



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 OBSTETRICIA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

SHOCK HEMORRÁGICO POSTPARTO

AUTORA

SILVIA MARGOTH GAVILÁNEZ MOPOSITA

TUTOR

DRA. KATTERINE KARIUXY VÁSQUEZ BONE

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2020



INDICE

AGRADECIMIENTO.....	4
DEDICATORIA.....	5
SHOCK HEMORRAGICO POSTPARTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACTO	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEORICO	10
DEFINICION	10
CAUSAS.....	11
ETIOLOGIA.....	12
FISIOPATOLOGÍA	12
FASES DEL SHOCK HEMORRÁGICO.....	13
PARTO EN DOMICILIO	13
FACTORES POR LO QUE LAS MUJERES PREFIEREN PARTO EN DOMICILIO	
14	
COMPLICACIONES Y RIESGOS DE PARTO DOMICILIARO	14
ÍNDICE DE SHOCK	16
SIGNOS Y SÍNTOMAS	16
PREVENCION.....	16
DIAGNOSTICO	17
TRATAMIENTO	18
1.1. JUSTIFICACIÓN	21
1.2. OBJETIVOS	22
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
1.3 DATOS GENERALES	23
II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	23
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTE. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	23
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	24
2.3 EXAMEN FÍSICO (exploración clínica).....	25
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	27
2.5 FORMULA DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	29



2.6	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	30
2.7	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACTITUDES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	31
2.8	SEGUIMIENTO	32
2.9	OBSERVACIONES	33
	CONCLUSIONES	33
	BIBLIOGRAFÍA	35
	ANEXOS	37



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de estar en este mundo y mantenerme con salud, inteligencia y valor para alcanzar mis objetivos, de manera especial a mis padres quienes han sido mi pilar fundamental de apoyo incondicional en mis metas forjadas para seguir adelante, de igual manera doy gracias a mis maestros por los conocimientos y las enseñanzas adquiridas en mi formación académica, por último, a mis familiares y amigos que me brindaron su apoyo emocional y moral.



DEDICATORIA

Dedico este proyecto al forjador de mi camino, a mi padre celestial, quien me acompaña siempre en todo momento buenos y malos, también a mis padres, a quien le debo mi vida, les agradezco por su cariño y comprensión adquirida, por confiar en mi capacidad de alcanzar mis metas propuestas, siendo motivo de orgullo, ver que el esfuerzo dio resultados positivos.



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



TEMA DEL CASO CLINICO

SHOCK HEMORRAGICO POSTPARTO



RESUMEN

El shock hemorrágico es la pérdida aguda del volumen circulante siendo la principal causa de muerte en el trauma, potencialmente prevenible y una de las principales causas de muerte en la población menor de 44 años. La hemorragia masiva puede producir inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, daño de órganos y muerte.

Es una pérdida excesiva hemática en el posparto. Dependiendo la vía de resolución, existen cantidades establecidas de pérdida hemática para catalogarse como hemorragia, en parto vaginal > 500 CC y en cesárea > 1 000 CC de sangre, en otras ocasiones se puede utilizar la disminución del hematocrito de más 10% como indicador de hemorragia. La hemorragia primaria se presenta dentro de las primeras 24 horas del evento obstétrico. La hemorragia secundaria se presenta posterior a las primeras 24 horas posparto, y hasta 12 semanas después, con múltiples causas como su involución del sitio placentario, retención de productos de la concepción, infecciones y alteraciones de la coagulación, entre otras.

Se presenta el caso de una paciente de 47 años sin antecedentes de importancia traída por el ecu 911, somnolienta, responde a dolor Glasgow 12, sin familiares acude por presentar sangrado transvaginal abundante desde hace aproximadamente 6 horas posterior al parto domiciliario y retención placentario, es llevada directamente a centro quirúrgico se realiza revisión manual de útero, bajo sedación corta, se obtiene restos placentarios.

Palabras clave: Retención placentaria, shock hemorrágico, muerte.



ABSTRACTO

Hemorrhagic shock is the acute loss of circulating volume without the main cause of death in trauma, potentially preventable and one of the main causes of death in the population under 44 years of age. Massive bleeding can cause hemodynamic instability, decreased tissue perfusion, organ damage, and death.

It is an excessive blood loss in the postpartum period. Depending on the means of resolution, there are established amounts of blood loss to be classified as hemorrhage, in vaginal delivery > 500 CC and in cesarean section > 1,000 CC of blood, on other occasions a decrease in hematocrit of more than 10% can be used as an indicator of hemorrhage. Primary bleeding occurs within the first 24 hours of the obstetric event. Secondary bleeding occurs after the first 24 hours postpartum, and up to 12 weeks later, with multiple causes such as involution of the placental site, retention of products of conception, infections and coagulation disorders, among others.

We present the case of a 46-year-old patient with no significant history brought by the ecu 911, unconscious, responding to Glasgow pain 12, with no relatives attending for presenting heavy transvaginal bleeding for approximately 6 hours after home delivery and placental debris tension, it is taken directly to the surgical center, a manual revision of the uterus is performed, under short sedation, placental remains are obtained.

Key words: Placental Retention, hemorrhagic shock, death.



INTRODUCCION

En este estudio de caso se da conocer el manejo del shock hemorrágico, mediante una paciente puérpera de aproximadamente 6 horas de evolución, sin familiares que es traída por el personal médico quien manifiesta, haber encontrado a la paciente en su domicilio con sangrado transvaginal. Al momento se encuentra somnolienta, confusa, con sangrado transvaginal activo de moderada a severa cantidad, que se acompaña de dolor en hipogastrio, intensidad moderada tipo contracción.

La hemorragia postparto es la pérdida de sangre que supera los 500ml en un parto vaginal y 1000ml en un parto por cesárea. Toda pérdida de sangre que produce inestabilidad hemodinámica debe considerar una hemorragia postparto. (MSP, 2013)

La mayoría de esta complicación podría evitarse a través de uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno (OMS, 2014).

Es fundamental identificar rápidamente al paciente con hemorragias obstétricas que requiera transfusión para iniciar medidas terapéuticas, como la solicitud y disposición de componentes sanguíneos y aplicar técnicas para controlar la hemorragia (Guerrero MC, 2018)

Según los datos estadísticos (INEC, 2017) la muerte materna por complicaciones obstétricas en embarazo, parto y puerperio es 13.55%.



