peralta, 2016)

Los factores de riesgo aumentan en presencia de gestaciones múltiples, hidramnios o feto macrosoma, agotamiento muscular este se da en partos que han estado excesivamente prolongado, o de gran multiparidad, corioamnionitis fiebre prolongada. Un útero vacío y contraído no sangra (H. Karlsson, 2009).

Gráfico 1.



Contractibilidad uterina

## **Signos y síntomas**

La atonía uterina es uno de los problemas graves que se presentan de forma interna como externa es variable su manifestación, así como a su vez puede ser leve, intensa o brusca. Cuando se manifiesta externamente es cuando existe un sangrado vaginal por los genitales puede existir la presencia de coágulos grandes de sangre del útero. (savia, 2018)

Para que el especialista determine la gravedad del sangrado deberá realizar una exploración física masajeando el útero sobre el abdomen verificando el nivel del sangrado y palpando si existe algún desgarro. (savia, 2018)

## **Diagnostico:**

El diagnóstico de atonía uterina se lo realiza mediante la exploración física, es visual, realizar la cuantificación del sangrado es un reto clínico, y muchas veces depende básicamente de la estimación visual del personal de salud, es por eso que las pérdidas sanguíneas en las hemorragias obstétricas son subestimadas, es necesario implementar en los establecimientos de salud, herramientas que permitan mejorar la capacidad para estimar el sangrado real de la gestante. Una herramienta validada son los pictogramas. Tras el parto se debe observar el abdomen materno, se palpa tratando de ubicar el fondo uterino con la finalidad de verificar que el útero está blando, no retraído acompañado de taquicardia e hipotensión, al realizar un masaje uterino sobre el abdomen, se observa la salida de sangre y coágulos “a bocanadas” por los genitales. Además, se debe explorar el canal del parto, vagina y cuello del útero, para detectar algún tipo de desgarro.

## **Tratamiento**

El tratamiento que la primigesta reciba será dependiendo de la gravedad del sangrado que presente iniciando con una vía intravenosa con el propósito de reponer líquidos que se pierden durante el sangrado con fármacos que ayudaran a la contracción del útero, si el sangrado fuese excesivo se realiza



ingreso a hospitalización donde lo primordial será realizar transfusión para salvaguardar las vidas de la madre y del futuro bebe. (savia, 2018)

Cuando ya todo tratamiento realizado ha fallado sin poder salvar la vida del feto se procede a realizar un legrado instrumental el cual se realiza por la vagina introduciendo un instrumento hasta el útero para arrastrar y extraer los coágulos restantes y el endometrio con el fin de salvaguardar la vida de la madre. (savia, 2018)

Según siete guías de práctica clínica encontradas en una revisión sistemática y 2 ensayos clínicos. El manejo adecuado para la hemorragia posparto es el siguiente:

### **Medidas generales y reanimación**

Identificar la causa del sangrado para así brindar el tratamiento específico una vez identificado recordamos las cuatro causas principales de la hemorragia posparto, las cuatro T: Tono, Trauma, Tejido y Trombina. (Camacho-Castro, 2016)

Si se identifica la paciente con signos de choque secundario a hemorragia posparto se deberá de iniciar la maniobra de reanimación con el proceso de:

- 1) Suministrar oxígeno por máscara con bolsa reservorio a diez litros por minuto, sistema ventury (35 a 90%) o mínimo con cánula nasal a 3 litros por minuto para lograr o mantener una saturación arterial por pulso-oximetría superior a 95%.
- 2) Conseguir dos entradas venosas, de preferencia con catéter No. 14 o 16 y comenzar infusión de cristaloides calentados a 39°C y con bolos de 500 mililitros, contemplando la respuesta clínica cada cinco minutos con el fin de preservar el sensorio conservado, la perfusión con un llenado capilar <5 segundos, pulso radial presente y la presión arterial sistólica >90 milímetros de mercurio.
- 3) Introducir una sonda Foley para vaciar la vejiga y medir el gasto urinario.
- 4) Aplicar masaje uterino. (Camacho-Castro, 2016)

## **Administración de uterotónicos**

### **Oxitocina**

La oxitocina es una hormona que se compone de 9 aminoácidos y secretada por el hipotálamo, lo que conforma la primera línea del tratamiento; es de vida media-corta, de 5 minutos aproximadamente, e inicia acción entre 2 a 3 minutos luego de su aplicación intramuscular tiene un efecto de 1 hora luego de su administración.

