



**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**

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRETÉRMINO**

**AUTORA**

María Fernanda Marmolejo Cano

**TUTOR**

Phd. Joe Ordóñez Sánchez

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador**

**2020**

## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	4
II. DEDICATORIA .....	5
III. TEMA .....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCION.....	9
1. MARCO TEORICO .....	10
1.1. DEFINICION.....	10
1.2. CAUSAS.....	10
1.3. ETIOLOGÍA.....	11
1.4. FISIOPATOLOGIA .....	12
1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS .....	12
1.6. DIAGNOSTICO.....	13
1.7. TRATAMIENTO.....	13
1.8. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.9. OBJETIVOS.....	17
1.9.1. Objetivo general.....	17
1.9.2. Objetivos específicos .....	17
1.10. DATOS GENERALES.....	18
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	18
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	18
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	19
2.3. ANAMNESIS.....	20
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	21
2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	22
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	24
2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....	24
2.8 INDICACIÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	25
2.9 SEGUIMIENTO. ....	26

2.10	OBSERVACIONES .....	31
3.	CONCLUSIONES.....	32
4.	Bibliografía.....	33
5.	ANEXOS.....	35

## **I. AGRADECIMIENTO**

Le doy Gracias a Dios por bendecirme cada día por estar siempre conmigo por permitirme llegar a culminar esta meta tan anhelada como profesional, luego de tantos años de estudios.

Quiero agradecer a mis padres, a mi hijo, a mi Esposo, a mis Hermanos, gracias a cada uno de ustedes por tenerme presente siempre en sus oraciones, por su amor, y confiar en mí, por su apoyo económico, son mi pilar fundamental para seguir adelante en mi carrera, son mi fortaleza, mi inspiración para seguir esforzándome día a día para obtener mi principal objetivo ser una profesional

A mis docentes por impartirme de sus conocimientos y enseñanzas que con el tiempo me han ayudado a crecer profesionalmente.

## II. DEDICATORIA

El Presente trabajo es dedicado a Dios por su amor y su bondad gracias por estar siempre conmigo y nunca abandonarme, por darme las fuerzas necesarias para continuar por este largo camino, para llegar a cumplir mi objetivo.

Dedico de manera Especial a Mis Padres María Cano, Carlos Marmolejo, por sus oraciones, paciencia, brindarme su amor y calidez, por creer y confiar en mí, por sus valores y principio que me inculcaron desde el hogar, por sus consejos, sus palabras de aliento y enseñarme que a pesar de las adversidades debo continuar con valentía esforzándome hasta alcanzar el objetivo he anhelado por años.

A mis Hermanos Mayra, Verónica, Carlos, Y Zairo, gracias por el apoyo moral a lo largo de estos años de mi carrera, gracias por creer en mí.

A mi Hijo Carlos Morante por ser quien me inspira a seguir adelante, esforzándome, para que en un futuro pueda darte lo mejor y que nunca te falte nada.

A mi Esposo Brayan Morante gracias mi amor por tu apoyo moral, económico, gracias por confiar en mí, y creer en mi capacidad, gracias por cada palabra cada consejo por motivarme a luchar a que este sueño se haga realidad.

### **III. TEMA**

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRETÉRMINO”**

#### **IV. RESUMEN**

Una de las complicaciones más frecuentes en la gestación es la ruptura prematura de membranas en embarazos menores de 37 semanas de gestación dado que entre más prematuro el feto mayor riesgo de mortalidad.

En la ruptura prematura de membranas con lleva a diferentes complicaciones que son perjudiciales tanto como para la madre y producto debido a que aumenta el riesgo de infección corioamnionitis materna y sepsis neonatal en el producto, que son unas de las relevantes.

Por tal motivo es importante diagnosticar a tiempo las alteraciones que se producen en el embarazo, parto y puerperio, entre estas una amenaza de parto prematuro (APP) antes de las 37 semanas de gestación por la que se comenzara un tratamiento tocolítico y si presentara antes de 34 semanas llevar a cabo una maduración pulmonar fetal eficaz.