I. MARCO TEORICO

DEFINICION

Se define hemorragia obstétrica a la perdida sanguínea mayor o igual a 500ml, este se divide en moderada cuando la perdida sanguínea oscila entre 1000 y 2000ml y severa cuando es mas de 2000ml estas se presentan en diferentes periodos de tiempo ante parto y postparto (CENETEC, 2017).

La hemorragia postparto se clasifica en primaria y secundaria según el tipo en que ocurre el evento. La hemorragia postparto primaria ocurre dentro de las primeras 24 horas posterior al nacimiento del neonato. La hemorragia secundaria ocurre después de las 24 horas hasta 12 semanas después del parto, las causas incluyen retención de restos placentarios e infección.

La hemorragia postparto afecta casi el 2% de todas las mujeres parturientas esto se asocia con la cuarta parte de las defunciones maternas mundiales siendo la principal causa de los países subdesarrollados, se estima que más 125.000 mujeres fallecen de hemorragia postparto en el mundo anualmente (Hernandez C. Yohan, 2019).

Según (Organizacion Mundial de la Salud, 2012) cada día mueren unas 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de mortalidad materna corresponde a los países más desarrollados, siendo mayor en las zonas rurales y comunidades pobres, aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo solo el 46% de los países bajos se benefician de una atención especializada.



La (Revista Mexicana de Anestesiología, 2014) shock hemorrágico es una afección fisiopatológica que se produce por la pérdida rápida del volumen intravascular, conduciendo a la inestabilidad hemodinámica, disminución de oxígeno, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular, síndrome de disfunción multiorgánica y puede provocar la muerte.

CAUSAS

Tono: atonía uterina

Trauma: lesión cervical o vaginal, ruptura uterina

Tejido: retención de placenta o coágulos

Trombina: coagulopatía preexistente o adquirida

Parto domiciliario

Fuente: (Guía de Práctica Clínica, 2013)

La retención placentaria es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior a la expulsión de producto. La placenta puede estar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logra contraer y continua con el sangrado (Dr. Calle Andres ,Barrera Milton , 2008).

La retención placentaria puede deberse a las siguientes etiologías (Obst. Chalco Janet , 2015)

- Falta de contracciones regulares del útero para la liberación normal de la placenta.
- Anomalías uterinas
- Anomalías placentarias
- Alumbramientos tempranos.
- Manejo intempestivos, como tracciones de cordón umbilical.



ETIOLOGIA

Varios autores entienden por shock aquel estado patológico de hipoperfusión tisular e hipoxia celular, caracterizado por el aporte insuficiente de oxígeno y otros sustratos metabólicos esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de órganos vitales.

En el shock hemorrágico la hipoxia celular es desencadenada por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, con caída de retorno venoso y gasto cardíaco. (Parra Victor, 2011).

Las hemorragias posparto pueden producirse después de la expulsión placentaria al persistir restos placentarios retenidos que ocurren en el posparto inmediato, y con menor frecuencia en el puerperio. La retención de restos puede corresponder a cotiledones placentarios. (Cortes P Joaquin, 2007).

Es importante evaluar los antecedentes y revisar siempre después de todos los partos tanto la placenta como las membranas. Si persiste la hemorragia se debe realizar una revisión Manual de la cavidad uterina con extracción manual de los restos mediante legrado digital.

FISIOPATOLOGÍA

Tras diversas teorías que han sido rechazadas en la actualidad, se acepta que la hemorragia causa aporte de oxígeno insuficiente y activa algunos mecanismos homeostáticos a fin de conservar la perfusión a los órganos vitales. A Nivel celular el shock hemorrágico es producido cuando existe insuficiencia de oxígeno para responder a la demanda del mismo para el metabolismo aeróbico. Las células comienzan la transición al metabolismo anaeróbico, el ácido láctico, los fosfatos inorgánicos y los radicales del oxígeno se empiezan a acumular como resultado de la creciente falta de oxígeno. (W Jeremy, 2018).

La hemorragia activa linfocitos y monolitos, que actúan en las células endoteliales, Fenómenos que conducen a la pérdida de integridad de membrana capilar y



perdida del volumen intravascular al igual que el aumento de la agregación plaquetaria dando como resultado liberación de diversos mediadores vasoactivos que causa oclusión de vasos de pequeños calibre y deterioro micro circulatorio. (Dr. Rivera Maribel, 2012).

FASES DEL SHOCK HEMORRÁGICO

se describe las fases del shock y como se desencadena cada etapa (Dr. Malvino Eduardo , 2010).

Shock Compensado: Es la perdida hemática hasta los 75ml y con 15% de volemia, con frecuencia cardiaca menor a 100/mnt y con una diuresis de 30ml/h.

Shock Descompensado: Es la perdida hemática de 750 a 1500ml y con 15-30% de la volemia, con una frecuencia cardiaca de 100 – 120 y una diuresis de 20-30ml/h.

Shock Irreversible: Perdida hemática mayor a 2000 ml y con 40% de volemia, con tensión arterial de 50-70 mmhg, frecuencia cardiaca mayor a 140 y una diuresis de 5ml/ hora.

PARTO EN DOMICILIO

El parto en casa es una opción considerable por las parejas que prefieren que ese momento sea algo íntimo.

Actualmente a pesar de que el sistema sanitario ofrece garantía suficiente para que el parto sea exitoso, hay mujeres que consideran que parir en hospital convierte este momento especial en algo impersonal e incómodo y prefieren ser atendidas en espacios más íntimos como su propia casa (Webconsultas, 2020).

Un parto en casa puede ser una opción:

- ✚ En caso de ser un embarazo de bajo riesgo saludable.
- ✚ Cuando se quiere evitar una episiotomía, cesárea, epidural y otras similares.
- ✚ En caso de compartir la experiencia con familiares y amigos.
- ✚ Cuando desea las comodidades de su hogar y entorno familiar.

Un parto en casa no es una opción:



- ✚ Cuando la paciente es diabética.
- ✚ Cuando la paciente tiene hipertensión arterial.
- ✚ Antecedentes de parto prematuro.