Según la Organización Mundial de la Salud sugiere la oxitocina endovenosa como droga de alternativa para manipular la hemorragia posparto. (Camacho-Castro, 2016)

### **Ergometrina**

La ergometrina es un alcaloide extraído del cornezuelo de centeno que genera contracciones rítmicas y tetánicas del miometrio; su vida media es de treinta minutos a 2 horas, e inicia acción de 2 a 3 minutos luego de su ingesta. Es fármaco de segunda línea se puede implementar de manera simultánea no con oxitocina.

Es un fármaco contraindicado para pacientes con preeclampsia, hipertensión, cardiopatías o que se encuentre en tratamiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana con inhibidores de nevirapina, proteasa o delavirdina.

Según la Organización Mundial de la Salud recomienda 0.2 miligramo de ergometrina intramuscular y seguir segunda dosis a los 15-20 minutos. Suministrar dosis de 0.2 mg intramuscular cada 4 a 6 horas. Máximo 1 miligramo al día. (Camacho-Castro, 2016)

### **Misoprostol**

El misoprostol este es un análogo de la prostaglandina E1, que a variación de otras prostaglandinas esta no está contraindicada en hipertensión ni asma. Su aplicación es por vía oral, sublingual, bucal o rectal puede generar náuseas, vómito, fiebre, diarrea, cefalea, hipertensión, taquicardia y broncoespasmo. La ingesta por vía bucal es rápida no obstante la vía rectal demora más tiempo en

ejercer su acción pero su efecto es más duradero con menos incidencia de presentar fiebre y otros efectos. (Camacho-Castro, 2016)

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Organización Mundial de la Salud la aplicación de 800 microgramos de misoprostol por ingesta sublinguales. En si es recomendable la aplicación de misoprostol como una opción terapéutica si no hay disponible la oxitocina o si los fármacos de primera y segunda línea han fallado. (Camacho-Castro, 2016)

### **Ácido tranexámico**

El ácido tranexámico es un mediador antifibrinolítico que impide la degradación del coágulo sanguíneo, prohibiendo los lugares de unión de la lisina al plasminógeno. Es un fármaco que se ha implementado en pacientes con hemorragia uterina anormal.

La Organización Mundial de la Salud sugiere su aplicación cuando no se ha logrado controlar el sangrado con uterotónicos o si se sospecha de que el sangrado está asociado a algún desgarro. La dosificación recomendada es de 1g intravenosa como aplicación única. (Camacho-Castro, 2016)

### **Complicaciones en gestantes de 38 años de edad**

A partir de los treinta y cinco años de edad la cantidad de óvulos susceptibles a la fertilidad empiezan a disminuir ya a los treinta y ocho años es notablemente inferior. Y a partir de los cuarenta, gran parte de las mujeres tienen comprometida su reserva ovárica, reduciendo así la probabilidad de lograr un embarazo natural.

Por ello, el primer problema se encuentra en el hecho mismo ya que con la edad disminuye la cantidad y a su vez la calidad de los ovocitos comúnmente se lo conoce como (BRO) baja reserva ovárica. (Mayo Clinic, 2021)

### **Riesgo de alteraciones cromosómicas en el bebé**

A raíz de la disminución en la calidad de los óvulos, los embarazos que se dan a edad avanzada aumentan el riesgo para el bebé de que el mismo sufra

alteraciones cromosómicas, tales como el síndrome de Down, o problemas en su crecimiento y desarrollo. (Mayo Clinic, 2021)

### **Mayor riesgo de patologías en la madre**

Las enfermedades que se asocian al embarazo, tales como (DG) diabetes gestacional o (HTA) hipertensión arterial siendo las más comunes en mujeres que oscilan entre los treinta y ocho y cuarenta años de edad. Adicional a estas enfermedades se encuentran otras que a pesar que no tengan nada que ver con el embarazo puede aun así afectar el desarrollo normal del embarazo y aumentar los problemas de salud y molestias durante el periodo de gestación.

### **Otros problemas asociados a embarazos en edades avanzadas**

Como embarazos múltiples y bebés prematuros nacidos antes de tiempo. Sin embargo a partir de los treinta y cinco años son más normales los partos instrumentados y las cesáreas con el fin de disminuir riesgos. (Mayo Clinic, 2021)

### **Cuidados de la madre en el embarazo añoso**

Lo recomendable en embarazos proyectados a esta edad es acudir a un especialista para así saber con exactitud el estado de salud y las probabilidades que tienen para conseguir lograr el embarazo. Descartando así posibles problemas de fertilidad y consultar a un especialista para lograr un embarazo sano disminuyendo los riesgos del mismo tanto para la futura madre como para el futuro bebe. (Mayo Clinic, 2021)

### **Cuidados a considerar**

- Llevar un control médico con especialistas es imprescindible para el embarazo añoso.
- Fomentar muy buenos hábitos alimenticios aumentando la ingesta de frutas y vegetales que sean ricos en ácido fólico.
- De preferencia eliminar el consumo de productos excitantes tales como el café.

