



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**HEMORRAGIA POS PARTO ASOCIADO A ATONÍA  
UTERINA, EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA,**

**AGOSTO 2020**

**PRESENTADO POR**

**YESSENIA PEREZ ALVARADO DE EXALTACION**

**ASESOR**

**Mg. JUANA ROSA VERA JUAREZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO  
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2024**



# Universidad José Carlos Mariátegui

## CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación ( ) / Tesis ( ) / Trabajo de suficiencia profesional ( ) / Trabajo académico (X), titulado “**HEMORRAGIA POST PARTO ASOCIADO A ATONIA UTERINA, EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, AGOSTO 2020**” presentado por el(la) aspirante **PEREZ ALVARADO DE EXALTACION YESSENIA**, para obtener el grado académico ( ) o Título profesional ( ) o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) Mg. **JUANA ROSA VERA JUÁREZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0217-2021-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Programa académico</b>	<b>Aspirante(s)</b>	<b>Trabajo de investigación</b>	<b>Porcentaje de similitud</b>
<b>SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS</b>	<b>PEREZ ALVARADO DE EXALTACION YESSENIA</b>	<b>HEMORRAGIA POST PARTO ASOCIADO A ATONIA UTERINA, EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, AGOSTO 2020</b>	<b>29%</b>

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **29%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 15 de julio de 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"

  
DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv, v
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO	vi
<b>I.        <b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b></b>	<b>1</b>
1.1.       DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2.       JUSTIFICACIÓN	3
1.3.       MARCO TEÓRICO	5
1.3.1 Antecedentes	6
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento	7
Generalidades	
Etiología	8
Diagnóstico y manifestaciones clínicas	10
Tratamiento, Evolución y Pronóstico	
Fluxograma para atención de la Hemorragia posparto en el 14	
Hospital María Auxiliadora	

<b>II.</b>	<b>CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO</b>	16
2.1.	OBJETIVOS	
2.2.	SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	16
2.3.	DISCUSIÓN	27
<b>III.</b>	<b>CAPÍTULO III:</b>	33
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
	BIBLIOGRAFÍA	34
	ANEXOS	38

## RESUMEN

La atonía uterina constituye una de las patologías muy graves que en la actualidad en Perú se presenta como una importante causa de muerte materna, constituyéndose entre todas las hemorragias posparto la más frecuente. El objetivo fue describir un caso de hemorragia puerperal por atonía uterina con relación a su detección, manejo, tratamiento y señalar si se cumplieron las normas y protocolos, se empleó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión sistemática de la historia clínica de un caso de una paciente que presentó hemorragia puerperal por atonía uterina en el Hospital María Auxiliadora en agosto del año 2020. Se incluyó anamnesis, antecedentes, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, evolución.

El presente caso muestra una paciente de 29 años, tercigesta, cesárea anterior, con edad gestacional de 32 semanas que cursa con irritabilidad uterina, siendo programada para sala de operaciones por probable desprendimiento prematuro de placenta, luego de la extracción del recién nacido presenta una atonía uterina la misma que es remitida con la aplicación de la clave roja y sutura compresiva.

**Conclusiones:** La atonía uterina representa ser la hemorragia puerperal más frecuente y la más letal a pesar de ello es previsible.

**Palabras Clave:** Atonía uterina, hemorragia puerperal, cesárea.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

En el mundo la hemorragia posparto (HPP) viene a ser una de las causas principales de muerte materna, así como principal causa de la morbilidad extremadamente grave (1). La principal causa de las HPP se debe a atonía uterina. Aunque la prevención farmacológica de la atonía uterina en el tercer período del parto disminuye significativamente la incidencia de HPP (2), informes de países desarrollados indican un aumento reciente en la tasa de HPP, especialmente preocupante porque la HPP severa, incluso cuando no es fatal, pone en peligro la fertilidad de la mujer, la expone a los riesgos de transfusión y cuidados intensivos, e incurre en costos (3).

Se estima que alrededor de 500,000 mujeres mueren al año (4). La HPP, es una afección potencialmente mortal (5).

La mayoría de estas muertes provienen de Asia (48%) y África (47,5%) y solo la minoría (menos del 1%) de países desarrollados. En Malasia, la Investigación sobre muertes maternas (CEMD) reveló que la HPP atribuía entre el 13 y el 27% de todas las muertes notificadas.

En Perú la HPP, es la primera causa de muerte materna (6), se estima que contribuye en un 40% de las muertes maternas. El 90% de las HPP son por atonía uterina (6). La disminución de la prevalencia de HPP severa se constituye un gran desafío actual en obstetricia. La probabilidad de un continuo de morbilidad entre la HPP simple y la severa, ello hace imprescindible la detección de los factores que contribuye a la presencia de la HPP, desde el sangrado profuso hasta la hemorragia severa, sea un enfoque importante para aumentar nuestra comprensión de las mujeres y las situaciones con mayor riesgo de HPP severa (2,3).

Las características individuales de las mujeres y los partos, y sus factores relacionados con la atención obstétrica, es decir, tanto el contenido de la atención como de tener servicios de salud organizados. Se sabe que ciertas características de las mujeres y ciertas condiciones durante el trabajo de parto y parto pueden constituirse como factores de riesgo de HPP (4), pero se desconoce si se asocian con un mayor riesgo de HPP severa una vez que ha ocurrido una HPP temprana.

Por otro lado, enfocarse en la prevención requiere establecer cuáles son los posibles factores de riesgo que se relacionan a la HPP, con la atención médica porque son los más susceptibles al cambio.

Las guías clínicas para el manejo de la HPP precoz se basan principalmente en el consenso de expertos, un nivel de evidencia bajo.

Sería útil contar con datos que documenten los componentes de la atención inicial que influyen significativamente en el curso de la HPP, permitiendo definir las recomendaciones más relevantes y, por tanto, quizás incrementar su traducción a la práctica.

El ensayo Pithagore, debido a que determinó que todos los casos de HPP en 106 unidades de maternidad francesas durante un año y recopiló datos detallados sobre ellos, proporciona datos únicos para estudiar los diversos factores que modulan el continuo de gravedad de la morbilidad materna relacionada con la HPP.

El objetivo del presente caso clínico fue identificar los factores asociados con la gravedad de la hemorragia posparto, entre las características maternas y del parto, los componentes del manejo inicial de la HPP y las características organizativas del centro hospitalario, en un caso de una mujer con HPP por atonía uterina después del parto (5).