FACTORES POR LO QUE LAS MUJERES PREFIEREN PARTO EN DOMICILIO

Las mujeres prefieren dar a luz en su domicilio por factores económicos, tradiciones y costumbres por la confianza que depositan en las parteras de su comunidad y finalmente porque piensan que en el hospital van a ser excluidas por el personal de salud.

La preferencia de las mujeres está dada por dos razones: económicas y parteras tradicionales. La pobreza es un factor que incluye en la toma de decisiones sobre los servicios de salud (Msc.Laza Celmira , 2015).

La persona que asuma un parto debe estar capacitada con conocimientos actualizados para llevar a cabo las intervenciones necesarias y brindar el cuidado del bebe después del parto.

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE PARTO DOMICILIARIO

En un parto pueden surgir complicaciones graves como pérdida de bienestar fetal, prolapso de cordón umbilical, hemorragia aguda, y desgarro del canal de parto.

El riesgo de parto domiciliario es que no pueden ser atendido y dar soluciones a esas complicaciones por falta de conocimientos o medios para hacer en el domicilio, para evitar estos riesgos surge el parto humanizado este favorece el proceso de partos con mínimas intervenciones que permite garantizar la salud materno y fetal (Diario Medico, 2018).



Cuadro 2: Clasificación del grado de choque

Perdida de volumen en % y ml	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mm/Hg)	Grado de choque
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001-1500ml	Normal /Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000ml	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000ml	Letargia o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración, y llenado capilar >3 segundos	>120	<70	Severo

Fuente: se muestra la clasificación del choque hemorrágico (Dra. Voto Lilian , 2019)



ÍNDICE DE SHOCK

Es una relación entre la frecuencia cardiaca y presión arterial sistólica, que busca transformar parámetros inestables independientes en un índice predictor más preciso de hipovolemia. En obstetricia el índice de choque es normal 0.7 a 0.9 y valores superiores se consideran anormales, es útil en pérdida de sangre masiva y en la predicción de transfusión sanguínea (FASGO, 2019).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El shock hipovolémico es el resultado de la perdida rápida de fluidos corporales (Dra. Ordoñez Eva , 2016).

- Taquipnea
- Sangrado transvaginal
- Dolor pélvico
- Taquicardia
- Estado de confusión
- Frialdad y palidez de la piel
- Sequedad de mucosas
- Debilidad general
- Disminución de la diuresis

PREVENCION

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATE) en todas las mujeres reduce el riesgo de HPP en un 60%, reduce el riesgo de anemia postparto y necesidad de transfusión sanguínea (DR. Rojas Lino , 2019).

Sus tres componentes son:

Uso de uterotónicos



Oxitocina 10UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido, es el agente de elección para el manejo activo de la tercera etapa del parto. Como alternativa se puede utilizar misoprostol 600mcg vía oral.

Metilergometrina 0.2mg intramuscular, este medicamento está contraindicado en pacientes con hipertensión arterial (DR. Rojas Lino, 2019).

Tracción y contra tracción del cordón umbilical para desprender la placenta

Clampeo del cordón umbilical y la tracción controlada y contracción del útero disminuye la necesidad de extracción manual de la placenta.

La placenta retenida es una complicación potencialmente mortal debido a su asociación con la hemorragia postparto. La extracción manual de la placenta aumenta la probabilidad bacteriana en la cavidad uterina (OMS/RHL, 2015).

Masaje del fondo uterino

Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo el sangrado (MSP, 2013).

DIAGNOSTICO

Para realizar un buen diagnóstico se debe realizar una correcta anamnesis, una buena exploración física acompañado de pruebas complementarias de laboratorio e imagen.

Anamnesis: Es la información recopilada que se añade a la historia clínica de un paciente con el objetivo de diagnosticar y tratar la patología.

Exploración física: Es un estudio que el medico realiza en el cuerpo del paciente, en esto debe incluir inspección, palpación, auscultación y percusión. Para esto es recomendable vigilar y considerar los distintos signos y síntomas de



hemorragia en el periodo de puerperio inmediato como: Taquicardia, hipotensión, oliguria, extremidades frías y dolor en hipogastrio.

El manejo de esta patología tiene 3 elementos: evaluación y resucitación, principios de soporte vital avanzado, control de sangrado y hemostasia (Guía de Practicas Clinica , 2017).

TRATAMIENTO

Medidas generales y reanimación con líquidos intravenosas.

La corrección de la volemia mediante la administración de cristaloides y coloides es prioritaria ante cualquier tipo de hemorragia aguda.

Una vez superada los 1000ml de hemorragia y esta continua, se recomienda tener dos vías venosas periféricas de grueso calibre canalizada, y comenzar con la administración de cristaloides calentados, y enviar una muestra al banco de sangre para realización de grupo y escrutinio de anticuerpos irregulares (E,Guach: F,Gilsanz, 2016).

La reanimación con líquidos intravenosos debe comenzar con rapidez y no confiar a un simple resultado de hemoglobina porque esto sirve como punto de partida. Volumen máximo a administrar debe limitarse y no exceder de 3.5L (hasta 2L de cristaloides calentados tan rápido como sea posible), ampliamente a otros 1500ml mientras que se espera que llegue la sangre compatible (E.Guasch:F, Gilsanz, 2016)

Los cristaloides: Más empleados son solución salina isotónica al 0.9%, la solución del lactato ringer, solo el 25% del volumen administrado permanecen en el espacio intravascular, no alteran la hemostasia ni la función renal.



Los coloides: Tienen un mayor efecto sobre el volumen intravascular, pueden inhibir la agregación plaquetaria e interactuar con la medicación correcta a nivel fibrinógeno. Los coloides disponibles son los hidroxietil-almidones, las gelatinas y las albuminas. La infusión de albumina al 5% produce una expansión plasmática del 75% del volumen infundido. La hidroxietil-almidones son los coloides más usados. (E.Guasch;F.Gilsanz, 2016).

Traje antishock no neumático

El traje no neumático fue elaborado exclusivamente para pacientes con hemorragia obstétrica, consta de tres componentes para cada miembro inferior:

- ✚ Componente pélvico
- ✚ Componente abdominal con una bola de hule espuma
- ✚ Componente de tensión – fijación

Mecanismo de acción

Es ejercer contrapresión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis, esto proporciona aumento de la presión en el sistema venoso generando sangre a la circulación central (Dr. Triviño Meade , 2018).

