



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA SALUD Y BIENESTAR**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado académico de Obstetriz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**“SEPSIS PUERPERAL TARDIA POR DEHISCENCIA UTERINA”**

**AUTORA**

Leslye Nicole Muñoz Aguirre

**TUTOR**

PhD Alvarado Hugo Franco

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador**

**2020**



## INDICE

AGRADECIMIENTO.....	4
DEDICATORIA.....	5
TEMA 6	
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCION .....	1
I MARCO TEORICO.....	1
1.1.1    DEFINICION.....	1
1.1.2    CAUSAS.....	1
1.1.3    FISIOPATOLOGIA .....	2
1.1.4    ETIOLOGÍA .....	3
1.1.5    SIGNOS Y SÍNTOMAS .....	3
1.1.6    DIAGNOSTICO.....	4
1.1.7    TRATAMIENTO.....	6
1.1.8    COMPLICACIONES .....	7
1.2    JUSTIFICACIÓN.....	9
1.3    OBJETIVOS.....	9
1.3.1    Objetivo general.....	9
1.3.2    Objetivos específicos.....	9
1.4    DATOS GENERALES.....	10
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	11
2.1    ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	11
2.2    HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	12
2.3    ANAMNESIS.....	13
2.4    EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	14
2.5    INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	16
2.6    FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	17
2.7    CONDUCTA A SEGUIR.....	17



2.8	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	17
2.9	INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	18
2.10	SEGUIMIENTO .....	19
2.10.1	Día 0: En su evolución destacamos .....	19
2.10.2	Día 1: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos.....	20
2.10.3	Día 14: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos.....	20
2.10.4	Día 34: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos.....	21
2.11	OBSERVACIONES .....	23
2.12	CONCLUSIONES .....	23
III	BIBLIOGRAFÍA .....	24
	ANEXOS .....	27



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios principalmente por haberme dado la sabiduría y paciencia para poder realizar este trabajo.

A mis padres, hermanos y esposo por haberme brindado su paciencia y comprensión.

A mi hija por ser el motivo que me impulsa a ser cada día mejor.

A nuestros tutores por habernos orientado en la realización de nuestra investigación, por su apoyo y comprensión.

A los trabajadores del Hospital León Becerra Camacho, que de alguna manera nos ayudaron con su disposición y conocimientos para la culminación de nuestro trabajo.



## DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre Lcda. Noemí Aguirre Badillo a mi padre Eduardo Muñoz Barragán, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes eh logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Eh tenido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos y mi esposo por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.



## **TEMA**

**“SEPSIS PUERPERAL TARDIA POR DEHISCENCIA UTERINA”**



## RESUMEN

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores considerados importantes para medir el nivel socioeconómico y el estado de salud de la población en un país determinado, La terminación por vía quirúrgica de los eventos obstétricos o también conocida como cesárea ha sido uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido, indiscutiblemente, un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

La infección puerperal como expresión de infección asociada a la asistencia sanitaria es una de las principales complicaciones de las pacientes obstétricas.

Por medio del presente estudio tenemos como objetivo describir las complicaciones de la Sepsis puerperal por dehiscencia de histerorrafia,

El caso clínico a estudiar es: Paciente de 19 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel con diagnóstico de Embarazo de 37.2 semanas de gestación, por ecografía del 1er trimestre, al tacto vaginal cérvix cerrado, al monitoreo fetal presenta Lcf 134x' contracciones uterinas esporádicas.

**Palabras clave:** sepsis, histerorrafia, dehiscencia, puerperio, infección,



## **ABSTRACT**

Maternal mortality is one of the indicators considered important to measure the socioeconomic level and the health status of the population in a given country. The surgical termination of obstetric events or also known as cesarean section has been one of the most important advances of contemporary perinatal medicine and has had, indisputably, an extraordinary impact on the reduction of maternal and perinatal mortality.

Puerperal infection as an expression of infection associated with healthcare is one of the main complications in obstetric patients.

Through this study we aim to describe the complications of puerperal sepsis due to hysterorrhaphy dehiscence,

The clinical case to be studied is: A 19-year-old patient is brought to the second level hospital with a diagnosis of Pregnancy of 37.2 weeks of gestation, by ultrasound of the 1st trimester, on vaginal examination of the closed cervix, on fetal monitoring she presents Lcf 134x ' sporadic uterine contractions.

**Keywords:** sepsis, hystero-graphy, dehiscence, puerperium, infection.





## INTRODUCCION

La sepsis materna es un detonante de gran importancia para la mortandad y mortandad materna. (Comité de Publicaciones de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal (SMFM), 2019)

Es poco ordinario que la dehiscencia uterina sea sintomática fuera del entorno del alumbramiento y esto sería un motivo para la presencia de la hemorragia después del parto tardío, pocos acontecimiento de dehiscencia uterina son demostrados en el postparto. (Toussaint, Cardona, Toussaint, & Valla, 2015)

El puerperio es el período posterior al parto o cesárea la palabra *puerperio* se deriva del latín *puer*, niño, y *parus*, dar a luz (Cunninghan et al., 2011) luego se elimina la placenta y se despliega hasta la restauración anatómica y fisiológica de la fémina. Es una fase de transición cuya prolongación puede ser variable, generalmente de 6 a 8 semanas, en el que se empieza a desarrollar el transcurso de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo(a) y el alrededor.

El puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos según la forma clínica:

- **Puerperio inmediato:** 24 horas posteriores al parto
- **Puerperio Mediato:** de 2 a 7 días
- **Tardío:** de los 8 a 42 días abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional. Conocido coloquialmente como cuarentena.

