



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



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN SECUNDIGESTA DE 28 AÑOS DE EDAD CON
EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS CON INCOMPATIBILIDAD RH ”

AUTOR

Mishelle Alexandra Pozo Vallejo

TUTOR

Dr. FRANCISCO VILLACRES

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022



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



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO	4
II. DEDICATORIA	5
III. TEMA	6
IV. RESUMEN	7
V. SUMMARY	8
1. MARCO TEORICO	10
1.1 DEFINICION	10
1.2 CAUSAS	10
1.3. INCIDENCIA	11
1.4. FACTORES DE RIESGO	12
1.5. PATOGENIA DE LA INSOINMUNIZACION RH	12
1.6 FISIOPATOLOGIA	13
1.7 MANIFESTACIONES CLINICAS	14
1.8 DIAGNOSTICO	15
1.8.1 Evaluación prenatal	15
1.9TRATAMIENTO	18
1.10PREVENCION	19
1.11 JUSTIFICACION	20
1.12 OBJETIVOS	21
• Objetivo general.	21
• Objetivos específicos	21
1.13 DATOS GENERALES	22
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	23
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	23
2.2 HISTORIA CLINICA	23
2.3 ANAMNESIS	24
2.4 EXPLORACION CLINICA	25
2.5 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	27
2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	28



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



2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	29
2.8 SEGUIMIENTO.....	29
3.OBSERVACIONES.....	33
4.CONCLUSIONES.....	33
5. Bibliografía.....	34
6.ANEXOS.....	37



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



I. AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento está dedicado a mis papas PABLO y ALICIA por ser la base de mi vida , por el amor, comprensión y apoyo incondicional en todos los momentos, los amo con todo mi ser, gracias por celebrar mis logros.

A mis hermanas NOELIA Y CAMILA, por el apoyo que siempre me ha brindado y por todo su cariño.

Seré breve porque no terminaría nunca de expresar todo lo agradecida que estoy por lo bueno y malo que he vivido y de lo mucho que he aprendido de ello.

Doy gracias a DIOS por lo que fui, por lo que soy y por lo que seré; gracias por mi vida, por las oportunidades, por ser el eje que me permite vivir cada día junto a mis seres queridos.

A aquellos docentes que conocí en este trayecto los cuales no solo me inculcaron una debida educación si no también valores, los cuales se volvieron fundamentales en mi vida, que lograron dejar un buen legado y formar grandes profesionales. En especial a mi tutor por su ayuda en la elaboración de este trabajo investigativo.

A los profesionales que conocí en mi último año de formación práctica que contribuyeron con información para el desarrollo de este trabajo y en mi aprendizaje porque gracias a ellos hoy en día puedo afirmar que seré una gran profesional y en general a mis demás familiares paternos, amigos cercanos y compañeros que estuvieron presentes en todos estos años, de los que aprendí y con los que compartí muchos momentos especiales.

Y por su puesto a mi porque, lo soñé, me lo propuse y lo logré.

Mishelle Pozo V.



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



II. DEDICATORIA

Esta dedicatoria va dirigida principalmente a mis padres ALICIA Y PABLO pues sin ellos no lo habría logrado, agradezco por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se lo debo a ustedes en especial este, ya que siempre me apoyaron y me animaron a seguir adelante y a nunca rendirme , también se lo dedico a mis hermanas NOELIA Y CAMILA por todo el amor y apoyo incondicional nada de lo que he cumplido hasta ahora me hubiese sido posible sin ustedes, gracias por motivarme constantemente y no permitir que me rindiera.

Gracias a mi familia.



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



III. TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN SECUNDIGESTA DE 28 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS CON INCOMPATIBILIDAD RH ”



IV. RESUMEN

La incompatibilidad Rh en la gestación se presenta en pacientes con factor Rh negativo, donde el padre es Rh positivo esto da como resultado un producto que presentara un trastorno de incompatibilidad sanguínea lo que llevara a presentar una enfermedad hemolítica en el feto.

Es una afección inmunológica aloimmune en la que los anticuerpos de la madre agreden a la membrana de los eritrocitos del feto causando su desintegración.

Presentamos el caso de una paciente Rh (-), secundigesta de 28 años de edad, su primer embarazo tuvo una evolución normal y con prevención de la vacuna anti-D llego a su feliz término, teniendo su test de Coombs negativo y también se aplico la vacunación consiguiente. En su segunda gestación la paciente acude a la emergencia obstetrica por presentar dolor en hipogastrio, la paciente no presenta sintomatología alguna, llegando hasta las 39.2 semanas de gestación, siendo el momento apropiado para su finalización.

Palabras Clave: Incompatibilidad, Hemolisis, Aloimmune, Test de Coombs, Destrucción.



V. SUMMARY

Rh incompatibility in gestation occurs in patients with negative Rh factor, where the father is Rh positive, resulting in a product that will present a blood incompatibility disorder which will lead to hemolytic disease in the fetus.

It is an alloimmune immunological condition in which the mother's antibodies attack the membrane of the erythrocytes of the fetus causing the disintegration of the erythrocytes.

We present the case of a patient Rh (-), secundigesta of 28 years of age, her first pregnancy had a normal evolution and with prevention of the anti-D vaccine she reached her happy term, having her Coombs test negative and also the consequent vaccination was applied. In her second gestation the patient went to the obstetrical emergency because of pain in the hypogastrium, the patient did not present any symptomatology, reaching 39.2 weeks of gestation, being the appropriate time for its termination.

Key words: incompatibility, hemolysis, alloimmune, coombs test, disintegration.



I. INTRODUCCION

La incompatibilidad Rh o enfermedad hemolítica del recién nacido es un trastorno clínico obstétrico y neonatal se presenta en paciente Rh negativo en donde el padre es Rh positivo , dando como resultado en el feto un trastorno de incompatibilidad sanguínea produciendo la enfermedad hemolítica; la incompatibilidad Rh se encuentra en aproximadamente el 10% de todos los embarazos.

Al crearse una incompatibilidad entre los diferentes componentes, por contacto entre antígenos y anticuerpos fetales y maternos, dará como consecuencia una reacción adversa la que describiremos como un mecanismo de defensa, como consecuencia: destrucción de los glóbulos rojos fetales, alteraciones cardiovasculares, edema fetal por acumulación de fluidos, alteraciones hepáticas y diferentes grados de anemia. (M.D, 2017)

En el presente caso se explica la evolución de una paciente secundigesta de 28 años de edad con incompatibilidad Rh y embarazo de 39.2 semanas, dicho caso fue referido del primer nivel de atención luego del sexto control a un segundo nivel en donde la paciente fue atendida por consulta externa con la respectiva información de la historia clínica adjuntada desde estadística, para continuar con los controles oportunos bajo la vigilancia del servicio de Gineco Obstetricia en donde se tomaran las medidas necesarias para evitar complicaciones en el desarrollo del feto y la evolución de la madre, ya que de por si dicha incompatibilidad podría ponerse en riesgo el bienestar materno- fetal.



1. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION

Es una afección inmunológica aloinmune, en la cual la sobrevida del hematíe del recién nacido está acortada debido a la acción de anticuerpos maternos (PORTUGAL PERKA, 2022), a lo largo del proceso del alumbramiento, las células de la sangre del feto pueden escabullirse hacia el torrente sanguíneo de la madre, estas células se pueden reconocer como extrañas si son de un diferente tipo sanguíneo de la madre, dando como resultado un proceso de rechazo natural como la creación de anticuerpos. Este proceso es conocido como incompatibilidad Rh o Isoinmunización materno- fetal. (ALVARADO, 2001)

Esto ocurre normalmente después del parto, aunque en ocasiones suele producirse después de un aborto, dando como resultado la formación de anticuerpos durante la gestación.

En general el producto de cada gesta subsecuente presentara efectos y complicaciones más severos que en la gesta previa, por lo menos el 50% de los niños nacidos de una madre Rh negativo y un padre Rh positivo serán Rh positivo.

1.2 CAUSAS

Esto generalmente se da por un episodio de sensibilización anterior como puede ser de causas:

OBSTETRICAS

- Hemorragia feto-materna esta se da durante el parto o pre parto se considera que se producirá en el 17% de las embarazadas RhD(-)



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



con un producto RhD(+) en carencia de la aplicación de gammaglobulina.

- Hemorragia transplacentaria que ocurre después de un aborto.
- Amenaza de aborto
- Amniocentesis.
- Toma de muestras de vellosidades coriónicas
- Cordocentesis
- Embarazo ectópico
- Hemorragia ante parto.
- Parto instrumental y cesárea
- Placenta previa sangrante

NO OBSTETRICAS

- Transfusión de sangre y hemoderivados.
- Intercambio de agujas o productos contaminados por sangre.
- Trasplantes de órganos

1.3. INCIDENCIA

La incompatibilidad Rh se encuentra en alrededor del 10% de todos los embarazos, la aplicación profiláctica de inmunoglobulina Rh (RhoGAM) ha disminuido la incidencia de sensibilización Rh a <1% de los embarazos, afectando a 2 de cada 1.000 recién nacidos, aunque la mortalidad es muy baja, menor del 2%.

Podemos encontrar que la incidencia debido al tipo sanguíneo del neonato y su madre es de un 46%, el tipo de sangre diferente entre los padres es de un 30%,



abortos un 18% y las transfusiones maternas 6%, la aloinmunización por partos anteriores 94%.

1.4. FACTORES DE RIESGO

- Hemorragias Fetomaternas:

se producen por algunas condiciones clínicas o procedimientos obstétricos, las hemorragias fetomaternas en el parto no deben ser superiores a 1 ml; no obstante, en algunos casos superan los 30ml, originando una sensibilización para que se produzca la eritroblastosis fetal en un posible segundo embarazo

- Partos Previos y Abortos:

Son producidas en su mayoría durante los abortos, estos ponen en contacto la sangre del feto con la madre causando sensibilización (Favián Alexis Barcelay Leyva, 2012), según el estudio de Brítez y Samudio los abortos son dos veces mas habituales en las pacientes sensibilizadas (D., 2007) por lo tanto, es un factor de riesgo para el desarrollo de la eritroblastosis fetal.

1.5. PATOGENIA DE LA INSOINMUNIZACION RH

Una mujer Rh negativa expuesta a un antígeno D desarrollará dos tipos de respuesta:

– Primaria: los eritrocitos del feto pasan a la Madre a lo largo del embarazo (20-30%), pero sobre todo en el alumbramiento (70-80%).

Los antígenos producirán una reacción principal, caracterizada por la creación de una mínima cantidad de anticuerpos (IgM), que no pasan la placenta por su tamaño, por lo cual es muy extraña la Enfermedad Hemolítica Perinatal en la



primera gestación y se puede dar cuando la mujer está sensibilizada previamente ya sea por transfusiones o en adictas a drogas por vía parenteral.

– Secundaria: esta se da en una segunda gesta y debido a una nueva exposición al mismo antígeno, se produce esta respuesta secundaria con la formación de anticuerpos IgG, que pasan con facilidad la barrera placentaria y son los responsables de la destrucción progresiva de los glóbulos rojos fetales.

1.6 FISIOPATOLOGIA

El paso de anticuerpos maternos a la circulación del feto desencadenara una anemia fetal, que será más intensa cuanto mayor sea el paso transplacentario de inmunoglobulinas (M.L. Fernández Pérez, 2000), esto pasa luego de las 20 semanas de gestación, cuando se desencadenada va acentuándose conforme avanza la gestación, tiene lugar sobre todo en el último periodo de la gestación, cabe recalcar que cualquier intervención invasiva realizada durante la gestación puede acelerar el proceso.

Como consecuencia se pone en marcha un mecanismo compensador denominado : eritropoyesis medular y extramedular (hepática y esplénica), que provocará hepatoesplenomegalia fetal, que conducirá a un compromiso circulatorio importante, provocando hipertensión portal la cual a su vez conduce a una hipertensión de la vena umbilical, edema e hiperplasia placentaria en los casos graves, asimismo se va produciendo una alteración de la función metabólica hepática conduciendo a una disminución en los factores de coagulación e hipoalbuminemia que se traduce en edemas generalizados, ascitis y derrames pericárdico y pleural (M.L. Fernández Pérez, 2000).

El cuadro final se caracteriza por edema generalizado, derrames múltiples, hipoxia y acidosis, que llevan a la muerte del feto o del neonato.



En el RN aparece en ocasiones un cuadro de kernícterus que se refiere a las consecuencias neurológicas de la deposición de bilirrubina no conjugada en el tejido cerebral (Martínez, 2020) este cuadro potencialmente grave se produce debido a la inmadurez hepática del neonato en la vida fetal la bilirrubina formada a causa de la hemólisis cruza la placenta y la madre la conjuga. (M.L. Fernández Pérez, 2000)

1.7 MANIFESTACIONES CLINICAS

En la siguiente tabla 2. se menciona las manifestaciones clínicas de la incompatibilidad Rh.

Tabla 2. Manifestaciones Clínicas de la Incompatibilidad Rh	
Reticulocitosis elevada.	Plaquetas: normales. En las formas más complicadas se encuentran en menores cantidades
Ictericia: se eleva aceleradamente luego del alumbramiento, la cual es de tipo indirecto. Si la bilirrubinemia directa sobrepasa los 3 mg/100 ml, indica compromiso hepático.	Edema: es propio de las formas muy graves, esta se acompañará de hipoalbuminemia.
Visceromegalia: hepatoesplenomegalia de tipo variable, en ocasiones muy acentuadas, la cual se debe especialmente a hematopoyesis extramedular y a la insuficiencia cardíaca congestiva	Acidosis: esta se presenta en las formas graves, con distrés respiratorio e hipoglucemia, la cual favorecerá el daño neurológico.



Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V. **Fuente:**
(MARGARITA, UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES, 2019)

1.8 DIAGNOSTICO

Se realiza mediante un buen control prenatal, el cual nos permitirá objetivar la sensibilización maternal, por eso en el primer control a todas las gestantes se les debe realizar exámenes de laboratorio como; grupo sanguíneo, Rh y “screening” de anticuerpos mediante el test de Coombs indirecto, debe ser a todas las gestantes , no solo aquellas pacientes que sean Rh negativo, el examen clínico es fundamental para realizar el diagnóstico y se corrobora con exámenes complementarios, como:

- Hemoglobina: esta se encontrará normal o levemente disminuida (hasta 10-12 g/d).
- Reticulocitos: se encontrarán aumentados (>6 %).
- Bilirrubina: moderadamente aumentada (10-20 % alcanza 20 mg/dL).
- Prueba de Coombs indirecta: frecuentemente positiva.
- Prueba de Coombs directa en el neonato: frecuentemente negativa.
- Prueba de Coombs indirecta en el recién nacido: positivo (prueba de fluido de hematíes).
- Isoanticuerpos naturales: normales o moderadamente aumentados.
- Isoanticuerpos inmunes: muy aumentados en el suero materno.

1.8.1 Evaluación prenatal

Período antenatal aquí evaluaremos los antecedentes:

- **Obstétricos:** Traumatismos abdominales, abortos, estudios invasivos que puedan causar sensibilización, inmunoprofilaxis anti D, entre otros.



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



- Hemo terapéuticos: Investigar eventos inmunizantes como las transfusiones en mujeres sensibilizadas por transfusión puede producirse una anemia fetal más grave.

Si la madre es Rh negativa, hay que pedir el Rh de su pareja, si éste es positivo habrá una incompatibilidad Rh lo que implica la realización de un cribado de anticuerpos irregulares, si existe una incompatibilidad Rh requerimos elaborar una anamnesis con sus antecedentes personales: transfusiones anteriores, abortos tardíos, óbitos, partos pretérminos, aplicación de gammaglobulina en gestas anteriores, grupo y Rh de los hijos.

– Diagnóstico de la posible Isoinmunización: la determinación en el primer trimestre es importante en madres primerizas podría realizarse otra determinación de a las 24-28 semanas de gestación y otra a las 33-35 semanas de gestación y en multíparas cada 4 o 6 semanas , en otros casos se indica en todas las madres cada 4 semanas comenzando en la semana 20 o 24 omitiendo la determinación de la 32 a 36 semanas en los casos en que se realizó la profilaxis anti-D en la semana 28, el 80% de las transfusiones serán durante el parto, con lo cual se debe ser racional en la solicitud de dicha prueba. (M.L. Fernández Pérez, 2000)

- test de Coombs positivo: hay que pedir rápidamente la prueba de ELAT que se encarga de calcular los anticuerpos y mide la gravedad de la Isoinmunización.

En la siguiente tabla 2. se menciona las manifestaciones clínicas de la incompatibilidad Rh.

Tabla 3. Gravedad de la Isoinmunización	
LEVE	(< 0,8 µg/ml)
MODERADA	(0,8-4 µg/ml)



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



GRAVE	(> 4 µg/ml).
-------	--------------

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V. **Fuente:**
(M.L. Fernández Pérez, 2000)

– En madres inmunizadas por gestas anteriores o por hemoterapia, se debe realizar determinaciones de anticuerpos en sangre materna cada 3 o 4 semanas, esto se hace a partir de las 10 o 12 semanas de gestación mediante las pruebas de Coombs y ELAT, también se realizará un estudio hematológico completo en el neonato en la sangre del cordón: grupo sanguíneo, Rh, factor D y test de Coombs directo

– para demostrar la enfermedad fetal haremos algunos estudios:

- Estudio del líquido amniótico: se realiza una amniocentesis en la primigesta inmunizada se puede realizar de la semana 20 a 21 de gestación, pues la transfusión intrauterina se puede realizar a partir de la semana 21.
- Funiculocentesis diagnóstica: se realiza cuando el examen del líquido amniótico sugiera inmunización, este dará seguridad del estado hematológico del feto por medio del factor Rh, grupo sanguíneo, prueba de Coombs directa, hemoglobina, hematocrito y recuento de reticulocitos, logrando así decidir la conducta terapéutica más adecuada.
- Aunque tampoco debemos olvidar varios factores como el valor de estas técnicas, el riesgo de pérdida fetal a consecuencia de la realización de estos procedimientos invasivos y el incrementar la probabilidad de transfusión materno-fetal.



1.9 TRATAMIENTO

▪ Profilaxis materna

Una de las maneras más seguras para prevenir una inmunización por incompatibilidad sanguínea materno-fetal es determinar el grupo sanguíneo y factor Rh a todas las mujeres embarazadas cuando asisten por primera vez a la atención prenatal (Publica, 2015)

En mujeres Rh D negativo, la profilaxis materna es obligatoria mediante la administración de inmunoglobulinas anti-Rh(D), mejorando los resultados perinatales y puedes reducir los niveles de anticuerpos en un casi el 50%

Además, se puede utilizar como tratamiento terapéutico el recambio con la finalidad de eliminar los aloanticuerpos que están causando hemolisis en el feto (Joaquín Bustillos, 2013)

▪ Profilaxis del feto y recién nacido

La transfusión intrauterina permite acceder a la circulación fetal mediante ultrasonido y de esta forma transfundir glóbulos rojos "O" Rh D negativo, logrando compensar los eritrocitos hemolizados y mantener valores normales de hematocrito (Joaquín Bustillos, 2013)

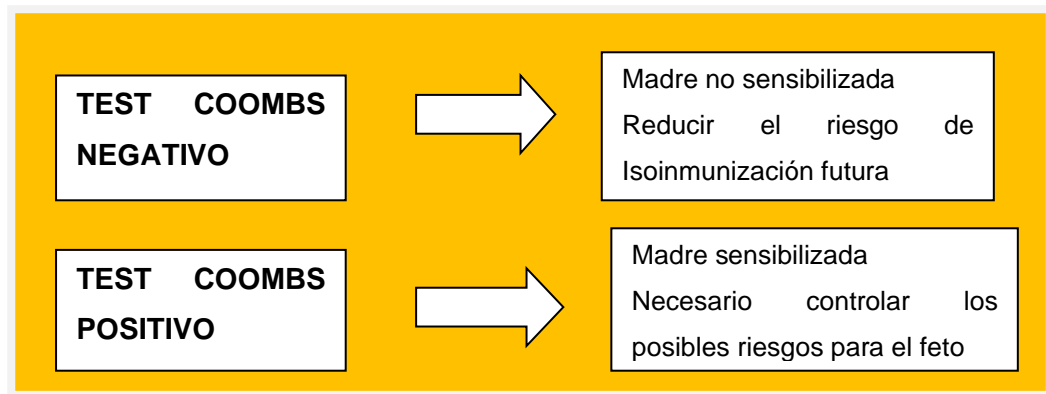
La fisioterapia se usa en los RN cuando los valores de la bilirrubina se encuentran elevados con la finalidad de degradar la bilirrubina, cuando los valores de la bilirrubina sobrepasan 20mg/dl se recurre a la exanguinotransfusión para evitar la presencia de kernicterus, este procedimiento utiliza concentrados de glóbulos rojos de un donador para ser transfundidos al RN por una vena superficial, mientras se extrae la sangre de RN generalmente por la arteria umbilical. (Javiera Fuenzalida C., 2014)