Al ejercer una compresión externa del útero hace las veces de una contracción sostenida. Estos mecanismos incrementan las resistencias periféricas, de la precarga y del gasto cardiaco. Al ocurrir este mecanismo compensa la perfusión de órganos vitales (Dr. Triviño Meade, 2018).

Colocación

Coloque a la paciente sobre el traje abierto, la posición adecuada, el segmento superior debe estar debajo de la última costilla y el balón de presión sobre el ombligo.

Se cierra el traje iniciando por los segmentos de los tobillos y después ascendiendo, si la paciente es de estatura baja, se debe doblar los segmentos de los tobillos sobre el segmento dos. Verificar que el traje este adecuadamente



ajustado colocando dos dedos debajo del borde superior del segmento (FLASGO, 2017).

Retiro

El retiro siempre se debe iniciar del componente distal al proximal, se debe hacer uso de la regla del 20/20/20, antes de pasar de un nivel a otro debe pasar 20 minutos tiempo en que la presión sistólica no debe descender más de 20 mmhg, aumento de la frecuencia cardiaca mayor de 20 latidos por minuto. El traje antichoque no debe ser retirado súbditamente porque provoca una redistribución de volumen sanguíneo hacia los miembros inferiores (Dra. Voto Lilian , 2019)



1.1. JUSTIFICACIÓN

Según (ONU, 2018) garantiza una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, reduce la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, garantizar el acceso de servicio de salud sexual y reproductiva, incluido los de planificación familiar, información ,educación, la integridad de la salud reproductiva en la estrategias y los programas nacionales.

En nuestro país solo un 30.1% de partos en mujeres indígenas ocurren en hospitales, un 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígena tienen partos domiciliarios (MSP, 2008).

Las hemorragias masivas después del parto pueden matar a una mujer sana en un aproximado de 2 horas, la administración de la oxitocina después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

El propósito de este caso clínico es determinar la causa del shock Hemorrágico domiciliario. Los factores de preferencia del parto domiciliaria que genera el problema de morbilidad materna entre estos tenemos: socio cultural, calidad de servicio, accesibilidad o distanciamiento y económica. Las costumbres prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y el uso del servicio de salud, lo cual conlleva a un incremento de esta complicación.



1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- ✚ Determinar la causa que desencadena el shock hemorrágico en un parto domiciliario.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Determinar los factores que generaron el parto en casa.
- ✚ Determinar las causas de retención placentaria.
- ✚ Analizar el manejo de las puérperas con hemorragia postparto.



1.3 DATOS GENERALES

Nombres completos: xxx	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 0201375102	Edad: 47
Fecha de nacimiento: 01/04/1974	Estado civil: Casada
Nacionalidad: ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: Primaria incompleta	Raza: Indígena
Dirección: Guanujo Quinua corral	Religión: católico
Nivel sociocultural/económico: Bajo	Hospital: Alfredo Noboa Montenegro
Fecha de ingreso: 30/04/2020	FUM: No recuerda

Fuente: historia clínica de la paciente

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTE. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Motivo de consulta: Paciente de 47 años con parto domiciliario es traída por el personal médico del ECU 911; refiere que encontró a la paciente en su domicilio con sangrado activo, cuadro clínico de aproximadamente 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal a nivel de hipogastrio acompañado de sangrado transvaginal de moderada a severa cantidad con presencia de coágulos fue transportada a esta casa de salud.

Cuadro 3: Historial clínico de la paciente

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Alergia:	No refiere



Hábitos:	No refiere
Antecedentes Gineco-Obstétrico	
Menarquia:	15 años
Ciclos menstruales:	Irregulares 4 días
Inicio de vida sexual:	18 años
Planificación familiar:	Ninguno
Parejas sexuales:	2
Gestas: 8	Cesárea: 0
Parto: 8	Aborto: 0
Fecha de ultima menstruación:	No recuerda
Controles prenatales:	No aplica
Ecografía:	No aplica
Papanicolaou:	Nunca

Fuente: Historia clínica de la paciente

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente femenina ingresa al establecimiento de salud de segundo nivel al área de emergencia ginecológica, de forma confusa, mucosas orales secas, con palidez general y piel fría, se evidencia sangrado activo de moderada a severa cantidad con presencia de coágulos de mediano tamaño, en el canal vaginal se observa cordón umbilical desde hace aproximadamente 6 horas posterior al parto domiciliario.



2.3 EXAMEN FÍSICO (exploración clínica)

A continuación, se detalla la exploración física de la paciente.

General: confusa, somnolienta

Cabeza: normo célico, fascia pálida, algica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, mucosas orales secas, pabellón auditivo sin patología, piel fría.

Cuello: móvil sin adenopatías

Tórax: simétrico expandible, cardiopulmonar normal ventilados

Mamas: simétricas turgentes, no dolorosas a la palpación superficial, tanner III

Abdomen: suave depresible con dolor a la palpación superficial y profunda localizado en hipogastrio, Eva 8/10, tipo contracción que se irradia a región lumbar, con altura uterina o+3.

RIG: se evidencia sangrado transvaginal de color rojo rutilante de moderada a severa cantidad que se acompaña de coágulos y se observa cordón umbilical en canal vaginal, tanner III.

Extremidades: simétricas, sin edemas, sin ninguna patología.

Cuadro 4: Al momento del ingreso reporta un score mama 4:

SCORE MAMA

Parámetro	Puntaje							Parámetro	PUNTAJE PARCIAL
	3	2	1	0	1	2	3		
FC	≤50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	1
Sistólica	≤70	71-89	-	90-139	-0	140-159	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	0
FR	≤11	-	-	12-22	-	23-29	≥30	FR	0
T(C)	-	≤35.5	-	35.6-37.6	-	-	≥38.	T(C)	0



				37.5	38.4		5		
SATO 2	≤85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	SATO2	0
Estado de conciencia	-	Confusa/agitada	-	Alerta	Responde a la voz/somnolienta	Responde al dolor/estuporosa	No responde	Estado de conciencia	0
Proteinuria	-	-	-	Negativo	positivo	-	-	Proteinuria	0

Fuente: Valores de Score Mama (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Cuadro 5: Signos Vitales Tomados al Ingreso

Clasificación del score mama	Parámetros del paciente
Sístole	90 mmHg
Diástole	60 mmHg
Frecuencia cardiaca	110 lpm
Frecuencia respiratoria	28 rpm
Temperatura	36.5 °c
Saturación de O2	93 %
Estado de conciencia	Confusa /somnolienta
Proteinuria	(-)

Fuente: Historia clínica de la paciente



2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Estas muestras de sangre fueron tomadas en el área de emergencia ginecológica antes de ser ingresada la paciente al centro quirúrgico para revisión manual de la cavidad uterina, del **30/4/202**.