La segunda causa de muerte la sepsis, más frecuente en el puerperio tardío. Según la OMS, la incidencia mundial de infección en el puerperio es del 4,4% de



todos los nacidos vivos y su principal causa la endometritis puerperal. La tardía disposición del diagnóstico y por tanto de un tratamiento de calidad, trae como consecuencia una alta morbilidad con secuelas en la fertilidad de las progenitoras, minusvalías o incluso efectos malignos al bebe. (Ponce Menendez & Pérez Félez, 2020)

El Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar, garantiza la salud materno-infantil de manera comunitaria, intercultural, y es por eso, que el accionar del profesional de obstetricia contribuye en el cumplimiento del mencionado modelo. (Caedenas, G et al, 2018)



## **1 MARCO TEORICO**

### **1.1.1 DEFINICION**

Hace más de 20 años se constituyó la primera definición de sepsis basada en el concepto de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), actualmente es utilizada. Sin embargo, existen nuevas definiciones para la palabra sepsis la cual usa un nuevo concepto como “disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta disregulada del huésped a la infección”, utilizando SOFA que por sus siglas en ingles significa; (Sequential Organ Failure Assessment) la cual es un sistema de puntuación. (Neira-Sanchez & Málaga, 2016)

### **1.1.2 CAUSAS**

Antiguamente era una causa importante de mortalidad materna por la falta de higiene durante la atención a los partos. En la actualidad se han logrado reducir drásticamente los riesgos de sepsis puerperal gracias a las condiciones óptimas en los cuidados de la mujer en el nacimiento y el puerperio.

En 2016, las Definiciones del Tercer Consenso Interno para Sepsis y Shock Séptico del grupo de trabajo (taskforce) definió la sepsis como "disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección". (Comité de Publicaciones de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal (SMFM), 2019)

Actualmente se consideran causas probables de sepsis puerperal: Partos prolongados, y/o intervenidos (traumáticos), Rotura prematura de membranas, retención de restos ovulares, infecciones extra genitales. Infecciones por bacterias gram positivas y/o gram negativas. (Chacón vivas, 2015)



Parto por cesárea los informes de casos que antedatan la profilaxis con antibióticos, ejemplifican la magnitud del riesgo Cunningham et al. (1978) describieron una incidencia global de 50% en las mujeres sometidas cesárea en el *Parkland Hospital*.

### **1.1.3 FISIOPATOLOGIA**

Es el resultado de la respuesta de huésped de manera desregulada ante una infección que resulta en daño a los órganos, y posteriormente cualquier sistema de órganos puede ser afectado. La antes mencionada respuesta inflamatoria excesiva que se produce con la sepsis incluye extravasación de albúmina y líquido, con la resultante hipovolemia intravascular. La disminución de la vascularización sistémica se da por causa de la liberación de citoquinas que también afecta, a la resistencia y al aumento del gasto cardíaco, no obstante, el 60% de los pacientes con sepsis tienen una sector de eyección inferior al 45% (disfunción sistólica).

Las infecciones nosocomiales son el resultado por el contacto del paciente con tres posibles fuentes: por su organismo, por las enfermedades en otros pacientes o en el personal sanitario y, por último, bacterias presentes en el ambiente hospitalario. Se considera, según los expertos, que hace más de 20 años, el origen más importante de infección participada a la asistencia sanitaria es la flora endógena, pero se estima que entre el 20-40 % de las mismas se adquieren de forma horizontal de otros pacientes o personal y 20 %, del ambiente (Ramírez Salinas, Yamilia et al., 2016)



#### **1.1.4 ETIOLOGÍA**

La fuente pelviana es propensa a presentarse en los casos intra y postparto, en general, en la sepsis materna se encuentran organismo aislados, estos son “Escherichia coli” y “Estreptococos” del grupo A y del grupo B, ergo, también fueron reportados estafilococos, bacterias gram negativas y anaeróbicas, y demás organismos.

También pueden ser infecciones mixtas; es el 15% de la mortalidad materna por sepsis en las cuales se pudieron reconocer microorganismos, la infección fue polimicrobiana. (Comité de Publicaciones de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal (SMFM), 2019).

La dehiscencia de cicatriz de cesárea se estima en 0.3-1.9%<sup>33</sup> de los casos, y la hemorragia posparto secundaria asociada con esta causa es poco frecuente.

Es por la dehiscencia de la cicatriz de cesárea que se produce la hemorragia postparto secundaria y a su vez, se considera secundaria por la infección local de uterotomía, que degradan los vasos sanguíneos. Este proceso ocasiona una hemorragia masiva entre las 2-3 semanas posparto, lo que las adapta a la urgencia de histerectomía. (García-Lavandeira, S et al, 2017)

#### **1.1.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Usualmente los síntomas presentes durante y antes de una sepsis puerperal son: Dolor abdominal o hipogástrico y dolor a la movilización cérvix o uterina, los cuales vienen acompañados de fiebre.

Otros síntomas persistentes, serían los escalofríos, los dolores de cabeza, el malestar general y la anorexia, que por cierto, son muy ordinarios. No obstante, existen ocasiones donde el único síntoma es una fiebre leve.



Para un análisis a simple vista, se pueden ver algunos signos, los cuales con regularidad son la palidez, el útero blando, grande y doloroso. La secreción puede ser escasa y maloliente, con o sin sangre. Al verse afectado los parámetros, síntomas como el dolor y la fiebre son intensos; una vez más el útero se hace grande y el dolor en la mujer es insoportable, tanto, que la inflamación se extendería hasta las paredes pelvianas o incluso al fondo de saco posterior.

El absceso pelviano puede manifestarse como una masa palpable separada y adyacente al útero. (S. Moldenhauer , 2018)