## **1.2.JUSTIFICACIÓN:**

El embarazo implica riesgos importantes para la embarazada, las repercusiones que puedan presentarse en este transcurso pueden generar secuelas graves e incluso mortalidad tanto en la madre como feto y recién nacido.



Se estima por día mueren a nivel mundial 800 madres por causas previsibles relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. El 99%, de estos casos se producen en países en vías de desarrollo y zonas rurales (7).

En nuestro país la HPP: Atonía uterina, se constituye como la principal causa de muerte; pero es además una complicación extrema, que puede ocasionar complicaciones en la madre y recién nacido, de esta manera generando una hospitalización prolongada con los respectivos costos que ello implica.

La identificación de factores de riesgo ha permitido prevenir ciertas patologías, sin embargo, muchos de estos han sido grandemente reportados, a pesar de presentarse con mayor frecuencia la cesárea anterior no se ha estudiado como debiera asumiendo que fueron otros los factores que la produjeron.

Las dimensiones de esta no se han reportado en nuestro hospital, sobre todo en este hospital de tercer nivel que al ser referencial nos dará una idea de los factores epidemiológicos que podrían condicionar a esta patología.

En nuestro trabajo diario encontramos cada vez más creciente el número de pacientes con esta patología, el reconocimiento de la gravedad y los daños de mayor frecuencia en nuestra institución permitirán adoptar medidas correspondientes a la prevención de esta patología.

### **1.3.MARCO TEÓRICO:**

#### **1.3.1 Antecedentes:**

##### **a. Antecedentes Internacionales:**

**Santana B.**, realizó un estudio en el 2016 el mismo que tuvo por objetivo determinar las características de aquellas gestantes que presentaron hemorragia obstétrica, siendo esta la principal causa morbilidad materna extrema grave, empleo un estudio transversal, observacional en el Hospital Ginecoobstétrico docente Mariana Grajales 46 mujeres que presentaron hemorragia obstétrica mayor fue la población estudiada. Los principales resultados fueron: 78,3 % tenía un parto previo, la atonía uterina se presentó en el 45,7 % de los casos. La HPP contribuyó en 71,7% del total de hemorragias obstétricas. El autor concluye que las edades frecuentes estuvieron entre 20 a 35 años, y tuvieron más de 1 parto (8).

**Ruiz V.**, en el año 2018 en Quito-Ecuador, realizo un estudio para ello realizó un estudio observacional y de corte transversal, y tuvo como objetivo identificar evaluar la HPP, de acuerdo con el tiempo que duraba los periodos del parto, en pacientes nulíparas y multíparas atendidas en el Hospital Enrique Garcés, los resultados principales fueron: El promedio de edad estuvo entre los 26,5 años, en aquellas que presentaron HPP y de 25,8 años en aquellas que no presentaron HPP. El 54,8% tuvieron un trabajo de parto espontáneo. La prevalencia de HPP, fue del 5,4%. La conclusión del estudio fue que se obtuvo una prevalencia de HPP similar a la de otros estudios, y el riesgo de hemorragia posparto (9).

#### **b. Antecedentes Nacionales:**

**Ponce M.**, en el año 2018 en su estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre los indicadores epidemiológicos maternos y fetales versus la presencia de atonía uterina en paciente con una cesárea posparto en la clínica Good Hope, para ello empleo un estudio cuantitativo, analítico, retrospectivo de casos y controles. La población fue 106 casos y 212 controles encontrando una relación 2: 1. Los principales resultados encontrados fueron: De 318 pacientes, la edad media fue de  $30,87 \pm 0,298$  años. Las variables que estuvieron asociadas a la atonía uterina fue edad más de 30 años, el embarazo múltiple, el polihidramnios, la macrosomía y el bajo peso al nacer. Los resultados del análisis multivariado fueron: polihidramnios (OR: 5.973, IC del 95%: 2.443- 14.603) y macrosomía (OR: 6,280, IC del 95%: 2.307- 17.095). El estudio concluye que hay una asociación entre la atonía uterina con el polihidramnios y la macrosomía fetal (10).

**Flores D. en el año 2018** empleo un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles. La población estuvo conformada por 20 pacientes que presentaron HPP inmediato, y 40 que no presentaron HPP, los hallazgos principales fueron: Los factores de riesgo que significativos para HPP inmediato fueron la edad mayor a 34 años, la multiparidad. El antecedente obstétrico más frecuente fue: multigestas que represento el 60%. La cesárea anterior no represento ser un factor de riesgo estadísticamente significativo. El estudio concluyo que dentro de los factores de riesgo para presentar HPP se encuentra la edad avanzada, la multiparidad (11).

**Sánchez Ortiz M.**, en su estudio en 2019, en el “Hospital General Universitario de Ciudad Real”, tuvo como objetivo evaluar la incidencia y factores de riesgo empleando para ello un estudio tipo retrospectivo de cohortes. Los principales resultados obtenidos y alcanzaron significación estadística fueron: inducción del parto, parto por cesárea, y parto instrumentado. La cesárea y las gestaciones previas no fueron significativamente estadísticos por lo cual no fueron consideradas como factores de riesgo. (12)

**Lima L.**, en su estudio realizado en Huancayo en el año 2020, empleando su estudio de casos y controles, tuvo como objetivo identificar factores de riesgo relacionados con la atonía uterina, durante el 2018. Los principales resultados fueron edad de la madre mayor de 34 años, cesárea anterior, embarazo gemelar, macrosomía fetal, la multiparidad, el uso de oxitócicos. El autor concluye que existen factores con gran significancia estadística que actúa como factor de riesgo potencial para HPP (13).

### **1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento.**

- **Generalidades:**

La atonía uterina es la principal causa de los casos de HPP. La incapacidad del músculo liso uterino para contraerse para crear ligaduras vivas alrededor de los vasos sanguíneos espirales en el lecho placentario (14), puede provocar una rápida pérdida de sangre. (15)

- **Etiología:**

Las 2/3 partes de los casos de hemorragia posparto ocurren en pacientes que no presentan factor de riesgo alguno. Los factores predisponentes para la atonía uterina incluyen sobre distensión del útero, corioamnionitis, trabajo de parto disfuncional por ejemplo fase activa prolongada, paro secundario del trabajo de parto o segunda etapa prolongada o uso prolongado de oxitócina gran multiparidad y administración de sulfato de magnesio (16). La etiología de la HPP se puede resumir en la nemotecnia de las 4T: como son el tono, trauma, tejido y trombina.