Cuadro 6: Reporte de Exámenes

EXAMENES DE LABORATORIO	
HEMATOLOGICOS	
Leucocitos	9.890
Neutrófilos	76%
Linfocitos	20.8%
Hemoglobina	9.2g/dL
Hematocrito	26.6%
Plaquetas	141.000
TP	12S
TTP	25.7S
Grupo sanguíneo	ORH+
BIOQUIMICA SANGUINEO	
Glucosa	79.6mg/dl
Urea	14.8mg/dl
Creatinina	0.87mg/dl
ALT	27.8u/l
AST	49.4u/l
GASES ELECTROLITOS SANGUINEOS	
Sodio	142mmol/l
Potasio	3.6mmol/l
Cloro	115mmol/l
GASOMETRIA	
PH	7.30mg/dl



Pco2	30.4mmHg
Po2	145.5mmHg
Chco3st	16.6mmol/l
Bicarbonato	15mmol/l
SO2	98.8%
BE	-9.9mmol/l
VIH	No reactivo
VDRL	No reactivo

Cuadro 7: Reporte de Eco Posterior a Revisión Uterina,4/5/2020

Ecografía pélvica

Informe: Vejiga distendida de paredes definidas, sin imágenes ocupativas en su interior. Útero en antero verso flexión homogéneo, de forma tamaño y eco estructura habitual acorde con el puerperio actual, no se aprecian restos placentarios en la cavidad, solo escaso liquido en el segmento de cérvix en proceso de salida.

Conclusión: Puerperio fisiológico.

Exámenes de control posterior a la transfusión sanguínea, 1 /5 2020

EXAMENES DE LABORATORIO	
HEMATOLOGICOS	
Leucocitos	7.420
Neutrófilos	69.4%
Linfocitos	25.9%
Hemoglobina	7.1g/dL
Hematocrito	20.9%
Plaquetas	144.000
EXAMENES DE CONTROL 3/5/2020	



Leucocitos	7.300
Linfocitos	31%
Hemoglobina	8.9g/dL
Hematocrito	26%
Plaquetas	239.000
Segmentados	63%

Fuente: historia clínica de la paciente

2.5 FORMULA DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico Presuntivo: Retención de restos placentarios.

Diagnostico Diferencial: Desgarro del cuello uterino.

Diagnóstico Definitivo: Retención placentaria + shock hemorrágico.



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

Paciente femenina de 47 años ingresa a emergencia ginecológica sin expulsión de placenta por lo que presenta sangrado transvaginal de moderada a severa cantidad, en el canal vaginal se observa cordón umbilical de forma inmediata se pasa a centro quirúrgico bajo sedación corta se hace extracción manual de placenta.

Una vez realizado la revisión manual de la cavidad uterina y obtenido el resultado del laboratorio, el médico tratante decide administrar los siguientes fármacos y paquete globular tomando en cuenta el diagnóstico definitivo, para la pronta recuperación de la paciente.

Hallazgos: Restos placentarios y placenta membranos

Tratamiento no farmacológico

- ✓ Control de signos vitales y score mama
- ✓ Control de sangrado e involución uterina
- ✓ Colocar traje anti shock
- ✓ Control de ingesta y excreta
- ✓ Mantener sonda vesical
- ✓ Canalización de vías periféricas

Tratamiento Farmacológico

- ✓ Solución salina 0.9% 1000ml IV bolo, tibió(3000ml)
- ✓ Colocar un paquete globular
- ✓ Ceftriaxona 2g IV stat y luego 1g c/12h
- ✓ Paracetamol 1g IV c/8h
- ✓ Misoprostol 600 mcg rectal stat



2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACTITUDES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

La hemorragia uterina según el Ginecólogo Julie S. Moldenhauer es la excesiva pérdida, de más de 1 litro de sangre que se produce durante las primeras 24 horas después del parto.

El shock hemorrágico obstétrico se debe principalmente por una perfusión celular inadecuada, para mantener el metabolismo celular que ocurre por una caída brusca en el volumen sanguíneo circulante. Esta patología se produce por las diferentes variables posterior al parto como atonía uterina, traumas y placenta retenida, etc. En estos casos el ginecólogo debe estabilizar de manera inmediata a la paciente y no pasen a mayores complicaciones.

Estas complicaciones se presentan cuando las pacientes no llevan un control adecuado en el primer nivel de atención por motivos culturales, sociales, socioeconómicos, educativos, relaciones familiares y falta de colaboración de la gestante para acudir a recibir las indicaciones que debe seguir durante su etapa prenatal.

Tomando como ejemplo este caso, esta paciente presentaba signos y síntomas, se procedió a valorar el índice de shock y resultados de exámenes de laboratorio, donde se confirma el diagnóstico de shock hemorrágico moderado actuando inmediatamente con un tratamiento esquematizado en la clave roja de las guías del ministerio de salud pública.



2.8 SEGUIMIENTO

se realizó un seguimiento estricto con dieta blanda, control de score mama, control de sangrado transvaginal, control de ingesta y excreta, control de diuresis, administración de solución salina 0.9% 1000ml pasar a 120 ml/hora, ceftriaxona 1gr cada 12 horas y mantener sonda vesical. En la noche se obtiene resultado de biometría hemática postransfusión una hemoglobina de 7.1 y hematocrito de 20.9 por lo que se indica transfundir un paquete globular, previo a la transfusión se indica hidrocortisona 100mg, se realiza la tramitación en medicina transfusional en la cual no se dispone de paquete globular, el medico prescribe 3 ampollas de hierro con solución salina de 0.9% de 300cc pasar lento y diluido en 3 horas.

Este procedimiento se realizó por presentar una anemia moderada y shock hemorrágico debido a retención placentaria. En el segundo día se consiguió transfundir el paquete globular posterior a esto la paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones, continuando con el tratamiento de antibioticoterapia.