Una técnica poco utilizada por su costo elevado, pero con gran eficiencia terapéutica es la inmunoglobulina endovenosa, la cual compite por sitios de unión

de los anticuerpos maternos evitando la hemólisis de los eritrocitos del recién nacido. (Yuli Andrea Arenas, 2015)

1.10 PREVENCIÓN

Es de vital importancia que las parejas que se encuentran en edad reproductiva tengan conocimiento sobre su tipo sanguíneo y antecedentes familiares para saber si podría ocasionarse algún problema relacionado con la enfermedad.



Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.

Si la gestante presenta en su primera gesta esta afección y se encuentra embarazada por segunda vez, esta deberá administrarse la vacuna inmunoglobulina anti-D para disminuir complicaciones y riesgos que comprometan el bienestar materno-fetal.



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



1.11 JUSTIFICACION

El desarrollo de esta investigación tiene como objetivo principal Determinar la incidencia y factores asociados a la incompatibilidad Rh, con el fin de disminuir las complicaciones fetales, por lo que se menciona diferentes puntos de vista de distintos autores para tener un mayor conocimiento acerca del tema y también aportar a nuestro conocimiento propio, con el fin de proporcionar una mejor atención a nuestras pacientes y proporcionarles una adecuada información acerca del tema.



1.12 OBJETIVOS

- **Objetivo general.**
 - Determinar la incidencia y factores asociados a la incompatibilidad Rh, con el fin de disminuir las complicaciones fetales.

- **Objetivos específicos**
 - Elaborar un plan educacional dirigido a las pacientes del área de ginecología en edad reproductiva sobre la importancia de la incompatibilidad sanguínea neonatal.
 - Determinar complicaciones que se pueden presentar en las pacientes con incompatibilidad Rh



1.13 DATOS GENERALES

Nombres completos: Valencia Gutierrez Elizabeth Liseth	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 1207333996	Edad: 28 años
Fecha de nacimiento: 05/07/1992	Estado civil: casada
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: superior	Raza: Mestiza
Dirección: 7 de Octubre	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Sagrado Corazón de Jesús
Fecha de ingreso: 22/11/2020	FUM: 21/02/2020

Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino de 28 años de edad secundigesta con embarazo 39.2 SG por Fum acude a emergencia obstétrica por presentar cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil, que se irradia a región lumbo sacra de moderada intensidad acompañada de pérdida de tapón mucoso, al monitoreo fetal FCF: 130-142 Lpm, movimientos fetales presentes.

2.2 HISTORIA CLINICA

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	14 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 4 días
Inicio de vida sexual:	16 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	2



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



Gestas:	2	abortos:	0
Partos	1	cesáreas	0
Fecha de la última menstruación:	21/02/2020		
Controles prenatales del embarazo actual:	6		
Ecografías:	2		
Edad gestacional:	39.2 semanas por FUM		
Papanicolaou:	Ninguno		

Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.

2.3 ANAMNESIS

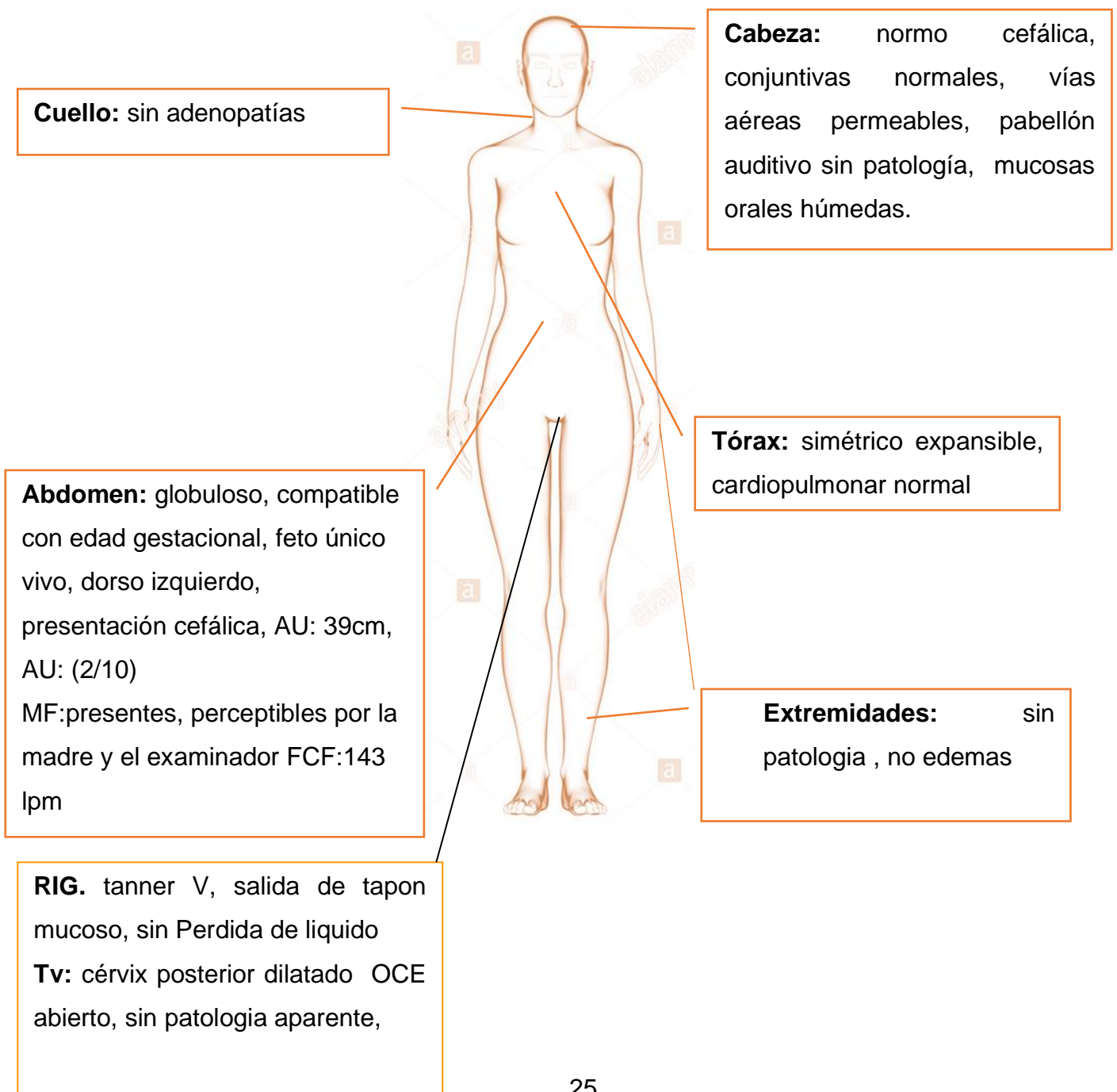
Paciente femenino de 28 años de edad secundigesta con embarazo 39.2 SG por Fum acude a emergencia obstétrica por presentar cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil, que se irradia a región lumbo sacra de moderada intensidad acompañada de pérdida de tapón mucoso, al monitoreo fetal FCF: 130-142 Lpm, movimientos fetales presentes a su llegada, personal de obstetricia solicita ecografía obstétrica donde se confirma embarazo de 39SG, producto de 51cm con latido cardiaco, movimientos fetales presentes, además exámenes de laboratorio que reportan un factor Rh Negativo.