La causa más frecuente de HPP es la atonía uterina y representa del 70 al 80% de los casos. (6) Esto se presenta cuando hay una disminución en la contracción del miometrio. El útero posgravidez está flácido y no proporciona una compresión adecuada para la hemostasia.

Los factores de riesgo HPP, descritos en las diferentes series se presentan a continuación:

**Factores de riesgo para hemorragia posparto (13,15)**

**Factores preexistentes:**

- ✓ Hemorragia posparto como antecedente
- ✓ Cesárea anterior
- ✓ Edad materna mayor de 34 años
- ✓ Gestante múltipara: más de 3 embarazos
- ✓ Obesidad materna
- ✓ Gestantes con anemia.

- ✓ Presencia de miomas uterinos
- ✓ Útero bicorne, didelfo o tabicado
- ✓ Trastornos de coagulación
- ✓ Enfermedad del Tejido Conectivo

**Factores antenatales:**

- ✓ Placenta previa
- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Acretismo placentario
- ✓ Polihidramnios
- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Anemia ( $Hb \leq 9.0$  g/dl)
- ✓ Preeclampsia, Síndrome HELLP con uso de Sulfato de Magnesio.

**Factores intrapartos:**

- ✓ Cesárea
- ✓ Parto instrumental
- ✓ Infusión de Oxitócina en altas dosis
- ✓ Analgesia epidural
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Manejo espontáneo del alumbramiento
- ✓ Inducción al parto

- ✓ Laceraciones uterinas y de partes blandas
- ✓ Embolia de líquido amniótico
- ✓ Retención placentaria
- ✓ Inversión uterina
- ✓ Fiebre intraparto
- ✓ Uso de fármacos anticoagulantes

- **Diagnóstico y manifestaciones clínicas.**

El manejo adecuado de la hemorragia puerperal temprana es reconocer en primer lugar los factores de riesgo que pueda tener la paciente, para poder prevenir o anticiparnos con ciertas medidas como son conocer el tipo de sangre, asegurar existencia de oxitócicos e insumos. Cuando nos encontramos frente al cuadro de hemorragia puerperal, se debe tratar de identificar la causa inspeccionando vagina y cérvix identificando algún tipo de desgarro, la presencia de alguna tumoración en el orificio interno ya que podría tratarse de una inversión del útero, así mismo se debe descartar una probable rotura uterina.

El diagnóstico de atonía uterina se realiza cuando se evidencia sangrado vaginal abundante, y/o el útero no se contrae. (17).

### **Tratamiento, Evolución y Pronóstico.**

#### **Medidas generales y terapéuticas (18)**

- Palpe el abdomen para ver tono uterino. (ver figura 1)
- Vía endovenosa, con abocath N°18 y Cloruro de Sodio al 9% (1 lt).
- Vía central para los casos de shock.

- Solicite exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Colocar a la paciente en posición antishock (piernas levantadas).
- Solicitar pruebas cruzadas: Transfundir según estado hemodinámico.
- Revisar canal del parto y cavidad uterina.

### **Manejo específico (18)**

- Dar masaje uterino combinado.
- Evacue manualmente coágulos por compresión del fondo del útero.
- ClNa al 9‰ más 40 UI de oxitócina de 40 a 60 gotas por minuto. No usar más de 60 ampollas en 24 horas.
- Puede utilizarse ergotamínicos: Cerciórese de que la paciente no presente enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Misoprostol, 04 tabletas: 800ug en la ampolla rectal o 600ug sublingual de persistir agregue 01 tableta c/5min, hasta un máximo de 1200ug.
- Compresión bimanual del útero: Colocar una mano en vagina con el puño empujándola contra el cuerpo uterino, con la otra mano comprima el fondo del útero desde la pared abdominal.
- Realice esta compresión mientras se instalen otros tratamientos, y continuar hasta que el útero este firme y el sangrado cesado. Si el útero está bien contraído, pero aún se evidencia sangrado, optar por otros métodos para el control de la HPP (18).



- Si persiste hemorragia use coloides y transfusión de sangre.
- La mayoría de HPP por atonía uterina remite con manejo clínico, si no hubiese mejora, realizar medidas quirúrgicas.

### **Medidas Quirúrgicas**

Las medidas quirúrgicas empleadas en los casos de HPP se encuentra el legrado puerperal, la laparotomía exploratoria, el uso de oxitócicos inyectados en cuernos uterinos (10 UI en cada cuerno), la ligadura arterias uterinas, ováricas o hipogástricas, así como la histerectomía Subtotal (18).

### **Sutura compresiva de útero en el manejo de HPP (18).**

Desde que técnica de B-Lynch fue reportada por vez primera por el Dr. Christopher B-Lynch, en Milton Keynes, en BJOG 1997, esta tiene un impacto significativo en el manejo quirúrgico conservador de la HPP (9). El procedimiento consiste en la compresión de los vasos uterinos intra miometriales, a través del denominado empaquetamiento del útero (B Lynch - Hayman) o por la compresión de las paredes uterinas entre sí (Ho Cho – Meylandi) (18).

Esta compresión del útero se realiza a través de una tensión de la fibra muscular en sentido vertical y anteroposterior. Ello permitirá que se adhiera la pared anterior y posterior del útero y se acorte las paredes en sentido vertical, impidiendo la formación del espacio virtual del endometrio, lo que evita colección de sangre, realizando el cierre compresivo de las arterias espirales (11).

El objetivo de esta sutura compresiva es controlar hemorragias posparto grave refractaria al manejo médico. Es una herramienta para tener siempre presente, fundamentalmente en personas jóvenes, a fin de preservar su potencial reproductivo.