Al cuarto día desde la fecha de ingreso se decide alta médica, se envía con tratamiento farmacológico a domicilio, descrito a continuación:

- Cefalexina 500mg vía oral cada 6 horas por 5 días
- Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días
- Hierro + ácido fólico 1 tableta diaria por 30 días
- Etonogestrel 68mg subdérmico

Referencia a centro de salud 4 esquina para su control de seguimiento postparto.



2.9 OBSERVACIONES

En el análisis de este caso clínico se ha observado que una paciente en trabajo de parto necesita ser atendida en un centro médico de segundo nivel, con personal especializado, no es recomendable atender el parto en su domicilio, debido a las complicaciones que se pueden generar como una placenta retenida, la cual se evidencio en este caso, teniendo que actuar de urgencia con la paciente hacia el quirófano, para poder realizar la extracción manual de la placenta, aplicándole los uterotónicos para el cese del sangrando.

Fue necesario utilizar el traje antishock y realizar una transfusión sanguínea para la reposición de la volemia, explicándole a la paciente cada procedimiento que se realizaba para obtener su consentimiento por estar sin familiar.

CONCLUSIONES

El shock hemorrágico obstétrico es un proceso evolutivo que durante la primera etapa presenta cambios hemodinámicos claramente establecidos que deben ser identificados precozmente para evitar mayores complicaciones.

En el choque hemorrágico agudo, la supervivencia se reduce cuando se administra sangre y soluciones cristaloides.

El pronóstico puede variar según los síntomas presente y la gravedad de este, la cantidad del volumen perdido, la enfermedad o lesión causante de la perdida y el tipo de manejo establecido.

La multiparidad y edad avanzada es la causa más frecuente del difícil alumbramiento con un 14% de los casos. Por lo que la retención placentaria podría conllevar a una hemorragia severa y causar la muerte de la paciente.



Un parto domiciliario no se debe realizar en paciente de riesgo obstétrico alto debido a las severas complicaciones que se presentan, como se ha evidenciado en este caso.



BIBLIOGRAFÍA

- CENETEC, G. d. (2017). *Diagnostico y Tratamiento de Choque Hemorragico en Obstetricia*. MEXICO: Centro Nacional Tecnologica de Salud.
- Cortes P Joaquin. (2007). *Obtetricia General*. Madrid: Ramon Areces.
- Diario Medico. (2018). riesgo de parto en casa. *Cuidate Plus*.
- Dr. Triviño Meade . (2018). Traje Antichoque no Neumatico. *Ginecologia y Obstetricia*, 203.
- Dr. Calle Andres ,Barrera Milton . (2008). Diagnostico y Manejo Hemorragia Postparto. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, 233.
- Dr. Malvino Eduardo . (2010). *Shock Hemorragico en Obstetricia*. Buenos Aires: Obstetricia Critica.
- Dr. Rivera Maribel. (2012). Hemorragia Obstetrica Y Choque Hemorragico. En D. M. Rivera, *IX curso de Actualizacion en Anestesiologia en Ginecologia y Obstetricia* (pág. 10).
- DR. Rojas Lino . (2019). Hemorragia postparto: nuevas evidencias. *ESPOCH-Facultad de Salud Publica*, 102.
- DR. Rojas Lino. (2019). hemorragia postparto: nuevas evidencias. *ESPOCH-Facultad de Salud Publica*, 102.
- Dr. Triviño Meade. (2018). Traje Antichoque no Neumatico. *Ginecologia y Obstetricia*, 203.
- Dr.Eduardo Malvino. (2010). Shock hemorragico en obstetricia. *Obstetricia critica*, 57.
- Dra. Ordoñez Eva . (2016). Shock Hipovolemico. *Salud Canales Mapfre*.
- Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). Hemorragia Obstetrica. *Scielo*, 27.
- Dra. Voto Lilian . (2019). Hemorragia postparto. *Consenso FASGO*, 8.
- Dra. Voto Lilian . (2019). Hemorragia Postparto. *Consenso de Obstetricia*, 18.
- Dra. Voto Liliana , Casale Roberto . (2019). Hemorragia Postparto. *FASGO HPP*, 3.
- E,Guach: F,Gilsanz. (2016). Hemorragia Obstetrica Masiva:Terapeutica Actual. *Medicina Intensiva*, 301.
- E.Guasch:F, Gilsanz. (2016). Hemorragia Obstetrica Masiva:Terapeutica Actual. *Medicina Intensiva*, 301.
- E.Guasch;F.Gilsanz. (2016). Hemorragia Obstetrica Masiva:Terapeutica Actual. *Medicina Intensiva*, 301.
- FASGO. (2019). Hemorragia Postparto. *Actualizacion de Consenso de Obstetricia*, 8.
- FLASGO. (2017). emorragia postparto. *Federacion Mundial de Ginecologia y Obstetricia*, 41.
- Guerrero MC, L. (2018). utilida de indice de choque como valor predictivo para el requerimiento de transfusion en hemorragia obstetrica. *Ginecol obstet*, 666.