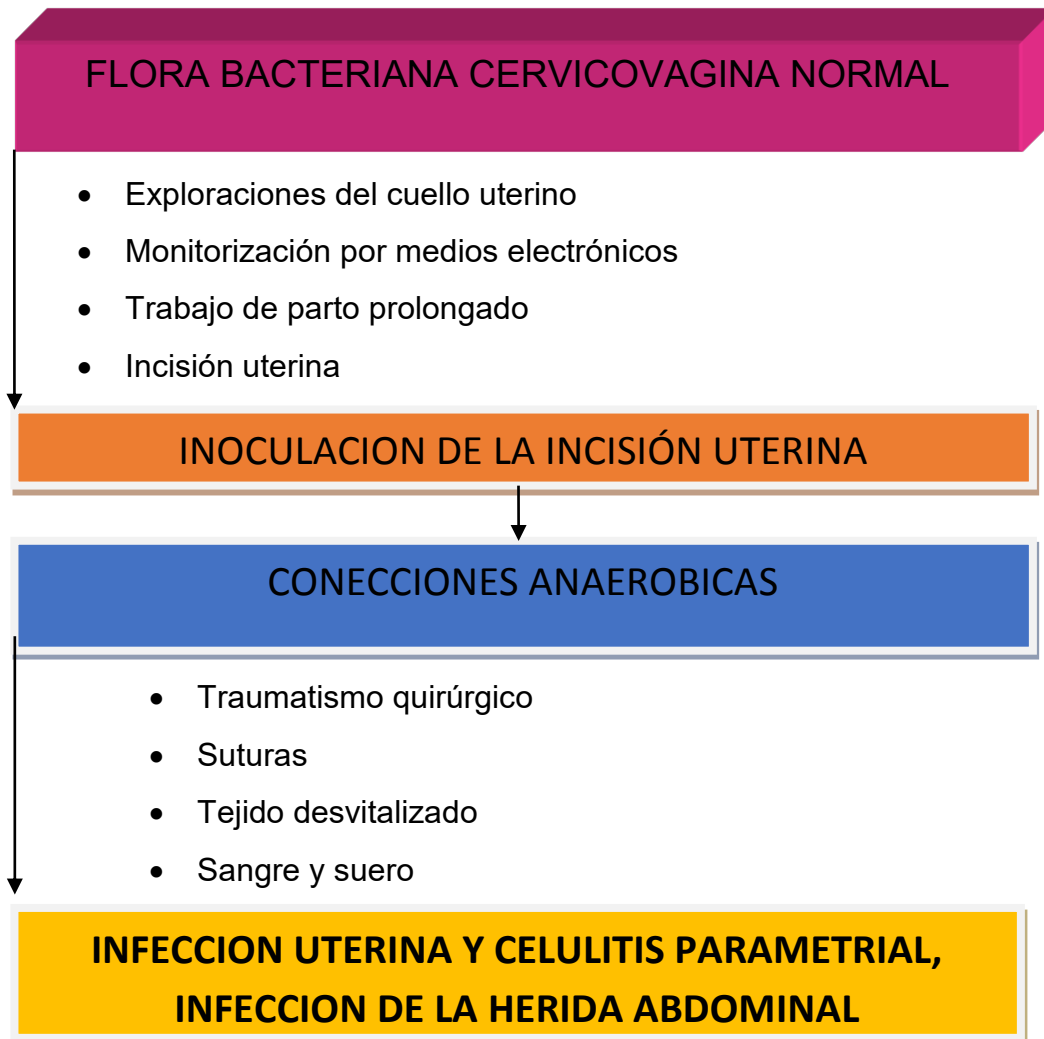
#### **1.1.6 DIAGNOSTICO**

Anamnesis: antecedentes, procedencia (sala de partos o internación, quirófano, domicilio, etc.), signos, síntomas, momento de inicio, factores de riesgo, comorbilidades, etc. Examen físico obstétrico y general: enfocado a la identificación de la fuente de infección. Estudios de laboratorio en sangre y orina, estudios de bacteriología como hemocultivos, urocultivos, material de colecciones o de heridas complicadas. La toma del material se debe realizar antes de instaurar el tratamiento antibiótico. Diagnóstico por imágenes: radiografía de tórax, abdomen, ecografía pélvica, abdominal o de partes blandas, valorando tomografía computarizada o resonancia magnética.

La evaluación sistémica orienta a la localización del foco séptico; se pueden observar: fiebre, escalofríos, hipotensión arterial, náuseas, vómito, diarrea, íleo, herida quirúrgica con eritema, induración, dolor y supuración, dolor abdominal o pelviano, reacción peritoneal, útero sub involucionado, loquios fétidos, alteración del sensorio, eritema (rash) cutáneo maculo papular, mamas eritematosas e induradas, con sintomatología urinaria, respiratoria, entre otras. Los indicadores de mal pronóstico en choque séptico en obstetricia son el retraso en el diagnóstico inicial, mala respuesta a la reanimación masiva con



fluidos intravenosos, gasto cardiaco bajo, reducción de la extracción de oxígeno, lactato sérico elevado (mayor de 4 mol/L) y síndrome de falla multiorgánica. (Herrera Morales, Blanca E et al, 2018)



**Elaborado por:** Leslye Nicole Muñoz Aguirre, egresada de obstetricia, 2020

**Fuente:** Tabla 1-Patogenia de la metritis posterior a la cesárea. Tomado de obstetricia de Williams edición 24 (Cunningham et al 2011)



### 1.1.7 TRATAMIENTO

En el caso de infección moderada o grave se indica un tratamiento intravenoso con algún antibiótico de amplio espectro. Casi el 90% de las mujeres que recibe este tipo de tratamientos mejora entre 48 a 72 horas. Si la fiebre no disminuye se deben buscar causas de una infección pélvica refractaria entre estos abscesos pélvicos o de la incisión abdominal (Cuninghan et al., 2011)

**Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro** en la **primera hora de atención**, sin que la obtención de los cultivos retrase su administración, caso contrario iniciar tratamiento empírico con monoterapia de amplio espectro, según nivel de atención. (9,38).

#### **Esquema 1:**

Penicilina 5 ´000.000 IV cada 4 horas

+

Metronidazol 500 mg IV c/8h

+

Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas

**TRANSFIERA** a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad

#### **Esquema 2:**

Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6horas

+

Clindamicina 900mg IV cada 8horas más

+

Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg cada 8horas mg

#### **Esquema 3:**

Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas

+

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o

Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas

#### **Esquema 4:**

Piperacilina/tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.

Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores. La elección del fármaco vasopresor dependerá del nivel de atención.

Prepare dopamina para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min.

**Preparación:** 400 mg (2 ampollas) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9 % (Dilución equivalente: 1600 mcg/ml). (39).

**Elaborado por:** Leslye Nicole Muñoz Aguirre, egresada de obstetricia, 2020.

**Fuente:** Tabla Protocolo de manejo clave amarilla GPC claves obstétricas (MSP) 2017





### 1.1.8 COMPLICACIONES

Las complicaciones después de una intervención quirúrgica pueden ser el resultado de una patología primaria. La presencia de las complicaciones comienza en el antes de un procedimiento quirúrgico con la evaluación de la enfermedad y los factores de riesgo del paciente. Se han descrito las complicaciones de una mujer post-cesárea en:

- **Inmediatas:** Hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleo paralítico.
- **Mediatas:** Infección puerperal ya sea urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, sepsis de herida quirúrgica o dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
- **Tardías:** Ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherentes.