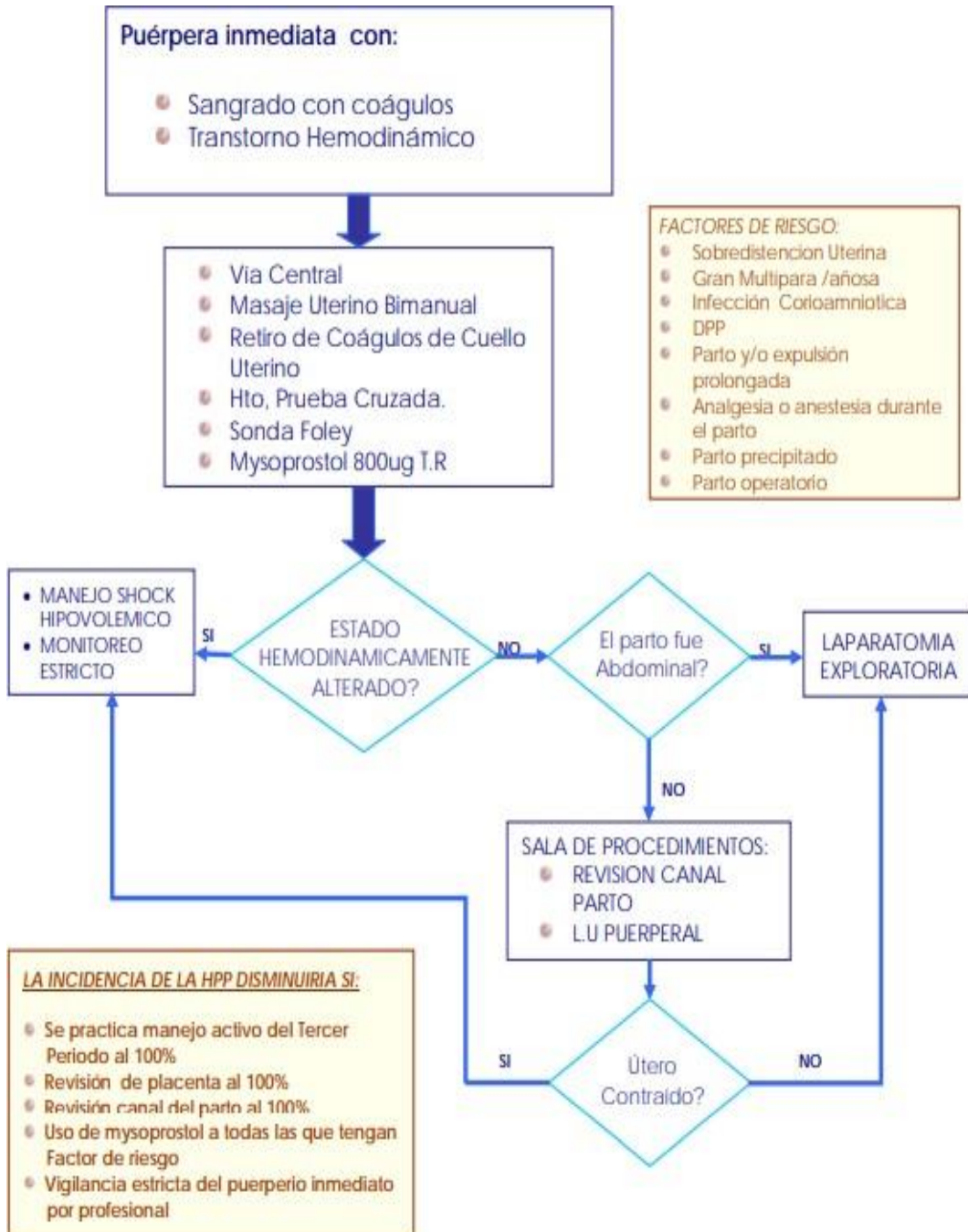
Las principales indicaciones son:

1. Hemorragia posparto por atonía uterina evidenciado en la cesárea o luego del parto vaginal seguido de laparotomía exploratoria (18)
2. Hemorragia posparto por placenta acreta.
3. Profilaxis / prevención de hemorragia posparto que presentan alguno de los siguientes factores de riesgo: embarazos gemelares, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongados, placenta previa.

La tasa de éxito para la técnica de B-Lynch es del 91,7%

**Figura N° 1**

**Fluxograma para atención de la hemorragia posparto. Hospital María Auxiliadora (18).**



**Nota:** Fluxograma a seguir al presentarse una hemorragia puerperal.

### **Criterios para el alta**

Después de la resolución de la HPP, la paciente debe permanecer bajo observación por lo menos de 24 horas para proceder al alta, luego del parto vaginal. Realizar un adecuado monitoreo de funciones vitales, así mismo solicite exámenes de laboratorio y el sangrado (18).

### **Complicaciones**

Podrían presentarse: anemia, shock hipovolémico, CID e insuficiencia renal.

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. OBJETIVOS: Objetivos Generales**

Describir un caso de hemorragia puerperal por atonía uterina con relación a su detección, manejo, tratamiento y señalar si se cumplieron las normas y protocolos.

#### **Objetivos Específicos**

1. Describir el caso clínico de atonía uterina.
2. Identificar los factores de riesgo presentados en el presente caso clínico.
3. Determinar si la detección, manejo y tratamiento fue adecuado en relación con el uso de normas y protocolos.

#### **2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:**

##### **1.FILIACIÓN**

Apellidos y nombres	:	Q.D.K.R.
Edad	:	29 Años
Lugar de nacimiento	:	Lima
Procedencia	:	Lima
Instrucción	:	Superior no universitario

Ocupación : Estudiante  
Religión : Católica  
Estado civil : Conviviente  
Seguro integral de salud : Si

## **2. ENFERMEDAD ACTUAL**

**Fecha 10/08/2020 Hora: 09:31 hrs**

Paciente acude a emergencia refiriendo dolor tipo contracción, no pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, niega signos premonitores de eclampsia.

Dolor en segmento negativo.

## **3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:**

Apetito: Sin alteración      Sed: Normal      Sueño: Normal

Diuresis: Sin alteraciones      Deposiciones: Sin alteraciones

## **4. ANTECEDENTES:**

### **4.1. SOCIO ECONÓMICOS**

Tipo de vivienda	Material Noble
N° de habitantes	4 personas
N° de habitaciones	3 habitaciones
Servicios básicos	Agua (Sí), Desagüe (Si), Luz (Si)
Crianza de animales	No

#### **4.2 PATOLÓGICOS:**

Hipertensión Arterial: (+) Reacciones adversas medicamentosas: (-)

Tuberculosis: (-) Asma: (-) Intervenciones Quirúrgicas: Cesárea previa

#### **4.3 GINECOOBSTÉTRICOS:**

Menarquia: 17 años FUR: 23/12/19 FPP:30/09/20 Edad gestacional: 32 semanas

G3 P2002 G1: 2012, Cesárea RN: Mujer 2900 gr.

G2: 2017, Parto Eutócico RN: Hombre 3000 gr.