- Guía de Practica Clinica. (2013). *Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de Hemorragia Postparto*. Ecuador: Ministerio de Salud Publica.
- Guía de Practicas Clinica . (2017). Diagnostico y Tratamiento del Choque Hemorragico. *CENETEC*, 15.
- Hernandez C. Yohan, R. H. (2019). Alternativas Conservadoras Quirurgicas ante la Hemorragia Postparto. *Scielo*.
- INEC. (2017). Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimiento y Defunciones.
- Jhon Usiña, Soledad Carrera. (2013). *INEC*. Ecuador: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimiento y Defunciones.
- Luis Tavera, Shock Hemorragico de Origen Obstetrico. (1991). Shock Hemorragico de Origen Obstetrico., *revista peruana de ginecologia obstetricia*, 7.
- Ministerio de Salud Publica. (2017). *Score mama y claves obstetricas*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion.
- Msc.Laza Celmira . (2015). Factores Relacionados con la Preferencia de las Mujeres en Zonas Rurales. *Revista Cubana de Salud Publica*, 493.
- MSP. (2008). *Hacia la Construccion de un Modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural*. Otavalo: Guia Tecnica para la Atencion de Parto Culturalmente Adecuado.
- MSP. (2013). *Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de Hemorragia Postparto*. Ecuador: GPC.
- MSP. (2013). *Prevencion, Diagnostico y tratamiento de la Hemorragia Postparto*. Quito.
- Obst. Chalco Janet . (2015). *Hemorragia Postparto por Retencion Placentaria*. Peru: UPICA.
- OMS. (2014). *Recomendacion de la OMS para la Prevencion y Tratamiento de Hemorragia Postparto*. Ginebra: Catalogo por Biblioteca de OMS.
- OMS/RHL. (2015). *Profilaxis Antibiotica para la Extraccion Manual de la Placenta Retenida durante el Parto Vaginal*. OMS: Organizacion mundial de la salud.
- ONU. (2018). *objetivos de desarrollo sostenible*. Guatemala: Salud y Bienestar.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2012). *Mortalidad materna*. Chile:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/mortalidad_materna.pdf.
- Parra Victor, M. (2011). Shock Hemorragico. *Revista Medica Clinica Los Condes*, 255.
- Revista Mexicana de Anestesiologia. (2014). Fisiopatologia choque hemorragico. *Revista Mexicana de Anestesiologia*, 2.
- Rosa Martines Ortega, E. G. (2019). Enfermeria de la mujer. En *Ciencia de la Salud* (pág. 647).
- W Jeremy. (18 de 11 de 2018). Shock hemorrágico. *Intra Medd*, pág. 1.
- Webconsultas. (2020). parto en casa. *revista de salud y bienestar*.

ANEXOS

INSTITUCION		UNIDAD OPERATIVA		COORDINADOR		N° AMBULANCIA		CANTON		PROVINCIA		N° DE HOJA			
MSP		Grupo		2002		Alto		Cuenca		Cotacachi		2374			
1 DATOS GENERALES															
MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS															
NOMBRE DE LA VICTIMA		CEDULA		EDAD		SEXO		CLINICA		PSIQUIATRIA					
DIRECCION DEL EVENTO		VEHICULO IDENTIFICADO		NUMERO DE PLACA		ESSENCIA DEL EVENTO		FECHA Y HORA DEL EVENTO		HORA DE DESPACHO					
DE LA ATENCION		SOAT		ABOGADO		ABOGADA		NUMERO POLICIA							
2 INTERROGATORIO															
ANTICEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, CAUSALIDAD															
Alergias: _____ Adicciones: _____															
3 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO															
MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS Y SEÑALAR EN LA ESCALA EL NUMERO DE LA LESION															
1. VIA AEREA OBSTRUIDA		2. ALIENTO ALCOHOLICO		3. LESION EN GASEZA		4. LESION EN CUELLO		5. LESION EN TORAX		6. LESION EN ABDOMEN		7. LESION EN COLUMNA		8. LESION EN MIEMBROS	
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS: _____															
4 SIGNOS VITALES															
ESCALA DE COMA DE GLASSOW															
LUGAR		PULSO / min		TEMPER. °C		PRESION ARTERIAL mm Hg		FRECUENCIA RESPIR. / min		APERTURA OJOS / mm		RESPUESTA VERBAL / B		RESPUESTA MOTORA / 6	
ESCENA		63		36		100 / 70		18		4		5		8	
TRANSPORTE		63		36		100 / 70		18		4		5		8	
ENTREGA		63		36		100 / 70		18		4		5		8	
5 TRAUMA															
VICTIMA CONDUCTOR		VICTIMA PASAJERO		VICTIMA PEATON		AUTOMOVIL CAMIONETA		AUTOMOVIL ATROPELLO DE VEHICULO		AUTOMOVIL CAIDA DE VEHICULO		AUTOMOVIL EN AVIANTO		AUTOMOVIL EN AVIANTO	
IMPACTO FRONTAL		IMPACTO LATERAL		IMPACTO POSTERIOR		CASCO COLGADO		HERIDA POR PROYECTORA		HERIDA POR OTRO OBJETO		AGRESION FISICA		AGRESION FISICA	
BOLSA INFLADA		CINTURON COLGADO		HERIDA POR ARMA		CAIDA									
HERIDA POR ARMA DE CUERPO EXTRAÑO															
6 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL															
ESMA MENSTRUACION		MEMBRANAS INTEGRAS		DILATACION		F. CARDIACA FETAL		PARTO		ABORTO		SANVARADO			
7 PARO CARDIO RESPIRATORIO															
PRESENCIA A PERSONAL SEM		PRESENCIA A ESPECTACION		NO PRESENCIA		RIP A ENTENDIDO		RIP A LEGRO		RIP A DESPULACION		RIP A DESPULACION		RIP A DESPULACION	
8 LOCALIZACION DEL TRAUMA															
1. CABEZA		2. PECTORAL		3. ABDOMEN		4. COLUMNA		5. MIEMBROS SUPERIORES		6. MIEMBROS INFERIORES		7. HERIDAS		8. AMPUTACION	
9. AMPUTACION		10. AMPUTACION		11. AMPUTACION		12. AMPUTACION		13. AMPUTACION		14. AMPUTACION		15. AMPUTACION		16. AMPUTACION	
9 PROCEDIMIENTOS															
TUBIFICACION		VENTILACION		SUTURA		SUTURA		SUTURA		SUTURA		SUTURA		SUTURA	
# ENTREGA DEL PACIENTE															
RESPONSABLE QUI ENTREGA		RESPONSABLE QUI RECIBE		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA		FIRMA	