**Según la literatura se ha hecho mención a diversos factores que influyen en una correcta cicatrización de la herida, tales como:**

- **Estado Nutricional:** En dependencia del estado nutricional se puede alterar el proceso de cicatrización y particularmente la actividad celular y la síntesis de colágena en las deficiencias de proteínas, carbohidratos, zinc y vitaminas A, B y C.
- **Edad:** A mayor edad más se prolonga el tiempo de cicatrización, porque el metabolismo es más lento, la circulación es deficitaria, los músculos y la piel pierden su tonicidad y elasticidad.
- **Peso:** El tejido adiposo es el más vulnerable de todos los tejidos al trauma y a la infección, por su restringido aporte sanguíneo.



- **Deshidratación:** La deshidratación aminora la oxigenación sanguínea, lo que entorpece el metabolismo celular y la excreción hormonal.
- **Aporte Sanguíneo Inadecuado:** Torna más lento el proceso de cicatrización.
- **Respuesta Inmunológica Deficiente:** Permite el asiento de infecciones así como la respuesta inmunológica aumentada en forma de reacción alérgica a materiales de sutura interfiere con la normal cicatrización.
- **Enfermedades Crónicas:** Los trastornos endocrinológicos (diabetes) y las neoplasias enlentecen la cicatrización y la herida es más vulnerable a las infecciones y la aparición de otras complicaciones.
- **Uso de Corticoides:** La cicatrización de la herida puede retardarse con el uso de corticoides, inmunosupresores, quimioterapia, radioterapia y el uso de determinadas hormonas. (Botero, págs. 399-403)



## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La infección puerperal es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica y a pesar de los importantes avances de la Obstetricia contemporánea, del conocimiento de factores de riesgo y del advenimiento de nuevos y potentes antibióticos, constituye una de las principales causas de mortalidad materna.

La herida quirúrgica postcesárea séptica, como expresión de infección intrahospitalaria, representa un importante problema de salud y su incidencia un indicador directo de la calidad asistencial. (Ramírez Salinas, Yamilia et al., 2016)

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo asociados a Sepsis puerperal por dehiscencia de histerorrafia en un caso clínico presentado en el hospital.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Analizar el caso clínico de una paciente ingresada con diagnóstico de Sepsis puerperal por dehiscencia de histerorrafia, presentado en área de emergencia en el hospital....
- Identificar factores de riesgos asociados a sepsis puerperal por dehiscencia de histerorrafia en paciente atendida en hospital....
- Determinar por revisión bibliográfica causa principales de sepsis puerperal en pacientes que presentan dehiscencia de histerorrafia.



#### 1.4 DATOS GENERALES

Nombres completos: Hospital General "Dr. León Becerra Camacho"	Sexo: <b>Femenino</b>
Cedula de identificación: <b>0943634659</b>	Edad: <b>19<sup>a</sup></b>
Fecha de nacimiento: <b>28-04-2000</b>	Estado civil: soltera
Nacionalidad: <b>Ecuatoriana</b>	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: <b>Primaria</b>	Raza: Mestiza
Dirección: El Recreo-Duran	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: <b>bajo</b>	Hospital: "Dr. León Becerra Camacho"
Fecha de ingreso: <b>2020-01-29</b>	FUM: 27/04/2019



## **2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 19 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel con diagnóstico de Embarazo de 37.2 semanas de gestación, por ecografía del 1er trimestre, al tacto vaginal cérvix cerrado, al monitoreo fetal presenta Lcf 134x' contracciones uterinas esporádicas.



## 2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</b>		<b>NO REFIERE</b>
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES</b>		Abuela y madre diabética e hipertensa
<b>ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS</b>		CUP 1
<b>ALERGIAS</b>		no refiere
<b>HÁBITOS</b>		Ninguno
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>	<b>Menarquía:</b>	12 años
	<b>Ciclos Menstruales:</b>	Regulares 3 -4 días
	<b>Inicio de vida sexual:</b>	16 años
	<b>Planificación Familiar:</b>	Ninguna
	<b>Parejas sexuales:</b>	2
	<b>Gestas: 2</b>	<b>abortos: 0</b>
	<b>Partos 0</b>	<b>cesáreas 1</b>
	<b>Fecha de la última menstruación:</b>	27-4-2019
	<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	1
	<b>Ecografías:</b>	2
<b>Edad gestacional:</b>	37.2 semanas por Fum	
<b>Papanicolaou:</b>	Ninguno	



### 2.3 ANAMNESIS

Paciente de 19 años de edad llega al hospital de segundo nivel en condiciones aparentemente estables con diagnóstico de embarazo 37.3 semanas que al tacto vaginal se presenta sin modificaciones cervicales.

Paciente acude a la emergencia consciente orientada en tiempo y espacio por dolor lumbosacro, febril con 37.1°C de temperatura, Presión arterial 100/70mmHg, Frecuencia cardíaca 82lpm, Frecuencia respiratoria 20 rpm, SAT 99%.