- Mantenerse actividad física realizando ejercicios tales como: nadar, bailar, pasear siempre de manera moderada y bajo la supervisión de un médico. (savia, 2018)

## **1.1 Justificación**

La morbi-mortalidad materna en Ecuador es un claro ejemplo de cómo la inequidad y la desigualdad se expresan en indicadores de salud, para lograr el desarrollo sostenible y sustentable es necesario garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal ya que engloba todo un problema social no solo es una responsabilidad del sistema sanitario o de los profesionales de la salud. El indicador de 2017 señaló que el Ecuador registraba 42,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, el Ministerio de Salud Pública (MSP) se planteó bajarlo a 36,2 para el 2020. Pero para lograrlo se debería tomar en cuenta algunos determinantes sociales que se relacionan a la muerte materna, entre los que se puede mencionar a la pobreza, la baja escolaridad de las mujeres, la inequidad y violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos y la justicia social. Si se revisan los factores de riesgo modificables y no modificables en la guía de control prenatal del Ministerio de Salud Pública se podrá constatar que estos factores de riesgo social están dentro de los no modificables.

El presente proyecto tiene el propósito de enriquecer el conocimiento propio y el de los lectores con el fin de exponer el riesgo de morbimortalidad materna producidos por hemorragias postparto ya que estos casos de muerte materna se desencadenan algunos por causas idiopáticas otros por factores maternos como la edad, el índice de masa corporal, los controles prenatales en el feto la edad gestacional, el peso fetal, entre los ginecológicos la cervicitis, presencia de pólipos o miomas, y en lo obstétrico la vía del parto, duración del trabajo de parto, valoración y seguimiento de la dinámica uterina, número de tactos vaginales y el acompañamiento del trabajo del parto, parto y postparto.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Valorar la conducta obstétrica en primigesta añosa con embarazo de 38 semanas más atonía uterina

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar las complicaciones obstétricas de la hemorragia de post parto que se presentan en gestante añosa con embarazo de 38 semanas de gestación.
- Describir caso clínico en primigesta de 36 años con atonía uterina en embarazo de 38 semanas de gestación.

### 1.3 Datos personales

**Tabla 1** Datos personales

<b>Nombres completos:</b> Romero Contreras Yanin Alexandra	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Cedula de identificación:</b> 0924675333	<b>Edad:</b> 36 a 9 m 20 d
<b>Fecha de nacimiento:</b> 00/00/0000	<b>Estado civil:</b> casada
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama de casa
<b>Nivel de estudio:</b> Superior	<b>Raza:</b> Mestiza
<b>Dirección:</b> Milagro	<b>Religión:</b> Católica
<b>Nivel sociocultural/económico:</b> medio	<b>Hospital:</b> Dr. León Becerra deMilagro
<b>Fecha de ingreso:</b> 02/05/2021	<b>FUM:</b> 29/07/2021

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta



## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de 36 años de edad que acude a la emergencia el 02/05/2021 por sus propios medios consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, en compañía de su esposo refiere cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por sangrado vaginal abundante. Paciente fue ingresada a sala por presentar complicaciones de hemorragia post parto + hipotonía uterina. Se envían exámenes de laboratorio, signos vitales, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación, alerta proteinuria, score mama.

**Tabla 2** Historial clínico de la paciente

<b>Antecedentes patológicos personales</b>	no refiere
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	Madre diabética
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	no refiere
<b>Alergias</b>	no refiere
<b>Hábitos</b>	Ninguno
<b>Antecedentes Gineco-Obstetricos</b>	
<b>Menarquia</b>	14 años
<b>Ciclos Menstruales:</b>	28
<b>Inicio de vida sexual:</b>	18
<b>Planificación Familiar:</b>	si
<b>Parejas sexuales:</b>	1
<b>Gestas:</b> 1	<b>abortos:</b> 0
<b>Partos:</b> 1	<b>cesáreas:</b> 0
<b>Fecha de la última menstruación:</b>	29/07/2021
<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	5