No presenta ningún antecedente de importancia los cuales se encuentran ya mencionados.

2.4 EXPLORACION CLINICA

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

General: consiente, orientada en tiempo y espacio Glasgow 15/15.





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



Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.

Fuente: Figura 1 (Alamy Foto destock ikonacolor, 2017)

Al momento del ingreso de la paciente reporta un **SCORE MAMA** de **0**

SCORE MAMA

PUNTUACIÓN	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACIÓN	TOTAL
FC	≤59	-	-	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	90	91-139	-	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	-	-	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤10	-	11	12-20	-	21-29	≥30	FR	
T(*C)	≤36	-	-	36.1-37.6	37.7-38.4	-	≥38.5	T(*C)	
Sa(***)	≤85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	Sa(***)	
Estado conciencia	-	Confusa/agitada	-	Alerta	Responde a la voz/somnoliente	Responde a dolor/estuporosa	No responde	Estado conciencia	
Proteinuria(*)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria(*)	

Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.

- Signos vitales de la paciente al momento de su ingreso.

Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Sístole	120 mmHg
Diástole	85mmHg
FC	100 lpm
FR	21 rpm



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



T	36.2 °C
Sat.	98%
Estado de conciencia	CONCIENTE
PROTEINURIA	(-)

Elaborado por: estudiante egresada de Obstetricia Mishelle Pozo V.

2.5 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Ecografía Obstétrica realizada el (22-11-2020)

Feto único vivo presentación cefálica, dorso izquierdo, cerebro sin alteraciones, corazón con cuatro cavidades, FCF: 148 latidos x min, peso aproximado 3500 gramos, sexo masculino, Líquido amniótico volume adecuado,. Placenta fúndica anterior grado II / III de maduración. Conclusión: Embarazo de 39.4 semanas +/- de gestacion.

- Resultados de exámenes de laboratorio realizados al momento de ingreso de la paciente (22-11-2020)

Exámenes de Laboratorio	
Leucocitos	7.72
Neutrófilos	5.96
Linfocitos	14.0
Hemoglobina:	12.4
Hematocrito:	37.0
Plaquetas	252
Grupo Sanguíneo	O
Factor Rh	NEGATIVO



Autoinmunes e Infecciones	
HIV 1+2 Cuarta Generación	No reactivo
Treponema Pallidum anticuerpos IgG/IgM	Negativo

MEDIDAS GENERALES Y TERAPEUTICAS
<ol style="list-style-type: none">1. Control de signos vitales2. Control obstétrico cada 4 horas.3. Monitoreo fetal cada 4 horas4. Exámenes de laboratorio5. Ecografía obstétrica6. Signos de alarma materno-fetal7. Ingesta de líquidos

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnóstico Presuntivo**

Trabajo de parto único espontáneo CIE 10 O80

- **Diagnostico Diferencial**

Falso trabajo de parto

Anomalías de la dinámica del parto CIE 10 O62

- **Diagnóstico Definitivo**



Supervisión de embarazo de alto riesgo CIE 10 Z358 e Incompatibilidad Rh CIE 10 P550

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

En las gestantes la incompatibilidad Rh se desarrolla debido a una incompatibilidad del factor rheus en donde la madre es negativa y el padre es positivo, lo cual podría causar complicaciones tanto para la madre como el feto, por esta razón la falta de seguimiento, falta de vigilancia y asesoramiento, así como la falta de colaboración y de concientización de la gestante puede conllevar incluso a la Muerte fetal. Al recopilar información por medio de la entrevista, se logra identificar la falta de conocimiento de la gestante sobre las posibles consecuencias de no llevar un control adecuado, esta por demás mencionar que el embarazo es de atención primordial en el área de salud, en especial en el área de Ginecología y Obstetricia, cabe mencionar que si mejoramos la atención de primer nivel con un correcto asesoramiento, seguimiento a pacientes con visitas domiciliarias, se reduciría de una manera significativa la incidencia de estos casos, consiguiendo así que la gestación sea un estado de relajación y Felicidad en la paciente logrando así un parto satisfactorio y preservando el bienestar materno-fetal.

2.8 SEGUIMIENTO

NOTA DE INGRESO (22/11/2020)	
Paciente femenino de 28 años de edad, que sube de emergencia obstétrica con ID: embarazo de 39.2 SG por fum +trabajo de parto fase activa+incompatibilidad Rh	Medidas generales y terapéuticas -control de signos vitales -monitoreo fetal cardiaco -cuidados de enfermería -signos de alarma materno fetal



<p>Antecedentes Gineco-Obstétricos G:1 P:1 A:0 C:0 Al momento refiere dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra Al examen físico: Cabeza: normocéfala Tórax: simétrico Facies: normales Mucosas: húmedas Abdomen: globuloso, gestacional Extremidades: sin edemas Al examen gineco-obstetra Dilatación:8 cm Borramiento:80% Plano: I Membranas: Integras Al monitoreo fetal cardiaco FCF:148-146-150 Categoría: I Movimientos fetales: Presentes Actividad uterina:3/10/30" Signos vitales FC:100lpm TA:120/85mm/Hg FR:21rpm T(C):36.3°C SPO2:98% Estado Conciencia: Alerta Proteinuria: (-) SCORE MAMA: 0</p>	<p>-socialización del parto humanizado -ingesta de líquidos -vestimenta a elección -entrega de placenta Exámenes de Laboratorio Hemoglobina:12.4 Hematocrito:37.0 Plaquetas:252.000 Leucocitos:7.72 Neutrófilos:5.96 Grupo sanguíneo: O Factor Rh: negativo</p>
--	--



NOTA POSPARTO (23/11/2020)	
<p>Paciente con más dolor es pasada a sala de parto para valoración.</p> <p>Al examen ginecológico</p> <p>Dilatación:10cm</p> <p>Borramiento:100%</p> <p>Plano: III</p> <p>Membranas: integras</p> <p>Al monitoreo fetal</p> <p>FCF:145-146lpm</p> <p>Paciente es colocada en posición no litotómica y bajo asepsia y antisepsia de la región vulvovaginal se realizó parto eutócico simple, obteniendo recién nacido único vivo sexo masculino APGAR 8/9, liquido amniótico claro, se realiza apego precoz y onfalotomía al cese del latido del cordón umbilical.</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas.</p> <ul style="list-style-type: none">-Control de signos vitales-control de sangrado transvaginal+ masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas-apego precoz-lactancia materna-oxitocina 10UI IM al minuto de la salida del hombro anterior.-Amoxicilina 500mg cada 8 horas vía oral-paracetamol 500mg cada 6 horas vía oral.-biometría hemática de control.