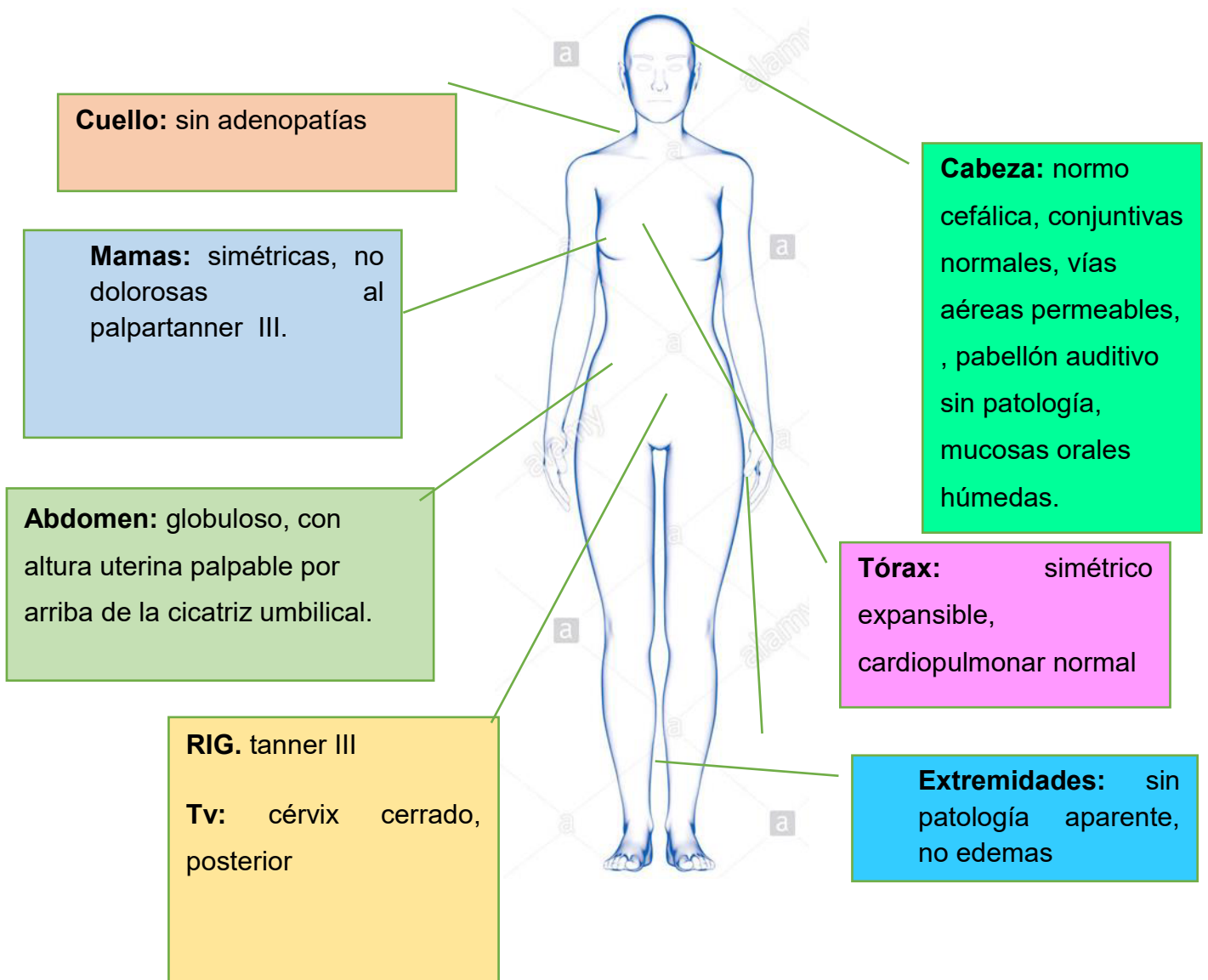
A la valoración obstétrica en emergencia presenta cérvix cerrado, membranas: íntegras. Plano: alto.

## 2.4 EXPLORACIÓN CLÍNICA

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

**Figura 2.**

**General:** Consciente, orientada



**Fuente:** Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)





Al momento del ingreso reporta un **SCORE MAMA DE 0** a razón de los siguientes valores:

SCORE MAMA

PUNTAJE	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACIÓN
FC	<59	-	-	60 – 100	101 -110	111 - 119	>120	FC
Sistólica	<70	71 – 89	90	91- 139	-	140 – 159	>160	Sistólica
Diastólica	<50	51 – 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	>110	Diastólica
FR	<10	--	11	12 - 20	-	21- 29	>38.5	FR
T (°c)	<36	-	-	36.1 - 37.0	37.7 – 38.6	-	>38.5	T (°c)
Sat(%)	<85	86 – 89	90- 93	94 – 100 %	-	-	-	Sat(%)
Estado de conciencia	-	Confusa/agitada	-	Alerta	Responde voz/ somnolient	Responde dolor/ estuporors	No responde	Estado de conciencia
Proteinuria	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria

**Tabla 5.** Score mama Valores de referencia:

Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Sístole	100mmHg
Diástole	70mmHg
FC	82lpm
FR	20 rpm
T	37.1 °C
Sat.	99%
Estado de conciencia	CONCIENTE
PROTEINURIA	(-)



## 2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:

<b>Ecografía obstétrica</b>	Producto único vivo con fcf de 140lpm DG= Embarazo +- 37.2 semanas
-----------------------------	---

EXÁMENES DE LABORATORIO	
<b>HGB:</b>	7.2 g/dl
<b>HCTO</b>	21.4%

Exámenes durante 2do día de Hospitalización

EXÁMENES DE LABORATORIO	
<b>HGB:</b>	4.80
<b>HCTO</b>	18.9
<b>VCM</b>	54.9
BIOQUIMICA SANGUINEA	
<b>Glucosa:</b>	63
<b>VIH</b>	no reactivo
<b>VDRL</b>	No reactivo
<b>Tiempos de coagulación</b>	TP: 27.8 TTP 38
<b>Grupo sanguíneo</b>	ORH-



## **2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

Por el cuadro clínico de la paciente que acude a 2do nivel de atención por área de emergencia y exámenes complementarios evidenciaban un diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo de ingreso de anemia que complica el embarazo, parto y puerperio que requiere tratamiento hospitalario para sustitución por hierro parenteral.

## **2.7 CONDUCTA A SEGUIR**

Se realiza respectiva valoración Gineco obstétrica; se decide el ingreso de la paciente.

Restitución con hierro parenteral y control con exámenes de laboratorio.

## **2.8 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

En pacientes obstétricas con anemia severa la mayoría de las ocasiones, desarrolla complicaciones posteriores parto normal cesáreo, la falta de seguimiento y colaboración por parte de la paciente y sus familiares en mejorar su alimentación y control prenatal.

Debemos mencionar que las gestaciones y las gestantes son lo primordial para el personal de salud en obstétrica y ginecología, el mejorar el seguimiento y control por parte del personal en visitas domiciliarias, y un adecuado control prenatal mejoraría los índices de anemia en el embarazo.