G3: Actual

Régimen Catamenial: 6/30 días IRS: 19 años Andría: 2

Método Anticonceptivo: Inyectable Mensual PAP: 2019 (-)

Atenciones Prenatales: 3

#### **4.4 FAMILIARES:**

Padre: Ninguno

Madre: Hipertensión Arterial

#### **5.EXAMEN FÍSICO:**

Frecuencia cardíaca materna (FC): 90 por minuto

Frecuencia respiratoria (FR): 20 por minuto.

Presión arterial (PA): 100/60 mmHg

Temperatura (T°): 36°C

Peso: 50 Kg. Talla: 1.51 cm

Piel tibia, elástica e hidratada.

Tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien.

Cardiovascular, ruidos cardíacos rítmicos no soplos

Abdomen, útero grávido RHA (+) blando depresible no doloroso, feto único

AU: 30 cm LCF: 156 x minuto SPP: LC DU: 1/10 minutos MF: + +

No dolor en el segmento

Genitales Externos: No sangrado vaginal, no se evidencia perdida de líquido amniótico. GU: PPL (-) Tacto Vaginal: Cérvix dehiscente 1.5 cm. Altura de presentación – 4 (Flotante).

## **6. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

1. Tercigesta 32 semanas x UR
2. Amenaza de Parto Prematuro
3. Cesárea Previa (1 vez)

### **Plan en emergencia:**

- Bienestar Fetal
- Tocolisis
- Iniciar maduración pulmonar
- Reevaluación con resultado

**Fecha 10/08/2020 Hora 12:30 hrs**

Ingreso a centro obstétrico

Paciente es reevaluada, refiere percibir movimientos fetales, refiere contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida de líquido amniótico y/o sangrado vaginal.

Niega signos premonitores de eclampsia.



**Al examen:** PA: 100/70mmHg FC: 72 por minuto. FR: 18 por minuto T°: 36.9°C  
LCF: 150 por minuto DU: 2/10 min 25 seg ++ MF: ++/+++  
TV: D: Cérvix cerrado largo blando AP: -4 M: Integras. No sangrado vaginal  
y/o pérdida de líquido amniótico.

**Impresión Diagnóstica:**

1. Tercigesta 32 semanas x UR
2. Amenaza de parto prematuro
3. Cesárea previa (1 vez)

**Plan:**

- Control de funciones vitales
- Monitoreo materno fetal
- Continuar maduración pulmonar
- Iniciar tocolisis con Nifedipino 20 mg por 3 dosis cada 20 minutos
- Pendiente resultados (Hemograma, examen de orina)

**Fecha 10/08/2020 Hora: 14:58 hrs**

Paciente con tocolisis con Nifedipino más Diclofenaco, pero persiste con  
contracciones uterinas: 3 /10 min /30 seg. ++

**Al examen:** PA: 100/60 mmHg FC: 79 por minuto FR: 20 por minuto T°: 36.5 °C  
AU: 30 cm DU: 3/10 30seg. ++ LCF: 140 por minuto.

TV: Cérvix posterior AP: -4

Membranas Ovulares: Integras

Controles en hoja monitoreo materno fetal.

### **Impresión diagnóstica**

1. Tercigesta 32 semanas x UR
2. Amenaza de parto prematuro
3. Cesárea Previa (1 vez)

### **Plan:**

- Control de funciones vitales
- Monitoreo materno fetal

**Fecha: 10/08/2020 Hora 15:00 hrs**

Paciente percibe movimientos fetales, refiere dolor tipo contracción esporádicas, no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal, niega signos premonitorios de eclampsia.

**Al examen:** AREG, LOTEP

PA: 110/60 mmHg FC: 80 por minuto FR: 16 por minuto

T°: 36.6 °C Saturación de oxígeno: 99%

TV: Cérvix cerrado AP: Flotante. No Sangrado vaginal. No pérdida líquido amniótico Pelvis ginecoide

Edema (-) Registro Osteotendinoso (++/+++)

Resultados de laboratorio: Hb: 10.0 g/dl

### **Impresión diagnóstica**

1. Tercigesta 32 semanas 5/7 x UR
2. Amenaza de parto prematuro
3. Cesárea previa (1 vez)

**Plan:**

- Control de funciones vitales
- Monitoreo materno fetal
- Continuar maduración pulmonar
- Reevaluación

**Fecha: 10/08/2020 Hora: 20:50 hrs**

**Junta Médica equipo de guardia**

Medico Asistente evalúa: Paciente refiere dolor tipo contracción uterina, niega otros síntomas

PA: 130/70 mmHg FC: 88 por minuto FR: 20 por minuto T°: 36.5 °C

Abdomen: AU: 30 cm. DU: Útero no relaja LCF: 140 por minuto MF: ++/+++

TV: No sangrado vaginal Membranas Ovulares: Integras

**Impresión diagnóstica**

- 1.Tercigesta 32 semanas 5/7 x UR
- 2.Cesareada Previa (1 vez)
- 3.Desprendimiento prematuro de placenta
- 4.D/C Eminencia de rotura uterina
- 5.Paridad satisfecha

**Plan:**

- Cesárea Segmentaria Iterativa + Ligadura tubárica bilateral
- Interconsulta a Neonatología
- Se programa para sala de operaciones

**Fecha: 10/08/2020 Hora: 21:40 hrs**

Se inicia Cesárea segmentaría transversa iterativa + ligadura tubárica bilateral

**Tipo de anestesia:** Epidural

**Tiempo Operatorio:** 50 minutos **Sangrado Vaginal:** 1200 cc

**PA: 80/50 mmHg FC: 115 X ' FR: 30 X ' T°: 36.2 °C**

**Procedimiento: Cesárea**

- a. Hallazgos: Eminencia de ruptura uterina

**21:51 horas:** Recién nacido vivo Sexo: Femenino Peso: 2028 gr., Talla: 44.5 cm

PC: 30 cm PT: 27 cm APGAR: 8 - 9

- a. Placenta modalidad Schultze, membranas y cotiledones completos. Cordón umbilical 2 arterias y 1 vena diámetro 60 cm.
- b. Líquido amniótico claro en cantidad adecuada.
- c. Útero flácido, segmento adelgazado, regular cantidad de adherencias en cara anterior.

**Activación CLAVE ROJA:** Se coloca oxitócina 40 UI. Ergometrina 0,2 mg

1 ampolla IM, Misoprostol 800ug transrectal. Reto de fluidos.

A pesar de tratamiento farmacológico persiste atonía uterina, por lo que se decide colocar puntos de compresión de Hayman.