Imagen 1: reporte del ECU 911

Fuente: Historia clínica de la paciente

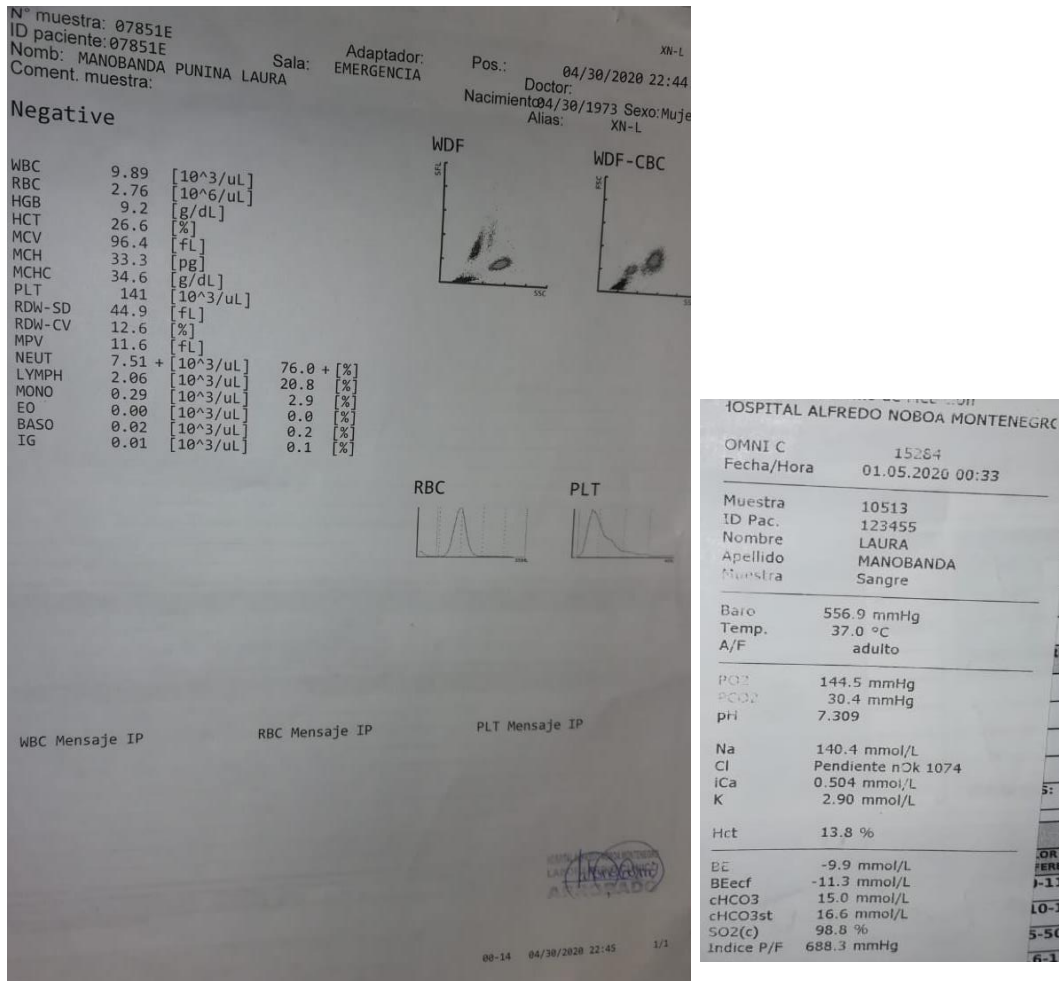


Figura 2: Reporte de laboratorio al ingreso de la paciente

Fuente: historia clínica de la paciente

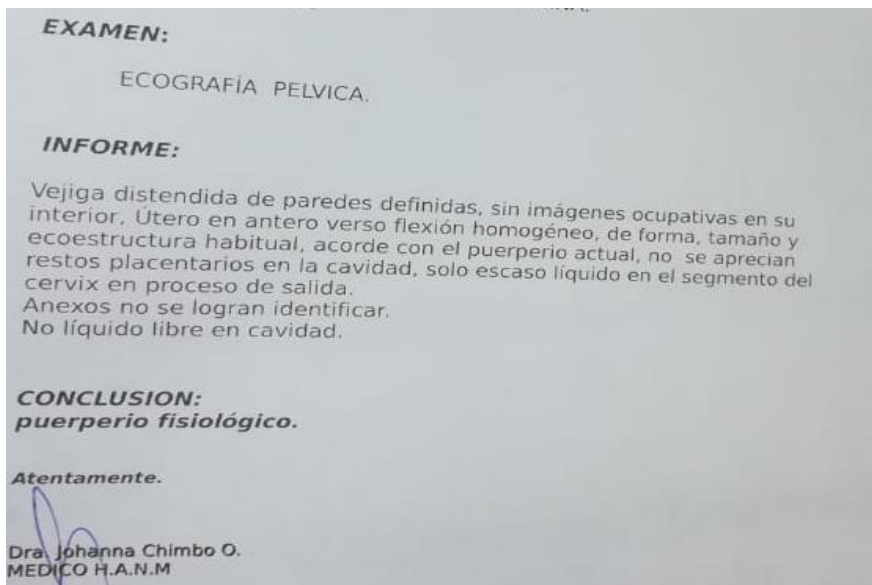


Figura 3: Reporte de ecografía posterior a la revisión manual de la paciente.

Fuente: Historia clínica de la paciente

APELLIDOS COMPLETOS				NOMBRES COMPLETOS			
MANOBANDA PUNINA				MARIA LAURA			
SERVICIO		EMERGENCIA Traje		EDAD		CÉDULA DE CIUDADANIA	
FECHA DE ENTREGA				46 años		0201375102	
				HCL		68476	
1 HEMATOLOGICO							
HCTO	26	%	HB	8.9	g/dl	VCM	91.8
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION						RETECULOCIT OS	
PLAQUETAS	239.000					HCM	31.9
LEUCOCITOS	7.300					GRUPO	
METAM	%	BASOF	%			CHCM	34.8
CAYAD	%	MONOC	5	%		FACTOR RH	
SEGME	63	%	LINFO	31	%	HIPOCROMIA	
EOSIN	1	%	ATIP		%	COOMBS DIRECTO	
MIELO	%					COOMBS INDIRECTO	
						ANISOCIT	
						POIKILOCIT	T. DE COAG
						MICROSITOSIS	T. DE SAN
						POLICROMAT	TP
						I.N.R	TTP
						HEMATOZOARIO	VSG
ANALISTA	Lodi Ana L. Valverde						
3 COPROLOGICO Y COPROPARASITARIO							
COLOR	HEMPGL	OBINA	ESPORAS	FIBRAS			
CONSIST	SANGRE OCULTA		INCELLOS	ALMIDON			
PH	PHM	%	MOCO	GRASA			
PROTOZOARIOS	TIPO	HELMINTOS	TIPO				
ROTAVIRUS							

Figura 4: Reporte laboratorio post transfusión sanguínea

Fuente: historia clínica de la paciente