Cuando se diagnostica esta patología se requiere de varias especialidades y no solo de ginecología u obstetricia, por eso cabe destacar la colaboración del personal de otras especialidades en el seguimiento.

## **2.9 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Según la Organización Mundial de la Salud es una complicación obstétrica la cual define como patologías que se causan por la herida que se realiza mediante un procedimiento quirúrgico a su vez, los microorganismos que colonizan la piel, o a la propagación de gérmenes moran en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos que son el resultado de la infección de la herida quirúrgica generalmente provienen del mismo paciente y son consideradas una infección endógena, pueden estar en la piel o en las vísceras abiertas. La infección endógena se puede producir por la utilización de instrumentos contaminados.



## **2.10 SEGUIMIENTO**

### **2.10.1 Día 1: En su evolución destacamos**

Paciente de 19 años de edad fum: 27/04/2019 g: 2, p: 0, c: 1, a: 0 app: no refiere apf: abuela y madre diabética e hipertensa aqx: cesárea segmentaria. Alergias: no refiere paciente con embarazo de 37.2 sg por fum + anemia moderada que complica el embarazo (hemoglobina te 7.2 g/dl hematocritos de 21.4%), no presenta carnet de control prenatal, refiere 3 controles en centro de salud CAI 3, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, glasglow 15/15 signos vitales al ingreso con score mama de 0.

#### **SIGNOS VITALES**

PA100/70mmhg, fc82lpm, fr 20 rpm, t 37.1°C, sat 99% al ambiente

#### **MONITOREO FETAL**

Con fcf de 134lpm.Examen obstétrico: cérvix: cerrado plano alto.

#### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

Reportan hb7.2, hematocrito: 21.4, vih y vdrl no reactivo.

#### **INDICACIONES**

Control de signos vitales, cuidados de enfermería, dieta general, monitoreo fetal cada día y pase a hospitalización.

#### **TRATAMIENTO DE INGRESO**

- Cloruro de sodio al 9% 300 cc IV + 300 mg hierro IV pasar en 3 horas.
- Eritropoyetina 2000



### **2.10.2 Día 2: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos**

#### **EXÁMENES DE LABORATORIO:**

**Leucocitos:** 6.74, **neutrófilos:** 70.4, **linfocitos:** 24.1, **Hb:** 4.80, **hematocrito:** 18.9, **plaquetas:** 158.000.

#### **EXAMEN FÍSICO:**

Abdomen gestante acorde a edad gestacional, Valoración obstétrica cérvix cerrado. Membranas: integras. Plano: alto.

Se evidencia una alteración en la fórmula hemática, por lo que se indica transfusión de hemoderivados.

### **2.10.3 Día 8: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos**

Paciente de 19 años con transfusión sanguínea de 3 pintas de sangre, que cursa cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbar de 12 horas de evolución monitoreo fetal categoría 1 patrón reactivo FCF 147x' con actividad uterina 5/10, Score mama 0, al examen físico abdomen globuloso con AFU a término con feto único vivo al tacto vaginal: central blando dilatación 6cm borramiento 80%, polo cefálico I plano membranas abombadas, pelvis ginecoide por lo que se realiza RAM (ruptura artificial de membranas) obteniéndose líquido amniótico meconial (puré de arveja) por lo que se decide terminar embarazo por vía alta plan: cesárea.



## INDICACIONES POST CESAREA

- NPO
- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Cuidados de herida quirúrgica
- Exámenes de laboratorio

### 2.10.4 Día 16: En HOSPITALIZACIÓN su evolución destacamos

Paciente con 7 días post quirúrgico de cesárea segmentaría infectada con diagnóstico presuntivo de pseudomona, se verifica que han pasado 4 días sin toma de decisión de limpieza quirúrgica pese a estar supurativa con mal olor, y mal aspecto se han rotados esquemas de antibióticos 2 días y medio se solicitan toman de muestras de secreción de herida para cultivo y antibiograma, exámenes actualizados de biometría, TP, TPT, gasometría, procalcitonina, interleukina, PCR, Ecografía de partes blandas, RX de abdomen de pie, interconsulta a medicina interna, se pide valoración de anestesiología y luego de verificar se realizara procedimiento quirúrgico.

#### **Signos vitales**

PA: 100/70, FC: 110 plm, FR: 21, T°: 38.4 SAT: 94% score mama 4.

Paciente egresa de quirófano luego de realizarse histerectomía abdominal obstétrica **diagnóstico de ingreso a quirófano:** herida quirúrgica obstétrica infectada **diagnostico post quirúrgico:** herida quirúrgica obstétrica infectada + dehiscencia de rafia a nivel de segmento **hallazgos quirúrgicos:** histerorrafia con presencia de fibrina perdida de solución de continuidad con eliminación de líquido purulento aproximadamente 300 cc que se encuentra en cavidad uterina abdominal subcutáneo, útero de aspecto friable por lo cual se realiza 3 tomas



para realizar histerectomía por lo cual se hace pasar al familiar y se toma decisión transoperatoria de realizar procedimiento de histerectomía obstétrica.

### **INDICACIONES POST HISTERECTOMIA**

- NPO
- Tolerancia oral 8 am
- Deambulación asistida 8 horas
- Control de signos vitales
- Control de sangrado genital
- Aseo perianal
- Curación de herida quirúrgica cda 24 H
- Diuresis cada turno

### **TRATAMIENTO POST HISTERECTOMÍA**

- Lactato de ringer 1000 cc IV a 30 gotas
- Cefazolina 1 gr IV cada 6 horas
- Clindamicina 900 mg IV cada 6 horas
- Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas
- Ketorolaco 60 mg IV cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg IV cada 12 horas
- Ondasetron 8 mg IV cada 12 horas

Luego del procedimiento quirúrgico post histerectomía por herida quirúrgica infectada, la paciente se mantuvo 1 semana en observación en el cual se evidencio mejoría por lo cual se procedió al alta médica con el siguiente tratamiento:

- Clindamicina 300 mg VO cada 12 horas por 5 días
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 5 días
- Sulfato ferroso 50 mg VO cada día por 30 días





## **2.11 OBSERVACIONES**

Se realizó la investigación de varias fuentes bibliográficas con la finalidad de conocer, el adecuado diagnóstico tratamiento y seguimiento de estos casos.