<b>Edad gestacional:</b>	38 semanas
<b>Papanicolaou:</b>	no

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

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

Paciente presenta carnet de control prenatal , refiere haberse realizado 5 controles en el centro de salud recinto soledad se escucha latidos cardiacos 140 latidos por minuto signos vitales estables score mama 0 id. Embarazo de +/- 38 semanas de gestación por fum y embarazo de +/- 36.4 semanas de gestación por eco+ trabajo de parto fase activa con diagnóstico de retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia. Bajo normas de asepsia y antisepsia posterior a realizar episiotomía media lateral derecha se atiende parto eutosico cefalovaginal obteniéndose recién nacido único vivo masculino, apgar 8-9, peso 2750 gramos, talla 49.5 cm, pc 34 cm.se realiza pinzamiento oportuno del cordón umbilical y posteriormente manejo activo del tercer periodo de parto obteniéndose placenta tipo shultze y membranas completas a los 10 minutos complicaciones: **atonía uterina** que se corrige con uterotónicos a pesar de ello se presenta **hemorragia post parto** , ingresa a quirófano por hemorragia post parto . Para revisión y episiorrafia .bajo sedación se administra 600 mcg de misoprostol rectal se empieza a dar masaje uterino, se extrae restos carioplacentareos, se administra ergometrina intramuscular oxitocina 2<sup>o</sup> UI en cloruro de sodio se administra ácido tranexámico obteniéndose perdida hemática aproximadamente 700 cc se procede a reparar episiorrafia ,se coloca traje antishock al momento paciente estable orientada, respiración espontanea. Puede ser trasladada a sala después de 2 horas de post operatorio. Se mantiene en observación. Al momento de pase de visita la paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, hemodinamicamente estable, se encuentra afebril, diuresis presente, flatos presente, abdomen blando depresible no doloroso, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos.

## 2.3 Exploración clínica

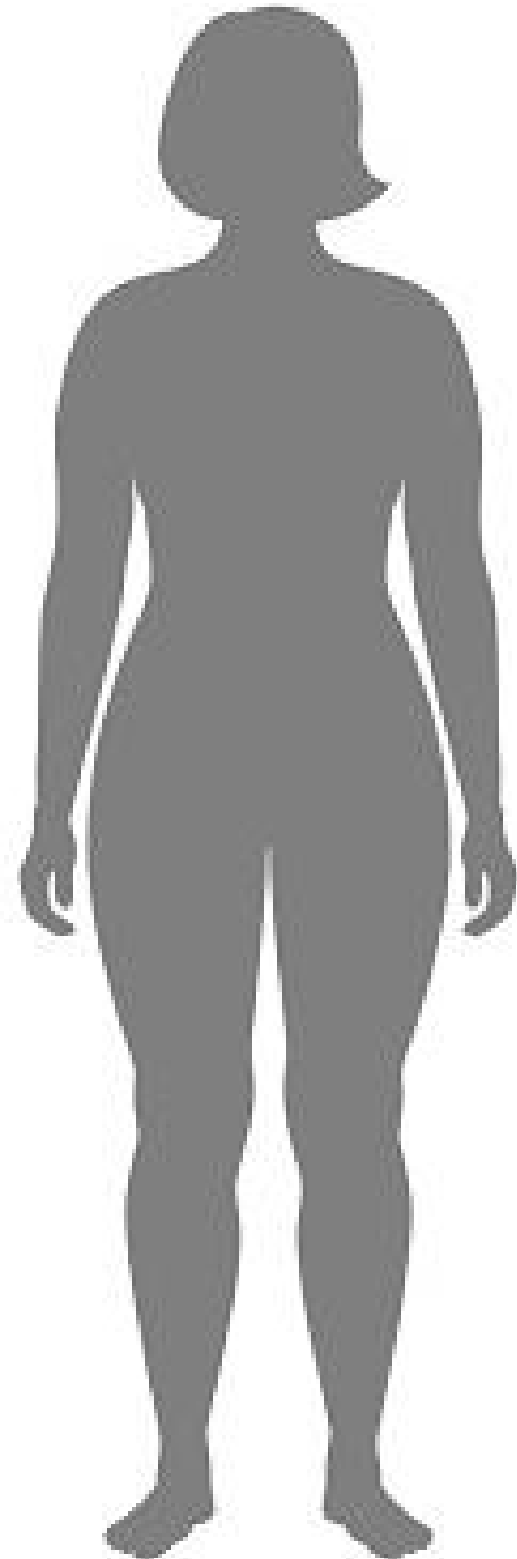
Normocéfalo, facie tranquila, mucosas húmedas

Tórax simétrico, no masas visibles ni palpables. Campos pulmonares ventilados, no agregados.

Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, terceros ni cuartos ruidos.