DÍA 2 DE INGRESO HOSPITALARIO(23/11/2020)	
<p>Paciente femenino de 28 años de edad que cursa con 7 horas posparto, al momento hemo dinámicamente estable, afebril, activa reactiva orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Al examen físico</p>	<p>Medidas generales y Terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none">-control de signos vitales.-cuidados de enfermería-signos de alarma materno-amoxicilina 500mg cada 8 horas vía oral



<p>Facies: normales</p> <p>Mucosas: húmedas y coloreadas</p> <p>Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación, útero contraído por debajo de cicatriz uterina</p> <p>Loquios: escasos, no fétidos</p> <p>Extremidades: sin edema</p> <p align="center">Signos vitales</p> <p>TA: 110/75 mm/Hg</p> <p>FC: 85lpm</p> <p>FR: 20rpm</p> <p>T(*): 36 °C</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>Estado conciencia: Alerta</p> <p>Proteinuria: (-)</p> <p>SCORE MAMA: 0</p>	<p>-paracetamol 500mg cada 8 horas vía oral</p> <p>EXAMENES DE LABORATORIO</p> <p>Hematocrito: 36.9 %</p> <p>Hemoglobina: 12,34</p> <p>Plaquetas: 246.000</p> <p>Leucocitos: 10. 95</p>
---	--

ALTA HOSPITALARIA (24/11/2020)	
<p>Paciente que cursa con 24 horas posparto, loquios escasos, útero contraído e involucionado por debajo de cicatriz uterina, paciente colabora al interrogatorio, abdomen no doloroso a la palpación.</p> <p align="center">Signos vitales</p> <p>TA: 100/70 mm/Hg</p> <p>FC: 89 lpm</p> <p>FR: 20 rpm</p> <p>T: 35,7 °C</p> <p>SPO2: 97%</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta + Indicaciones . -Acudir por emergencia ante signos de alarma. -Consejería en lactancia maternal. -Consejería en planificación familiar. -Rhogam ampolla IM -amoxicilina 500mg cada 8 horas vía oral -paracetamol 500mg cada 8 horas vía oral -sulfato ferroso 100mg vía oral cada día



Estado conciencia: Alerta Proteinuria: (-) SCORE MAMA: (0)	-levonogestrel 0.03mg cada día
---	--------------------------------

3.OBSERVACIONES

- Paciente secundigesta con incompatibilidad Rh.
- Paciente de nivel socioeconómico bajo.
- Durante la hospitalización de la paciente se siguió minuciosamente la evolución, medidas generales y terapéuticas aplicadas a la paciente, las mismas que ayudaron a la finalización correcta de la gestación.
- Se fundamentó la correcta aplicación de todas las medidas realizadas por profesionales, a través de diferentes fuentes bibliográficas y criterios proporcionados por otros profesionales, con el fin de fortalecer y respaldar el correcto manejo de la incompatibilidad Rh.

4.CONCLUSIONES

- La incompatibilidad Rh es una condición materna que amerita un seguimiento secuencial para favorecer la terminación del embarazo.
- Este caso, se presenta con el propósito de ayudar a disminuir la incidencia de morbimortalidad que ocasiona la incompatibilidad Rh, con el fin de llevar un mayor control y actuar adecuadamente.
- Profilácticamente que la administración de la vacuna anti D se aplique en los seguimientos y etapas adecuadas y con más razón en los embarazos en los que no haya existido sensibilización, cabe mencionar que es altamente efectiva para disminuir el riesgo de aloimmunización RH.



- Es un procedimiento simple, de bajo costo y con baja probabilidad de efectos adversos, lo que hace que se convierta en una medida costo-efectiva, que debe aplicarse al 100 % de las pacientes con riesgo de Isoinmunización RH

5. Bibliografía

- Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.
<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.
- Alcocer-Díaz, S., Preciado-Valencia, H. T., Zamora-Llanos, L. F., & Acebo-Gutiérrez, J. M. (Septiembre de 2021). *Factor rhesus Manejo en el embarazo*. Obtenido de Dialnet:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8094609>
- ALVARADO, E. J. (octubre de 2001). *ISOINMUNIZACION RH EN PACIENTES SECUNDIGESTAS QUE*. Obtenido de UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:
<https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2001/006.pdf>
- Cardona, L. M. (2020). *revista cubana de ginecología y obstetricia*. Obtenido de <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/600/514#:~:text=Establecer%20la%20incidencia%20de%20la,para%20las%20razas%20asi%C3%A1ticas%20y>
- D., B. C. (2007). *Costo ocasionado por la enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad*. Obtenido de Revista Scielo:
<http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v34n1/v34n1a03.pdf>
- Favián Alexis Barcelay Leyva, F. S. (16 de Abril de 2012). *CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES RH NEGATIVAS QUE ACUDIERON AL*. Obtenido de Organó Científico estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2014/abr14256e.pdf>
- Javiera Fuenzalida C., J. A. (2014). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de Revista chilena de obstetricia y ginecología:



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



[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400011#:~:text=En%20caso%20de%20tener%20isoimmunizaci%C3%B3n,de%20la%20arteria%20cerebral%20media.)

[75262014000400011#:~:text=En%20caso%20de%20tener%20isoimmunizaci%C3%B3n,de%20la%20arteria%20cerebral%20media.](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400011#:~:text=En%20caso%20de%20tener%20isoimmunizaci%C3%B3n,de%20la%20arteria%20cerebral%20media.)