En este caso se debe destacar que la infección por pseudomona en ambientes hospitalarios tiene alta incidencia, así como también que la paciente paso 4 días, sin que se le realice limpieza quirúrgica de la herida ya infectada.

Debido a lo anteriormente mencionado la herida infectada término con la histerectomía conservadora de una paciente de 19 años, en la que se conservaron los ovarios para evitar una menopausia temprana.

## **2.12 CONCLUSIONES**

El control prenatal durante las semanas de gestación es un factor protector en la salud de las mujeres gestantes

La anemia es el factor predisponente que influye en la salud materna

La contaminación ambiental por contaminación de pseudónimas se comprueba por análisis de cultivos ambientales, el cual queda para futuras investigaciones.



### 3 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>.
- Botero, J. (s.f.). Recuperado el 1992
- Caedenas, G et al. (29 de Marzo de 2018). Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 21-25.
- Chacón vivas, G. (30 de Noviembre de 2015). *saber.ula.ve*. Obtenido de  
[http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/puerperio\\_patologico.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/puerperio_patologico.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Comité de Publicaciones de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal (SMFM). (10 de Abril de 2019). Sepsis durante el embarazo y el puerperio. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 220(4), B2-B10.
- Cunningham et al. (2011). *Obstetricia de Williams* (24 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- García-Lavandeira, S et al. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(4).
- Herrera Morales, Blanca E et al. (2018). Predictores de mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante uso de score de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica-obstétrica. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 32(5).
- Miguel A. Nares-Torices, \*. J.-P.-A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCION HUMANA*, 27.
- Neira-Sanchez, E. R., & Málaga, G. (2016). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Médica Peruana*, 33(3).
- Ponce Menendez, P., & Pérez Félez, A. (febrero de 2020). La endometritis puerperal. Revisión bibliográfica. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*.
- Ramírez Salinas, Yamilia et al. (2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. *Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea*.
- S. Moldenhauer , J. (Junio de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD:  
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-puerperal>
- Toussaint, A., Cardona, I., Toussaint, M., & Valla, C. (2015). Dehiscencia uterina diagnosticada un mes posparto: presentación de un caso y revisión bibliográfica. *PROGRESOS de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA*.



Alamy Foto destock ikonacolor / . (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.

<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

Caedenas, G et al. (29 de Marzo de 2018). Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* , 21-25.

Chacón vivas, G. (30 de Noviembre de 2015). *saber.ula.ve*. Obtenido de

[http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/puerperio\\_patologico.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41139/puerperio_patologico.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Comité de Publicaciones de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal (SMFM). (2019). Sepsis durante el embarazo y el puerperio. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* , 220 (4), B2-B10.

Cunningham et al. (2011). *Obstetricia de Williams* (24 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.

García-Lavandeira, S et al. (2017). Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Ginecología y obstetricia de México* , 85 (4).

Herrera Morales, Blanca E et al. (2018). Predictores de mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante uso de score de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica-obstétrica. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)* , 32 (5).

Miguel A. Nares-Torices, \* . J.-P.-A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCION HUMANA* , 27.

Neira-Sanchez, E. R., & Málaga, G. (2016). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Médica Peruana* , 33 (3).

Ponce Menendez, P., & Pérez Félez, A. (febrero de 2020). La endometritis puerperal. Revisión bibliográfica. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos* .

Ramírez Salinas, Yamilia et al. (2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. *Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea* .

S. Moldenhauer , J. (Junio de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD:

<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-puerperal>

Toussaint, A., Cardona, I., Toussaint, M., & Valla, C. (2015). Dehiscencia uterina diagnosticada un mes posparto: presentación de un caso y revisión bibliográfica. *PROGRESOS de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA* .



# ANEXOS



## ANEXOS

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente:	AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE	Cédula:	0943634659
Fecha Orden:	26/03/2020	Turno:	11200226023
Médico:	HIDALGO CORONADO JULIO AGUSTIN	Unidad Médica:	HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología Bioquímica

Hematología

Examen	Resultado	Unidad
<b>HEMOGRAMA:</b>		
LEUCOCITOS	4.48	x 10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS#	0.02	10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS %	0.5	%
NEUTROFILOS#	2.65	10 <sup>9</sup> /L
NEUTROFILOS %	58.9	%
EOSINOFILOS#	0.24	10 <sup>9</sup> /L
EOSINOFILOS %	5.5	%
LIFOCITOS#	1.36	10 <sup>9</sup> /L
LIFOCITOS %	30.3	%
MONOCITOS#	0.21	10 <sup>9</sup> /L
MONOCITOS %	4.8	%
HEMATIES	4.49	mm <sup>3</sup> /L
HEMOGLOBINA	10.20	g/dL
HEMATOCRITO	34.6	%
MCV	77.3	fL
MCH	22.7	pg
MCHC	29.5	g/dL
RDW - CV	34.8	%
RDW - SD	36.8	fL
PLAQUETAS	316	mm <sup>3</sup> /L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.9	fL
PDW	14.90	—
PCT	0.31	—

Examen: Hematología  
Resultado: Consulta Externa

Elaborado por: JULIO MARIO FERRANDO BONE VILLA  
Fecha: 26/03/2020 10:27:11



Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE      Cédula: 0943634659

Fecha Orden: 22/02/2020      Turno: 1120022046

Médico: HIDALGO CORONADO JULIO AGUSTIN      Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA

**Bioquímica**

Examen	Resultado	Unidad
BIOQUIMICA: UREA	* 12.0	mg/dl
CREATININA	0.50	mg/dl

Usuario Médico: LUIS MARIO FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Valid: 22-02-2020 15:21:44

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE      Cédula: 0943634659

Fecha Orden: 18/02/2020      Turno: 11200218042

Médico: RODRIGUEZ GUERRERO LUIS ALBERTO      Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. BECERRA