Balance Hídrico: 450 ml.

### **Recuperación post anestésica**

Paciente pos operada cesárea segmentaria iterativa más ligadura de trompas bilateral + Puntos de Hayman. Inminencia de ruptura uterina.

PA: 109/68 mmHg      FC: 80 por minuto      FR: 22 por minuto

**22: 50 horas** Indica pase a hospitalización

### **Indicaciones pos cesáreas:**

1. NPO (Nada por vía oral)
2. Control de funciones vitales (FV), observación de signos de alarma
3. NaCl 9‰ 1000cc con 30 UI oxitócina (II: 20 gotas x min)
4. Dextrosa 5‰ 1000cc con Oxitócina + 2 ampollas ClNa 20% + 01 ampolla KCl 20% (II: III: 30 gotas x min)
5. Ranitidina 50mg EV C/8 horas
6. Metoclopramida 10 mg EV C/8 horas
7. Metamizol 1 gr. EV C/ 8 horas
8. Tramadol 100 mg EV C/ 8 horas
9. Ácido Tranexámico 1gr EV C/8 horas
10. Hemograma de Control

### **Nota de evolución**

**Fecha: 11:08.2020    Hora: 07:30 hrs**

Paciente refiere dolor en herida operatoria

PA: 110/60 mmHg    FC: 74 por minuto    FR: 18 por minuto    T°: 36.6 °C

Al Examen: AREG, AREN

Abdomen: Blando depresible, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria cubierta con apósitos secos.

Genitales externos: Loquios hemáticos escasos sin mal olor.

**Impresión diagnóstica:**

1. Puérpera de 10 horas pos cesárea por desprendimiento prematuro de placenta + inminencia de ruptura uterina.

**Plan:**

- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Analgésico
- Control hemograma

**Fecha: 12.08.2020 Hora: 10:30 hrs**

Paciente estable, afebril. Palidez marcada

PA: 90/60 mmHg P: 98 por minuto FC: 18 por minuto

Resultados de laboratorio: Hb: 6.7 g/dl

Útero involucionado a la altura de cicatriz umbilical

Loquios escasos sin mal olor.

**Impresión Diagnóstica**

1. Puérpera pos cesárea
2. Anemia Severa

**Plan:**

- Cruzar 01 paquete globular y transfundir
- Control de hemoglobina postransfusión

**Fecha: 13.08.20 Hora: 07:30 hrs**

Puérpera pos cesárea iterativa y bloqueo tubárico cursa con anemia severa por atonía uterina, se transfunde 01 paquete globular. Actualmente con Hb: 6.9 g/dl

Paciente refiere dolor lumbar que imposibilita deambulaci3n.

Al examen: LOTEPE, AREG Afebril, palidez marcada

Mamas turgentes

Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical.

Loquios hemáticos sin mal olor y escasos.

**Impresi3n Diagn3stica**

- Puérpera pos cesárea
- Anemia Severa postransfusi3n
- Descartar Infecci3n del Tracto Urinario

**Plan:**

- Examen de orina
- Hemograma
- Alta con indicaciones.

**Fecha: 13.08.20** Se va de alta, se le brinda consejería en signos de alarma, nutrici3n y cuidados en el hogar. Se le otorga cita por consultorio.

### **2.3. DISCUSIÓN**

Una de las principales causas de muerte materna en nuestro país y en el mundo es la HPP. Se estima anualmente un promedio de 14 millones sufren esta complicación.

La atonía uterina es de difícil predicción, las evidencias muestran que muchas de estas pueden presentarse en pacientes con factores de riesgo sin embargo existe un porcentaje que aun no teniendo riesgo alguno pueden cursar con esta patología e incluso morir (7).

Los factores de riesgo son descritos en múltiples publicaciones destacando muchos de ellos en magnitud e importancia. Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia en orden de frecuencia: Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, gestación múltiple, preeclampsia, el antecedente de HPP, la cesárea previa, inducción, trabajo de parto prolongado, entre otras serían las principales causas y factores que condicionan la atonía uterina.

El presente análisis del caso se basa en la discusión de las posibles causas y factores de riesgo basados en la revisión de la literatura con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento y comprensión de los factores maternos personales con la finalidad de mejorar nuestra capacidad para identificar potenciales mujeres que tendrían un riesgo elevado de presentar hemorragia posparto por esta patología.



**Flores D., (2016)** manifiesta que como factores de riesgo para atonía uterina la sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado, agotamiento materno, así mismo la multiparidad y la corioamnionitis (11).

Sin embargo, otros autores como **Augusto M., (2015)** señala que, en muchos de los casos, una HPP podría presentarse en pacientes sin algún factor de riesgo identificables o presentes en su historia clínica (16).

Como podemos evidenciar el caso evaluado muestra una paciente adulta de 29 años, teóricamente esta edad no se representa un factor de riesgo para atonía uterina, en muchas series revisadas la edad avanzada si se constituye un factor de riesgo, **Santana Y., (2016)**, refiere que más del 12% de mujeres mayores de 35 años presenta hemorragia post parta. (8)

En otro estudio se señala que el riesgo de HPP se ha de incrementar conforme se incrementa la edad materna por encima de 30 años. Ellos obtienen un Ods ratio 1.41 para gestantes con edad mayor a 40 años, que puede justificarse por la menor contractilidad uterina (11).

Por lo visto nuestro caso en relación con la edad no constituía factor de riesgo.

La edad ha sido cuestionada por algunos investigadores siendo catalogada como un factor de confusión, ya que en estas gestantes van a confluír otros factores con mayor peso estadístico, como son la cirugía previa, el DPP, el embarazo gemelar, multiparidad, técnicas de reproducción e incluso los estados hipertensivos gestacionales. (16).

La multiparidad es una causa de riesgo para atonía uterina, y esta es debido que en las multíparas hay una alteración del tono del músculo uterino, ello se debe a una falta de contracción adecuada a nivel uterino y en consecuencia una pérdida sanguínea y la no compresión de esta por el útero (9).

Ello es explicado por el estudio de **Ortiz V., (2016)**, quien manifiesta que la retracción de la fibra miometrial se ve afectada las gran multíparas, causadas por la edad, el agotamiento materno, los cambios escleróticos en los vasos uterinos que llevan a que estos se ocluyan con mayor dificultad lo que facilita el sangrado y condiciona la HPP. (7) La gran multiparidad en el estudio de Ruiz señala un riesgo relativo de 2,8 de presentar episodios de HPP al ser comparadas con paridades menores. (9)

Esta variable tampoco resulta ser representativa o causal para la presencia de atonía como podemos apreciar nuestra paciente presenta su segunda gestación. El análisis de los resultados encontrados en otras investigaciones sobre la paridad como un factor de riesgo son contradictorios.