Sangrado vaginal abundante

Cuello simétrico



E  
p

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

**Tabla 3** Resultados de exámenes de laboratorio: 21/04/2021 a las 20:05:29 horas

<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>	
<b>Hemoglobina</b>	<b>13.20 g/dl</b>
<b>Hematocrito</b>	<b>39.4%</b>
<b>Hematíes</b>	<b>4.34mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Leucocitos</b>	<b>12.66<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Plaquetas</b>	<b>222mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Linfocitos</b>	<b>18.9 %</b>
<b>Neutrófilos</b>	<b>75.0 %</b>
<b>Eosinófilos</b>	<b>0.2 %</b>
<b>TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)</b>	
<b>Grupo sanguíneo: B</b>	
<b>Factor Rh: positivo</b>	
<b>COAGULACION</b>	
<b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 29.40 sg</b>	
<b>Tiempo de protrombina (TP): 12.8 sg</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Glucosa en Ayunas</b>	<b>91.0 mg/dl</b>
<b>Urea</b>	<b>14.4 mg/dl</b>
<b>Creatinina</b>	<b>mg/dl</b>
<b>TGO</b>	<b>U/L</b>
<b>TGP</b>	<b>U/L</b>

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

**Tabla 4** Resultados de exámenes de laboratorio: 30/04/2021 a las 03:05:18 horas

<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>	
<b>Hemoglobina</b>	<b>10.90 g/dl</b>
<b>Hematocrito</b>	<b>32.2%</b>
<b>Hematíes</b>	<b>3.43mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Leucocitos</b>	<b>10.22<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Plaquetas</b>	<b>382mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Linfocitos</b>	<b>23.2 %</b>
<b>Neutrófilos</b>	<b>70.2 %</b>
<b>Eosinófilos</b>	<b>1.4 %</b>
<b>TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)</b>	
<b>Grupo sanguíneo: B</b>	
<b>Factor Rh: positivo</b>	
<b>COAGULACION</b>	
<b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 29.40sg</b>	
<b>Tiempo de protrombina (TP): 12.8sg</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Glucosa en Ayunas</b>	<b>122.4 mg/dl</b>
<b>Urea</b>	<b>13.3 mg/dl</b>
<b>Creatinina</b>	<b>mg/dl</b>
<b>TGO</b>	<b>U/L</b>
<b>TGP</b>	<b>U/L</b>

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

**Tabla 5** Resultados de exámenes de laboratorio: 30/04/2021 a las 18:43:28 horas

<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>	
<b>Hemoglobina</b>	<b>8.6 g/dl</b>
<b>Hematocrito</b>	<b>26.3 %</b>
<b>Hematíes</b>	<b>2.87 mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Leucocitos</b>	<b>15.9 <sup>3</sup>/μL</b>
<b>Plaquetas</b>	<b>418 mm<sup>3</sup>/μL</b>
<b>Linfocitos</b>	<b>13.3 %</b>
<b>Neutrófilos</b>	<b>82.5 %</b>
<b>Eosinófilos</b>	<b>0.6 %</b>
<b>TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)</b>	
<b>Grupo sanguíneo: B</b>	
<b>Factor Rh: positivo</b>	
<b>COAGULACION</b>	
<b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): sg</b>	
<b>Tiempo de protrombina (TP): sg</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Glucosa en Ayunas</b>	<b>mg/dl</b>
<b>Urea</b>	<b>mg/dl</b>
<b>Creatinina</b>	<b>mg/dl</b>
<b>TGO</b>	<b>U/L</b>
<b>TGP</b>	<b>U/L</b>

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

### ➤ Diagnóstico presuntivo

Hemorragia post parto por atonía uterina

### ➤ Diagnóstico diferencial

- Retención de restos placentarios
- Desgarro del canal de parto
- Atonía uterina
- Trastorno de la coagulación

### ➤ Diagnóstico definitivo

Atonía uterina

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

Paciente de 36 años de edad embarazo de +/- 38 semanas de gestación por fúm, trabajo de parto fase activa bajo normas de asepsia y antisepsia posterior a realizar episiotomía media lateral derecha se atiende parto eutósico cefalovaginal obteniéndose recién nacido único vivo masculino, apgar 8-9, peso 2750 gramos, talla 49.5 cm, pc 34 cm. se realiza parto obteniéndose placenta tipo shultze y membranas completas a los 10 minutos posteriormente se aplica manejo activo del tercer periodo por complicación de **atonía uterina** se presenta **hemorragia post parto** que se corrige con uterotónicos se administra ergometrina intramuscular oxitocina 2º UI en cloruro de sodio se administra ácido tranexámico obteniéndose pérdida hemática aproximadamente 700 cc se procede a reparar episiorrafia ,se coloca traje antishock al momento paciente estable orientada, respiración espontánea. Puede ser trasladada a sala después de 2 horas de post operatorio. Signos vitales estables score mama 0, leucocitos 15.09; neutrófilos 82.5%; hemoglobina 8.6; hematocritos 26.3; plaquetas 418.