**Hematología**

Examen	Resultado	Unidad
HEMOGRAMA:	6.73	x 10 <sup>9</sup> /L
LEUCOCITOS	0.02	10 <sup>3</sup> /L
BASOFILOS#	0.2	%
BASOFILOS %	4.52	10 <sup>3</sup> /L
NEUTROFILOS#	67.2	%
NEUTROFILOS %	0.23	10 <sup>3</sup> /L
EOSINOFILOS#	3.5	%
EOSINOFILOS %	1.56	10 <sup>3</sup> /L
LINFOCITOS#	* 23.0	%
LINFOCITOS %	0.41	10 <sup>3</sup> /L
MONOCITOS#	6.1	%
MONOCITOS %	4.07	mm <sup>3</sup> /L
HEMATIES	* 8.60	g/dl
HEMOGLOBINA	* 29.2	%
HEMATOCRITO	* 71.8	L
MCV	* 21.2	DQ
MCH	* 28.6	%
MCHC	* 36.2	%
RDW - CV	91.3	L
RDW - SD	* 485	mm <sup>3</sup> /L
PLAQUETAS	8.9	L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	15.30	--
PDW	0.43	--
PCT		

Usuario Médico: LUIS MARIO FERNANDO BONE VILELA  
Fecha Valid: 18-02-2020 12:05:54



Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE      Cédula: 0943634659      Edad:

Fecha Orden: 17/02/2020      Turno: 11200217048      Género:

Médico: ACOSTA VILLEGAS MG. VA GEDCONDA      Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA

**Prospección**

Prospección

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref
<b>RESPECIALES</b>			
PROCALCITONINA	0.14	ng/ml	MENOR A 0.5 - NEGATIVO PARA INFECCION 0.5 - 2.0 - POSIBLE INFECCION 2.1 - 10 - POSIBLE INFECCION >10.0 - POSIBLE RIESGO DE SEPSIS

Unidad Médica: LICDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY  
Fecha Válida: 17-02-2020 11:47:56

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE      Cédula: 0943634659

Fecha Orden: 16/02/2020      Turno: 11200216034

Médico: TRIVIÑO PESANTEZ MANCO ANTONIO      Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA

**Hematología**

Hematología

Examen	Resultado	Unidad
<b>HEMOGRAMA</b>		
LEUCOCITOS	7.48	$\times 10^9/L$
BASOFILOS	0.02	$10^3/L$
BASOFILOS %	0.2	%
NEUTROFILOS	5.40	$10^3/L$
NEUTROFILOS %	* 72.2	%
EOSINOFILOS	0.13	$10^3/L$
EOSINOFILOS %	1.8	%
LINFOCITOS	1.50	$10^3/L$
LINFOCITOS %	* 20.0	%
MONOCITOS	0.43	$10^3/L$
MONOCITOS %	5.8	%
HEMATIES	4.71	$mm^3/L$
HEMOGLOBINA	* 7.80	g/dl
HEMATOCITO	* 26.3	%
MCV	* 70.8	fL
MCH	* 21.1	pg
MCHC	* 29.8	%
RDW - CV	* 36.8	%
RDW - SD	89.3	fL
PLAQUETAS	* 538	$mm^3/L$
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.2	fL
PDW	15.30	—
PCT	0.50	—

Unidad Médica: RITA NATALIA CAMPOS HERAS  
Fecha Válida: 16-02-2020 13:41:58



**Hospital General Leon Becerra Camacho**

Paciente: AGUIRRE LOPEZ NAZURI NICOLE      Cédula: 0943634059

Fecha Orden: 14/02/2020      Turno: 11200214073

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO      Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DE LEON BECERRA

Hematología    Hemostasia    Bioquímica

**Hematología**

Examen	Resultado	Unidad
<b>HEMOGRAMA:</b>		
LEUCOCITOS	* 13.03	* 10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS %	0.2	%
NEUTROFILOS#	11.06	10 <sup>9</sup> /L
NEUTROFILOS %	* 84.9	%
EOSINOFILOS#	0	10 <sup>9</sup> /L
EOSINOFILOS %	0	%
LINFOCITOS#	1.38	10 <sup>9</sup> /L
LINFOCITOS %	* 10.6	%
MONOCITOS#	0.56	10 <sup>9</sup> /L
MONOCITOS %	4.3	%
HEMATIES	4.15	mm <sup>3</sup> /L
HEMOGLOBINA	* 8.60	g/dL
HEMATOCRITO	* 29.8	%
MCV	* 71.3	fL
MCH	* 20.8	pg
MCHC	* 29.2	g/dL
RDW - CV	* 34.9	%
RDW - SD	87.8	fL
PLAQUETAS	* 134	mm <sup>3</sup> /L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.6	fL
PDW	15.20	-
PCT	0.95	-

Ordenado por: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTO:  
Fecha Hora: 14/02/2020 22:37:37

SYSTEMA SAIS v1.0 - U...    SAIS V1.0 - Mozilla Firef...





**Hospital General Leon Decena Camacho**

Paciente:	AGUIRRE LOPEZ NAZARI NICOLE	Cédula:	094364859
Fecha Orden:	11/02/2020	Turno:	11:00:01:014
Médico:	ZAMBRANO LOCH MARIA FERNANDA	Unidad Médica:	HOSPITAL GENERAL DE LEON DECENA

**Hematología**

Examen	Resultado	Unidad
<b>HEMOGRAMA</b>		
LEUCOCITOS	* 11.93	* 10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS	0.02	10 <sup>9</sup> /L
BASOFILOS %	0.2	%
NEUTROFILOS	10.13	10 <sup>9</sup> /L
NEUTROFILOS %	* 84.9	%
EOSINOFILOS	0.06	10 <sup>9</sup> /L
EOSINOFILOS %	0.5	%
LYMFOCITOS	1.29	10 <sup>9</sup> /L
LYMFOCITOS %	* 10.2	%
MONOCITOS	0.49	10 <sup>9</sup> /L
MONOCITOS %	4.1	%
HEMATIES	4.97	mm <sup>3</sup> /L
HEMOGLOBINA	9.50	g/dL
HEMATOCRITO	* 31.1	%
MCV	* 65.4	fL
MCH	* 14.2	pg
MCHC	* 21.8	g/dL
MCHC - CV	* 36.1	fL
RDW - SD	84.9	fL
PLAQUETAS	300	mm <sup>3</sup> /L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.5	fL
PDW	15.00	-
PCT	0.37	-

Médico: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS  
 Fecha: 11/02/2020 08:09:54