Joaquín Bustillos, J. L. (1 de Agosto de 2013). *Transfusión intrauterina en paciente con isoimmunización Rh*. Obtenido de Portal de Revistas Académica: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/12325>

M.D, N. B. (octubre de 2017). *ISOINMUNIZACION Rh, GENERALIDADES Y RIESGOS*. Obtenido de Medica cirujana de la Universidad del Bosque.: https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/10/Boletin_DER_Y_VID_52.pdf

M.L. Fernández Pérez, J. L.-D. (2000). *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359300736549>

MARGARITA, P. A. (2018). *UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES*. Obtenido de INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCOMPATIBILIDAD: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9906/1/PIUAMED005-2019.pdf>

MARGARITA, P. A. (2019). *UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES*. Obtenido de FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

Martínez, L. A. (Febrero de 2020). *Efectividad clínica de la terapia con inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de la enfermedad hemolítica del recién nacido en el HEODRA en el periodo 2017-*. Obtenido de UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA- LEÓN: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7572/1/244141.pdf>

PORTUGAL PERKA, L. A. (24 de febrero de 2022). *ENFERMEDAD HEMOLITICA POR INCOMPATIBILIDAD RH COMO FACTOR DE RIESGO PARADESENCADENAR UNA INSUFICIENCIA CARDIACA EN RECIEN NACIDOS*. Obtenido de UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/28564>



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



Publica, M. d. (2015). *Control Prenatal*. Obtenido de Guia de Practica Clinica:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

slideplayer. (s.f.). *epidemiologia de la mortalidad materna y perinatal*.

<https://slideplayer.es/slide/11793364/>.

Yuli Andrea Arenas, G. L. (2015). *Universidad Industrial Santander*. Obtenido de Revista Scielo.



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



6.ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA MATERNAL

DATOS GENERALES
 NOMBRES: *Elizabeth Asato Valera Caceres*
 APELLIDOS: *Asato Valera Caceres*
 Nacionalidad: *Ecuatoriana*
 EDAD (años): *28*
 FECHA DE NACIMIENTO: *05/02/1992*
 DIRECCIÓN DOMICILIO: *Calle 6 y 65M*

ANTECEDENTES
 FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Pre-eclampsia, Eclampsia, Otra cond. médica grave.
 PERSONALES: Cirugía, Gesto-Urmatia, Infertilidad, Cardiopatía, Neoplasia, VIH.
 ÚLTIMO EMBARAZO: *3 embarazos, 2 hijos, 1 parto, 1 cesárea*

GESTACIÓN ACTUAL
 FECHA INICIAL: *21/02/2020*
 TALLA (cm): *169*
 PESO INICIAL: *58.11*
 EG CONFIABLE por FUM Eco <20 a: no, si
 FUM Eco >20 a: no, si
 PRUEBA de tolerancia: *no*
 FUM ACT: *no*
 FUM PAS: *no*
 DROGAS: *no*
 ALCOHOL: *no*
 VIOLENCIA: *no*
 ANTI-EMBRASO PLANIFICADO: si, no
 FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: si, no

PARTO
 FECHA DE INGRESO: *22.11.2020*
 CONSULTAS PRENATALES: *06*
 HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: si, no
 CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompleto, ninguna
 UTEROINHIBIDORES: si, no
 INICIO ESPONTÁNEO: si, inducido
 RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: *no*
 EG AL PARTO / ABORTO: *39.2*
 PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica, pélvica, transversa

NACIMIENTO
 ESTABLECIMIENTO: *de salud*
 VIVO: *23.11.2020 00:50*
 MUERTO: Parto, Anteparto
 EPISIOTOMIA: si, no
 MANEJO ACTIVO: si, no

POSTPARTO

día	hora	TC	TA	FR	pulso	Sat	est. oric	ins. sal	loquaz	SCORE MAM
23/11	01:05	36.5	120	20	48	99%	Alta	Control Med		
23/11	01:20	36.7	120	20	96	99%	Alta	Control Med		
23/11	01:35	36.6	110	21	98	99%	Alta	Control Med		
23/11	01:50	36.5	120	19	89	99%	Alta	Control Med		
23/11	02:05	34.8	120	20	88	99%	Alta	Control Med		
23/11	02:20	36.9	120	21	89	99%	Alta	Control Med		
23/11	02:35	36.5	120	20	91	99%	Alta	Control Med		
23/11	02:50	36.5	120	20	93	98%	Alta	Control Med		

 Inmunoglobulina anti Rh D: si, no

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
 Parto obstructivo, Polihidramnio, Rotura prolongada de memb., Sufrimiento fetal agudo, Oligoamnios, Restricción de crecimiento intrauterino

INTERVENCIÓN
 Alumbamiento manual: si, no, s/d
 Uterotónicos para tto. hemorragia: si, no, s/d
 Via venosa central: si, no, s/d
 Administración de hemoderivados: si, no, s/d
 Laparotomía (excluye cesárea): si, no, s/d
 Ingreso a UCI < 7 días: si, no, s/d
 Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa: si, no, s/d
 Ligaduras hemostáticas de las arterias ilíacas / hipogástricas: si, no, s/d
 Embolizaciones: si, no, s/d
 Traje anti-shock no neumático: si, no, s/d
 Balones hidroestáticos: si, no, s/d

OTROS TRASTORNOS
 Hiperemesis gravídica: si, no
 Trombosis venosa prof.: si, no
 Tromboembolismo pulm.: si, no
 Embolia LA: si, no
 Cardiopatía: si, no
 Valvulopatía: si, no
 Convulsiones: si, no
 Anemia hemorrágica: si, no
 Anemia falciforme: si, no
 Enfermedad renal: si, no
 Neoplasia maligna: si, no
 Trastorno psiquiátrico: si, no
 Alteración del estado de conciencia: si, no

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
 Eclampsia, Hellp, Transitoria, Previa con probable hipertensión, Pre-eclampsia, Preeclampsia

INFECCIONES
 SIRS: si, no
 Sepsis: si, no
 Endometritis: si, no
 Infección vaginal: si, no
 Infección perineal: si, no
 Bacteriemia: si, no
 Infección urinaria: si, no
 Pleionelitis: si, no
 Neumonía: si, no
 Masitis: si, no
 Gonorrea: si, no
 Parasitosis: si, no
 Infección herida: si, no
 Infección episiorral: si, no
 Otra infección: si, no

TRASTORNOS METABÓLICOS
 Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Crisis tiroidea, Otro trastorno metabólico

MORBILIDAD
 1 TRIM. no, si
 2 TRIM. no, si
 3 TRIM. no, si

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO
Parto eutócico simple

ACOMPANANTE
 Pareja: Familiar, Parteralo, Otro, Ninguno
 TDP: si, no
 P: si, no

TERMINACIÓN
 espont.: si, no
 cesárea: si, no
 fórceps: si, no
 vacuum: si, no

PLACENTA
 completa: si, no
 retenida: si, no

LIGADURA CORDÓN AL CESAR
 PULSACIONES: si, no

RECIÓ
 si, no

PRÁCTICAS INTERCULTURALES
 Vestimenta: si, no
 Entrega placenta: si, no
 Ingesta líquidos: si, no
 Otras: si, no

POSICIÓN PARTO
 de pie: si, no
 arrodillada: si, no
 sentada: si, no
 acostada de lado: si, no
 litotómica: si, no

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO
 si, no

OPER.
 si, no

Medicación
 si, no

Este color significa ALERTA

MSP/DNEAIS/DNCSS/form.051/mayo/2016 ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP - OPS/OMS

GRAMA

C.C. / H.C.U. 1207333996

APELLIDO PATERNO Valencia MATERNO Gonzalez NOMBRE Elizabeth Isbeth

SEXO M AÑO 2020 MES 11 DÍA 24

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en tomas p10)

MEMBRANAS	0.15	0.15	0.05	0.30	0.20
	0.25	0.25	0.10	0.35	0.35
	0.35	0.40	0.25	0.40	0.50
	1.00	0.55	0.35	1.00	1.05
	1.15	1.25	1.00	1.30	1.25
	2.10	2.30	2.30	3.15	2.30

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN
 DILATACIÓN CERVICAL
 RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB.
 RUPTURA ARTIFICIAL MEMB.