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

Paciente se encuentra lucida, vigil, consciente, orientada en tiempo y espacio con fascie tranquila, buena mecánica respiratoria, cuello: sin adenopatías mucosas: húmedas conjuntivas: normales tórax: simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen: globuloso compatible con útero gestante, feto único vivo cefálico genitales: al tacto vaginal: cérvix: 9cm borramiento: 90 % membranas: integras plano: segundo extremidades: simétricas. Sin edema de miembros inferiores. Refiere patológicos familiares: madre: diabetes. Refiere cuadro clínico caracterizado por un sangrado vaginal abundante reportando restos carioplacentareos.

## 2.8 Seguimiento

**Tabla 6** Registro de ingreso: 21/04/2021 a las 20:05:29 horas

<b>Post</b>	<b>Parto</b>
<b>Evolución</b>	<b>Signos vitales</b>
Paciente gestante de 36 años de edad, primigesta embarazo de +/- 38 semanas de gestación, acude a la emergencia por sus propios medios, en compañía de su hermana.	PA:117/73 FC:78 FR:19 SAT: 99% T:36.4
<b>Indicaciones</b>	<b>Tratamiento</b>
Control de signos vitales Vigilancia obstétrica Dieta general Control de sangrado transvaginal	Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto Misoprostol 800 mg stat rectal Ceftriaxona 1 gr intravenosa cada 12 horas Diclofenaco 75 mg intramuscular



	<p>cada 12 horas</p> <p>Ampicilina + sulbactam 1 gr intravenosa cada 12 horas</p>
--	---

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

**Tabla 7** Registro de ingreso: 30/04/2021.

<b>Hospitalización</b>	<b>Día 1</b>
<b>Evolución</b>	<b>Signos vitales</b>
Paciente puérpera presenta sangrado vaginal abundante que se instaura de momento a otro, pasa a quirófano a las 17:17:20 horas para realizar legrado uterino instrumental por retención de restos placentarios en moderada cantidad.	<p>PA:117/73</p> <p>FC:78</p> <p>FR:19</p> <p>SAT: 99%</p> <p>T:36.4</p>
<b>Indicaciones</b>	<b>Tratamiento</b>
<p>Ecografía transvaginal</p> <p>Pase a sala de quirófano</p> <p>Preparar para legrado</p> <p>Biometría hemática</p>	<p>Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto + 40 UI oxitocina 200 cc a chorro</p> <p>Ingreso a URPA</p> <p>Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto</p> <p>Misoprostol 800 mg stat rectal</p> <p>Ceftriaxona 1 gr intravenosa cada 12 horas</p> <p>Diclofenaco 75 mg intramuscular cada 12 horas</p>

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

**Tabla 8** Registro de ingreso: 01/05/2021.

<b>Hospitalización</b>	<b>Día 2</b>
<b>Evolución</b>	<b>Signos vitales</b>
Paciente que se encuentra cursando 20 horas de hospitalización refiere mareos y se encuentra afebril	PA:115/86 FC:87 FR:20 T:36.1 SO2:98%
<b>Indicaciones</b>	<b>Tratamiento</b>
Continuar hospitalización Dieta general Comunicar novedades a médico de guardia	Cloruro de sodio + 5 ampollas de hierro parental 125 ml cada hora Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc a 30 gotas por minuto Ampicilina + sulbactam 1 gr intravenosa cada 12 horas Diclofenaco 75 mg intramuscular cada 12 horas

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro**Elaborado por:** Michelle Peralta**Tabla 9** Registro de ingreso: 02/05/2021.

<b>Hospitalización</b>	<b>Día 3</b>
<b>Evolución</b>	<b>Signos vitales</b>
Paciente que se encuentra cursando 45 horas de hospitalización por diagnóstico de retención de fragmentos de la placenta o de las membranas.	PA:90/60 FC:74 FR:20 T:36.4 SO2:98%
<b>Indicaciones</b>	<b>Tratamiento</b>

Alta medica	Amoxicilina ácido clavulónico 625 mg
Planificación familiar	vía oral cada 8 horas por 7 días
Dieta rica en hierro	Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 4 días
	Sulfato ferroso 50 mg vía oral cada día por 30 días
	Levonorgestrel 0.03 mg vía oral cada día por 30 días

**Fuente:** Historia clínica del Hospital León Becerra Camacho - Milagro

**Elaborado por:** Michelle Peralta

## 2.9 Observaciones

Se investigaron varias fuentes de información bibliográficas con la finalidad de enfatizar como realizar el diagnóstico y correcto seguimiento en el caso de este tipo de pacientes. Destacando la labor en conjunto de los profesionales de salud para la correcta valoración, manejo y seguimiento de las pacientes con hemorragias. Recalamos que es una paciente añosa que presenta este diagnóstico por ello prevalece un mayor riesgo. Se debe actuar de manera rápida y adecuada para evitar una muerte materna por hemorragia post parto y poder estabilizar la paciente con el manejo adecuado de la misma.