Algunos autores afirman que la multiparidad representa ser un factor de riesgo, mientras que otros estudios esta adquiere un papel protector, la falta de consenso se debe a que esta patología es una afección pluripatológica. (5)

Nuestro caso muestra, una paciente que no tiene un embarazo gemelar, un feto macrosómico, un trabajo de parto prolongado o inducción que podrían ser causas o

representar un factor de riesgo para atonía tal como se describe en muchas series, las mismas que se describen con mayor frecuencia. (11,14).

Nuestra paciente al parecer dentro del gran listado de posibles causas y factores de riesgo, solo presenta como causa asociada el desprendimiento prematuro de placenta que finalmente no se confirmó más si la eminencia de ruptura uterina y como antecedente una cesárea previa; lo cual si bien no es tratado en muchas investigaciones las sociedades científicas como la FASGO consideran como una causa importante con un riesgo alto para atonía uterina, estas 2 entidades presentan un riesgo relativo de 13 y de 4 para la cesárea previa o cesárea de emergencia.

El antecedente de cesárea se puede explicar al agotamiento de la fibra muscular, debido a modificaciones escleróticas que van apareciendo, lo que podrían llevar a que los vasos se ocluyan con mayor dificultad y faciliten el sangrado. (16) A ello se suma que una fibra muscular lesionada no va a tener la misma capacidad de contraerse como una fibra intacta como en el caso de una cirugía uterina previa. Otros autores han demostrado que el antecedente de cesáreas previas incrementa el riesgo de HPP, debido a la implantación anormal de la placenta asociada con cicatriz uterina. (5,7)

Como vemos en el presente caso el factor que ha contribuido a la presencia de atonía uterina fue el antecedente de cesárea y se suma a ello la cesárea actual ya que como podemos ver en otras investigaciones el parto por vía vaginal cuyo sangrado se estima a ser no mayor de 500 ml, por lo que se configura como un factor de

protección para atonía uterina, lo cual es coincidente con lo expresado por diversas series consultadas. (9,14).

Es decir, el perder menos de 500 cc., durante el parto o la operación cesárea implica disminución importante en la exposición a la HPP, de ahí que se considere como un factor de protección. Cuando el sangrado supera los 1000 cc se asocia atonía uterina. Nuestra paciente en la cesárea actual presentó un sangrado de 1200 ml.

Luego de determinar la probable causa en el presente caso, se evaluó la pertinencia y través del registro en la historia clínica, apreciándose que el evento fue diagnosticado oportunamente, en la misma sala de operaciones y manejado según protocolo de establecimiento para esta patología.

En relación al manejo de nuestra paciente hicimos la comparación del mismo con las guías de práctica clínica para atención de emergencias obstétricas del hospital María Auxiliadora(18), y las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad de resolución del MINSA(19), en la que podemos evidenciar que si se cumplió con el protocolo una vez identificada la patología se coloca oxitócina 40 UI (GPC Hospital María Auxiliadora), así mismo Ergometrina 2mg IM (GPC atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva MINSA) y la colocación de los puntos de Hayman es una técnica que se describe tanto en las guías del MINSA y del Hospital María Auxiliadora.

Si debemos acotar que no se encuentra en el reporte posoperatorio la confirmación del desprendimiento prematuro de placenta al parecer se omitió el dato, tanto en el reporte de ginecología como en el de anestesiología.

Como podemos observar en el hospital donde se realizó el estudio se presentan un número considerable de hemorragias que amerita la necesidad de continuar revisando los procedimientos del manejo del parto, así como la identificación de factores de riesgo sobre todo para la atonía uterina, y más aún en aquellas pacientes como las cesáreas previas que muchas veces no se toman en cuenta como factor alto para atonía uterina, así se reducirá la presencia de esta patología tomando las medidas adecuadas y oportunas así mismo tener en cuenta que las demoras en la toma oportuna de decisiones pueden generar situaciones adversas para la madre y el recién nacido.

## **CAPÍTULO III**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES:**

- El caso clínico es un caso típico de hemorragia puerperal por atonía uterina.
- La paciente no presentó factores de riesgo clásicos como edad, multiparidad, macrosomía. El factor de riesgo presentado fue cesárea anterior y la actual, así como desprendimiento prematuro de placenta.
- El manejo de la hemorragia puerperal: Atonía uterina fue oportuno evitando condiciones adversas y/o un desenlace fatal.

#### **RECOMENDACIONES:**

- A las autoridades del sector salud realizar capacitaciones al personal de obstetricia para la actualización en uso de claves obstétricas.
- A las obstetras del hospital continuar con las capacitaciones y especialización en alto riesgo y emergencias obstétricas.
- Manejar y atender a las usuarias con criterios de prevención como monitoreo de la atención prenatal adecuado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brace V, Penney G, Hall M. Cuantificación de la morbilidad materna grave: un estudio de población escocesa. BJOG.2004 May;111(5):481–4.
2. Elbourne D, Prendiville W, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de oxitocina en la tercera etapa del trabajo de parto. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001808.
3. Lalonde A, Daviss B, Acosta A, Herschderfer K. Hemorragia posparto hoy: ICM/FIGO iniciativa 2014–2016.Int J Gynaecol Obstet.2016;94(3):243–53. Epub 2006 Jul 12.
4. OMS. Organización mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. 2015;2
5. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Risk Factores de riesgo de hemorragia posparto en partos vaginales en una población latinoamericana. Obstet Gynecol.2019 Jun;113(6):1313–9.
6. Távara L. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. Vol. 59, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. scielo; 2013. p. 153–6.

7. Ortiz E; Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema.  
Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas.  
Diciembre 2016.
8. Santana Y, Gutiérrez M, Benavides M, Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cuba ObstetrGinecol [Internet]. 2016 [citado 23 mayo 2021]; 42(4): Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/111>
9. Ruiz V. Hemorragia postparto de acuerdo con la duración de las etapas de la labor de parto, en mujeres nulíparas y multíparas atendidas en el Hospital Enrique Garcés de Quito, enero-diciembre del 2015. 2017.
10. Ponce de León M. Indicadores epidemiológicos clínico materno fetales de atonía uterina en cesárea primaria posparto en una clínica privada. 2017 facultad de Medicina Humana. URP ISSN Versión Online: 2308-0531 Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(2):82-88. (April 2019) DOI 10.25176/RFMH.v19.n2.2072.
11. Flores D. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, de julio 2016 a julio 2017. Universidad Ricardo Palma.
12. Sánchez Ortiz M. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. Apunt. Cienc., Vol. 9, No. 1, 2019.