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN
 Fuerte +++ Símpubico SP
 Moderada ++ Síncr. S
 Débil + Síncr. S
 No lo percibo - - - - -

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 Dips tipo I (Disincronización precoz) I
 Dips tipo II (Disincronización tardía) II
 Dips variables (Disincronización variables) M
 Mecánico M

POSICIÓN MATERNA
 Lat. derecho LD
 Lat. izquierdo LI
 Dorsal D
 Semisentada SS
 Sentada S
 Parada o caminado PC

SCHWARZ, R. DIAZ A.G., NESTO, V. C.L.P.

PARTE CERVICAL (cm)

DILATACIÓN

HORAS DE REGISTRO

HORA	03:30	04:30	05:45	06:30														
POSICIÓN MATERNA	D	D	D	P														
TENSIÓN ARTERIAL	119/85	120	120	120														
PULSO MATERNO	100	100	98	A														
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	130	140	145	R														
DURACIÓN CONTRACCIONES	30"	35"	35"	T														
FREC. CONTRACCIONES	3/10	3/10	3/10	O														
DOLOR Localiz/Intens	+t	+++	+++															

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA

LABORATORIO

INTERVENCIONES

RECÉN NACIDO

SEXO M PESO AL NACER 3900 g

P. CEFÁLICO cm 35 EDAD GESTACIONAL 40 SEM. 40

LONGITUD cm 52

APGAR (min)

1' 9 5' 9 10' 9

ENFERMEDADES

ninguna 1.0 más

EGRESO RN

vivo fallece referencia

Nombre establecimiento HSCS

hora 8:24 min 11 día 24 mes 11 año 2020

Certificado C.C. / Recién Nacido H.C.U.

Nombre Recién Nacido Elizabeth Isbeth Valencia

EGRESO MATERNO

Fallece durante la referencia Fallece en el lugar de la referencia

hora 05 min 24 día 24 mes 11 año 2020

Nombre del establecimiento Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Responsable egreso materno Magali Papia L.

Reservado para el Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Dr. Yesenia María Alberts Lozada
 DRA EN GINECOLOGÍA GENERAL Y
 ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
 REG. 17989567

Magali Papia L.
 OBSTETRIZ
 Libro III Folio: 1007-No. 016

MSP/DNEA/S/DNC/36/form.0511/mayo/2016

ORDEN NO. 20112276

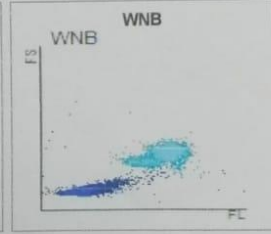
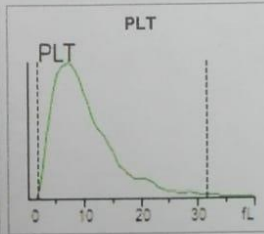
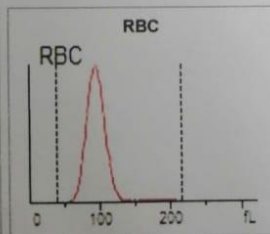
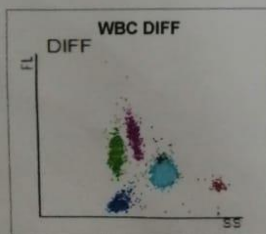
VALENCIA GUTIERREZ ELIZABETH LISSETH

Identificación: 1207333996
 Edad: 28 años 4 meses Sexo: Femenino
 Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-11-22 11:18PM
 Fecha de impresión: 2020-11-22 11:56PM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.02	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 12.4	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 37.0	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	92.1	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.8	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.4	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	14.2	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	47.6	μm ³	
Plaquetas	252	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.26	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.2	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.3	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	7.72	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 14.0	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 77.2	%	55 - 65
Monocitos (%)	7.3	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	1.4	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.3	%	
Linfocitos (#)	1.08	10 ³ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	5.96	10 ³ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.56	10 ³ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.11	10 ³ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ³ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.10	10 ³ /μL	



Muestra adecuada - Método: CBC-IMI Automatizado

TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)

Orden No. 20112276 - VALENCIA GUTIERREZ ELIZABETH LISSETH
 * Se utiliza punto (.) como separador decimal

Página 1



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



DIRECCIÓN DISTRITAL 12D03
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Grupo Sanguíneo O
Factor Rh Negativo

Muestra adecuada - Método: Aglutinación

Validado por: Lcda. Jissela Muñoz

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS

HIV 1 + 2 Cuarta Generación No reactivo

Muestra adecuada - Método: Inmunocromatografía

TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS
IgG/IgM Negativo

Validado por: Lcda. Jissela Muñoz

Lcda. Eliana Falcones V.
LABORATORISTA CLÍNICA
REG. PROF. N.º 2 Folio 75 (F.22)

Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Lcda. Jissela Muñoz
Dra. Boni Zambrano
Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico



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



HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayacanes #400
 Telfs.: 052750373
laboratorio_hscj.czs5@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 12003
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 20112371
VALENCIA GUTIERREZ ELIZABETH LISSETH
 Identificación: 1207333996
 Edad: 28 años 4 meses Sexo: Femenino
 Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2020-11-23 9:42AM
 Fecha de impresión: 2020-11-23 10:01AM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.01	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 12.4	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 36.9	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	92.1	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30.9	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.5	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	14.0	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	46.9	μm ²	
Plaquetas	246	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.25	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	10.3	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.4	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	↑ 10.95	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 9.9	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 83.4	%	55 - 65
Monocitos (%)	6.3	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	↓ 0.3	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.8	%	
Linfocitos (#)	1.08	10 ³ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	↑ 9.14	10 ³ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.69	10 ³ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.03	10 ³ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ³ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.20	10 ³ /μL	

WBC DIFF

RBC

PLT

WNB

Muestra adecuada - Método: CBC-IMI Automatizado

HOSPITAL BÁSICO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Ldo. E. Zapater G.
 REG. SENESCYT 13-2017-1885271
 LABORATORIO CLÍNICO

Validado