## CONCLUSIONES

Se identificó todas las complicaciones que se presentaron en paciente añosa por hemorragia post parto pudiendo de esta manera lograr satisfactoriamente controlar la hemorragia en base a las guías prácticas clínicas y toda aquella información con autoría de especialistas en obstetricia.

Todas las medidas de manejo investigadas en las guías prácticas clínicas que se conocieron a raíz de la investigación durante este caso clínico tuvieron buena repercusión en la paciente por ello se debe conocer este tipo de información y casos para poder lograr controlarlos y así evitar muertes maternas por hemorragias.

Las medidas de manejo investigadas en las guías prácticas clínicas que se conocieron a raíz de la investigación durante este caso clínico coinciden ya que la prevención es primordial, detectar los factores de riesgo como edad materna, nivel socioeconómico y peso estimado del feto ayudan a pronosticar posibles complicaciones, el conocimiento del manejo y acciones oportunas disminuyen las repercusiones tanto maternas: anemia, shock hipovolémico o muerte de la paciente y en el feto sufrimiento fetal, hipoxia, reanimación, efectos neurológicos que comprometerán su desarrollo a futuro

## BIBLIOGRAFIA

- A. Aldo Solari, G. C. (s/a de noviembre de 2014). *Elsevier*. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- Arce-Herrera, R. M.-C.-C.-V.-M.-A. (s/d de s/m de 2012). *Guía de práctica clínica. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo*. Obtenido de Guía de práctica clínica. Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo.: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745498015.pdf>
- Camacho-Castro, F. A.-R. (s/d de s/m de 2016). *Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto*. Obtenido de Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto.: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112016000100014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000100014)
- Fescina R, D. M. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Washington, DC: Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva.
- FLASOG, F. L. (2019). *Hemorragia Posparto*. España: Federacion Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia.
- Gary, C. (2018). Williams Obstetrics. En C. Gary, *Williams Obstetrics, 25a edición* (págs. 5-20). Argentina: McGraw-Hill.
- H. Karlsson, C. P. (s/d de s/m de 2009). *Scielo*. Obtenido de Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)
- Mayo Clinic. (29 de julio de 2021). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/pregnancy/art-20045756>

Mercedes Aparicio Peralta, V. F. (s/d de s/m de 2016). *congreso virtual internacional SEEUE*. Obtenido de congreso virtual internacional SEEUE: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/55.pdf>

Ministerio de Salud Pública . (s/d de s/m de 2017). *SCORE MAMA - PROTOCOLO CON REVISIONES* . Obtenido de SCORE MAMA - PROTOCOLO CON REVISIONES : <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

ministerio de salud publica. (s/d de s/m de 2013). *guia de practica clinica (GPC)*. Obtenido de guia de practica clinica (GPC): <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

ministerio de salud publico. (s/d de s/m de 2018). *Gaseta de muerte materna SE-34*. Obtenido de Gaseta de muerte materna SE-34: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-34-MM-1.pdf>

NIH INSTITUNO NACIONAL DEL CANCER . (s/d de s/m de s/a). *INSTITUNO NACIONAL DEL CANCER* . Obtenido de INSTITUNO NACIONAL DEL CANCER : <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/obstetricia-y-ginecologia>

Patel. (2006). Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 93, 220—224.

Revista Interès Mutu. (19 de mayo de 2021). *MGC mutua*. Obtenido de MGC mutua: <https://www.mgc.es/blog/que-funcion-cumple-el-obstetra-durante-el-embarazo/>

savia. (08 de noviembre de 2018). *savia*. Obtenido de savia: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/atonia-uterina>

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI. (s/d de s/m de 2017).

*Bertha\_TrabajoAcademico\_SegundaEspecialidad\_2017*. Obtenido de

*Bertha\_TrabajoAcademico\_SegundaEspecialidad\_2017*:

<http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/289/Bertha>

[\\_TrabajoAcademico\\_SegundaEspecialidad\\_2017.pdf?sequence=1&isAll](http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/289/Bertha)

[owed=y](http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/289/Bertha)

**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 30/04/2021 03:05:18  
**MEDICO:** Bermudez Rojas Ana Karen  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210430004  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hematología</b>			
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	10.22	x 10 <sup>3</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	7.17	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	70.2	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.15	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	1.4	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.37	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	23.2	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.50	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	4.9	%	HASTA - 12
HEMATIES	3.43	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.90	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	32.2	%	36 - 47
MCV	91.2	fL	80 - 98
MCH	30.0	pg	27 - 32
MCHC	32.9	%	31 - 36
RDW - CV	12.8	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.3	fL	
PLAQUETAS	382	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.9	fL	7.4 - 10.4
PDW	15.70	--	
PCT	0.30	--	



Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
Fecha Validación: 30-04-2021 03:09:43





**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 30/04/2021 03:05:18  
**MEDICO:** Bermudez Rojas Ana Karen  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210430004  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Bioquímica</b>			
<b>BIOQUIMICA:</b>			
GLUCOSA	122.4	mg/dl	70 - 110
UREA	13.3	mg/dl	10 - 40



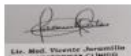
Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
Fecha Validación: 30-04-2021 04:18:25



**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 24/04/2021 11:07:36  
**MEDICO:** Ramos Franco Omar Vladimir  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 3210424008  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hematología</b>			
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	10.49	x 10 <sup>9</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	7.93	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	75.6	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.17	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	1.6	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.86	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	17.7	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.50	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	4.8	%	HASTA - 12
HEMATIES	2.84	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	8.60	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	25.7	%	36 - 47
MCV	90.5	fL	80 - 98
MCH	30.4	pg	27 - 32
MCHC	33.6	%	31 - 36
RDW - CV	13.2	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.9	fL	
PLAQUETAS	141	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.2	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.30	--	
PCT	0.13	--	



Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
Fecha Validación: 24-04-2021 13:52:10

**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 22/04/2021 02:46:23  
**MEDICO:** Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 3210422004  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hematología</b>			
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	30.78	x 10 <sup>3</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	28.50	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	92.6	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	0	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.93	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	3.0	%	25 - 50
MONOCITOS#	1.33	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	4.3	%	HASTA - 12
HEMATIES	2.98	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	9.40	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	26.2	%	36 - 47
MCV	87.8	fL	80 - 98
MCH	31.4	pg	27 - 32
MCHC	35.8	%	31 - 36
RDW - CV	13.3	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	40.9	fL	
PLAQUETAS	106	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.2	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.50	--	
PCT	0.10	--	



Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
Fecha Validación: 22-04-2021 06:16:22



**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 21/04/2021 21:20:50  
**MEDICO:** Bermudez Rojas Ana Karen  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210421030  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hemostasia</b>			
<b>TIPO DE SANGRE</b>			
GRUPO SANGUINEO	B	--	
FACTOR RH	POSITIVO	--	




Profesional: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
Fecha Validación: 21-04-2021 22:51:18



**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 05/03/2021 07:44:23  
**MEDICO:** Bermudez Rojas Ana Karen  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210305003  
**SALA:**


	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b><u>Bioquímica</u></b>			
<b><u>BIOQUIMICA:</u></b>			
GLUCOSA	86.3	mg/dl	70 - 110
UREA	11.6	mg/dl	10 - 40

  
Profesional: BELLA CATHERINE CEDEÑO RODRIGUEZ  
Fecha Validación: 05-03-2021 11:12:08

**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 21/04/2021 13:50:30  
**MEDICO:** Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210421021  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hematologia</b>			
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	12.66	x 10 <sup>3</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	9.49	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	75.0	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	0.2	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.39	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	18.9	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.72	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	5.7	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.34	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	13.20	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	39.4	%	36 - 47
MCV	90.7	fL	80 - 98
MCH	30.5	pg	27 - 32
MCHC	33.6	%	31 - 36
RDW - CV	13.1	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.9	fL	
PLAQUETAS	222	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.6	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.20	--	
PCT	0.21	--	

  
Profesional: MARIO FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Validación: 21-04-2021 14:47:40



**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 21/04/2021 13:50:30  
**MEDICO:** Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210421021  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Hemostasia</b>			
<b>TIEMPOS</b>			
TPT	29.40	Seg.CentSeg	25 - 45
TP	12.8	Seg.CentSeg	10 - 14
RIN	1.16	--	

  
Profesional: MARIO FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Validación: 21-04-2021 14:47:43



**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 21/04/2021 13:50:30  
**MEDICO:** Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210421021  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Serologia</b>			
<b>SEROLOGIA:</b>			
VDRL	NO REACTIVO	--	
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	

  
Profesional: MARIO FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Validación: 21-04-2021 14:52:23





**PACIENTE:** ROMERO CONTRERAS YANIN ALEXANDRA  
**FECHA:** 21/04/2021 13:50:30  
**MEDICO:** Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth  
**MUESTRA:** ADECUADA  
**CODIGO:**

**CEDULA:** 0924675333  
**EDAD:** 36 años  
**SEXO:** MUJER  
**ANALISIS:** 2210421021  
**SALA:**

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
<b>Bioquímica</b>			
<b>BIOQUIMICA:</b>			
GLUCOSA	91.0	mg/dl	70 - 110
UREA	14.4	mg/dl	10 - 40

  
Profesional: MARIÓ FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Validación: 21-04-2021 14:52:27