13. Lima, L. Factores de Riesgo Asociados a Atonía Uterina en Puérperas Inmediata. Hospital regional docente materno infantil “El Carmen” de Huancayo en el periodo enero a diciembre del 2018.
14. Callaghan WM, Kuklina E V., Berg CJ. Tendencias de la hemorragia posparto: Estados Unidos, 1994–2006. Am J ObstetGynecol [Internet]. 2010 Apr 1 [cited 2020];202(4):353.e1353.e6.Availablefrom:<https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937810000220>.
15. Breathnach F, Geary M. Atonía uterina: definición, prevención, manejo no quirúrgico y taponamiento uterino. Seminario Perinatología [Internet]. 2009. Apr [cited 2020];33(2): 827. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19324236>
16. Augusto M, Cusirramos G, De JA, Vargas LC. Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el período enero a septiembre del 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2015 [cited 2020]. Available from: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/520/1/Gil\\_m.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/520/1/Gil_m.pdf).
17. Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. “Prevención de la hemorragia post parto”. Universidad de Cartagena, Facultad de medicina departamento de ginecología y obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.
18. Hospital María Auxiliadora. Departamento de Ginecobstetricia. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas del Hospital María Auxiliadora.

2016.Ministerio de salud pública de Perú, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2017.

19. Ministerio de salud pública de Perú, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2017.

## ANEXOS

### Anexo 1: Exámenes de laboratorio


HOSPITAL MARIA AUXILIADORA		LABORATORIO	
Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima -		Telf.: 5193030	
<div style="background-color: blue; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="background-color: blue; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
N° Orden:	8120013	N° Historia:	1421415
Paciente:	<div style="background-color: blue; width: 150px; height: 15px;"></div>	Edad:	29
Atención:	HOSPITALIZACION	Cama:	338
Servicio:	GINECOLOGIA	Tarifa:	HMA
		Sexo:	Mujer
		Ingreso:	12/08/2020 18:00:00
		Impresión:	12/08/2020 15:43:32

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>INMUNOLOGIA</b>			
CORTISOL AM	2.92	µg/dl	[ 6.20 - 19.40 ]
TSH ULTRASENSIBLE	4.55	µIU/ml	[ 0.27 - 4.20 ]
1° Trimestro de Embarazo: 0.33 - 4.59 µIU/ml 2° Trimestro de Embarazo: 0.35 - 4.10 µIU/ml 3° Trimestro de Embarazo: 0.21 - 3.15 µIU/ml			
RPR	NO REACTIVO		
Validado por: C. T.M MARUJA SULCA		12/08/2020	15:43:27
<b>HEMATOLOGIA</b>			
LEUCOCITOS	10.75	10 <sup>3</sup> /ul	[ 4.40 - 11.30 ]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 <sup>3</sup> /ul	
HEMATIES	2.19	10 <sup>6</sup> /ul	[ 3.50 - 5.00 ]
	Hipocromia 1+		
HEMOGLOBINA	6.7	g/dl	[ 11.0 - 16.0 ]
HEMATOCRITO	19	%	[ 33 - 48 ]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.8	fL	[ 80.0 - 95.0 ]
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.6	pg	[ 28.0 - 36.0 ]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	35.3	g/dl	[ 30.0 - 36.0 ]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.7	%	[ 11.0 - 15.0 ]
PLAQUETAS	171	10 <sup>3</sup> /ul	[ 150 - 450 ]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.30	fL	[ 8.00 - 12.00 ]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[ 0.0 - 4.0 ]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	70.8	%	[ 40.0 - 75.0 ]
LINFOCITOS%	20.7	%	[ 15.0 - 45.0 ]
MONOCITOS %	7.1	%	[ 2.0 - 10.0 ]
EOSINOFILOS %	0.7	%	[ 0.0 - 5.0 ]
BASOFILOS %	0.2	%	[ 0.0 - 1.0 ]
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.5	%	[ <= 1.0 ]
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm <sup>3</sup>	[ 0.00 - 400.00 ]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	7611	/mm <sup>3</sup>	[ 1600 - 7500 ]
LINFOCITOS	2225	/mm <sup>3</sup>	[ 1500 - 4500 ]
MONOCITOS	763	/mm <sup>3</sup>	[ 200 - 1000 ]
EOSINOFILOS	75	/mm <sup>3</sup>	[ 0 - 500 ]
BASOFILOS	22	/mm <sup>3</sup>	[ 0 - 100 ]

**Anexo 2:**

**Ecografía Obstétrica**



ADORA  
A Y OBSTETRICIA  
ERNO FETAL

**Ratio** Edad: 28 años  
Hora: 7.11  
Dorso: 529

P. Cef = 227 mm (33.5 sem)  
P. Abd = 64 mm (33.2 sem)  
L.F. = 2227 grs.  
SEXO =

ACTIVIDAD CARDIACA: pte  
MORFOLOGIA FETAL: NORMAL ANORMAL ( )  
ABEZO LU Corazon (N)

PLACENTA: Posterior Grado: II / III  
LÍQUIDO AMNIOTICO: Volumen: ADEUADO ILA: N mm  
Movimientos Corporales: pte  
Movimientos respiratorios: pte  
Tono fetal: ADEUADO 8/8

ESTUDIO DOPPLER:

ARTERIA UMBILICAL	IR: /	P: /	IP: /	P: /
ARTERIA CEREBRAL MEDIA	IR: /	P: /	IP: /	P: /
ARTERIA UTERINA DERECHA	IR: /	P: /	IP: /	P: /
ARTERIA UTERINA IZQUIERDA	IR: /	P: /	IP: /	P: /
DUCTUS VENOSO	OVF: /		IP: /	P: /

OBSERVACIONES: LONG Cervix: 35 mm

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: 1) Gestación Única de 33ss + dia ± 2ss x BF.  
2) PBF: 8/8.  
3) BIENESTAR FETAL ADEUADO.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
MC LUIS ARTURO CASTILLO LOO  
CMP 24274 - RNE 1427  
Médico Asistente