Llevar a cabo un diagnóstico adecuado con una anamnesis, exploración física, ginecológica, mediante especulocopia, para visualizar la presencia de sangrado transvaginal, realización de pruebas complementarias, ecografía, para poder llegar a un diagnóstico.

En esta presente investigación se detalla el caso de una paciente de 24 años edad que acude al hospital de segundo nivel, por presentar un cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por presentar dolor a nivel de hipogastrio, presencia de sangrado transvaginal rojo rutilante desde hace 4 horas, más perdida de líquido al 2do día del ingreso a hospitalización, cérvix cerrado, actividad uterina 2/10 minutos, frecuencia cardiaca fetal: 145 lpm. Se envía hacer una ecografía obstétrica la cual se evidencia un desprendimiento de placenta de 10%.

**Palabras clave:** Ruptura, membranas, amenaza de parto, manejo, embarazo.

## V. ABSTRACT

One of the most frequent complications in pregnancy is premature rupture of membranes in pregnancies less than 37 weeks' gestation, since the more premature the fetus is, the greater the risk of mortality.

In the premature rupture of membranes, it leads to different complications that are harmful to both the mother and the product because it increases the risk of maternal chorioamnionitis infection and neonatal sepsis in the product, which are some of the relevant ones.

For this reason, it is important to diagnose in time the alterations that occur in pregnancy, childbirth and the puerperium, among these a threat of premature birth (APP) before 37 weeks of gestation for which tocolytic treatment is started and if it presents before 34 weeks to carry out effective fetal lung maturation.

Carry out an adequate diagnosis with an anamnesis, physical and gynecological examination, by speculocopy, to visualize the presence of transvaginal bleeding, carrying out complementary tests, ultrasound, in order to reach a diagnosis.

In this present investigation, the case of a 24-year-old patient who comes to the second level hospital is detailed, due to presenting a clinical picture of 72 hours of evolution characterized by presenting pain at the hypogastric level, presence of bright red transvaginal bleeding for some time. 4 hours, plus fluid loss on the 2nd day of admission to hospital, closed cervix, uterine activity 2/10 minutes, fetal heart rate: 145 bpm. An obstetric ultrasound is sent, which shows a placental abruption of 10%.

**Key words:** Rupture, membranes, threat of labor, management, pregnancy.



## VI. INTRODUCCION

La Ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de la continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la salida de líquido amniótico. (Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona., 2019).

El período de latencia al parto por RPM es inversamente proporcional a la edad gestacional en que se produjo la amniorrhexis y, cuando este se prolonga, se incrementa el riesgo de complicaciones infecciosas, como la corioamnionitis clínica (Ángeles, M. et al, 2017).

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 36,6 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días (Gutiérrez Ramos, 2018). Ocurre en un 10% de las gestaciones y es responsable de 25-30% de los partos pretérmino. (Oliva Castañeda, B et al, 2017)

En el presente trabajo se presenta la evolución del caso clínico de una paciente de 24 años de edad que llega a emergencia con embarazo +- 35 semanas por trasplado de ecografía del primer trimestre dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbar al examen ginecológico cérvix cerrado presenta sangrado rojo rutilante, en los exámenes complementarios, monitoreo fetal se evidencia actividad uterina, ecografía institucional dentro de los parámetros normales, se indica tratamiento tocolítico, al segundo día de estar en la institución se evidencia pérdida de líquido amniótico, se decide manejo o conducta expectante y antibioticoterapia de manera profiláctica, al cuarto día de hospitalización, paciente presenta oligoamnios moderado, se indica cesárea segmentaria.

Siendo de gran valor para el conocimiento médico de cómo manejar este tipo de casos.

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION**

La ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM) se define como la ruptura de las membranas previa al inicio de actividad uterina antes de la semana 37 de gestación (Tellez, Ramirez, & Fernandez-Nino, 2017).

La rotura prematura de membranas puede ocurrir a término ( $\geq 37$  semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre  $< 37$  semanas). La rotura prematura de membranas pretérmino predispone al parto pretérmino. (Moldenhauer, 2018)

Entre el 8 a 10% de las embarazadas presenta rotura prematura de membranas (RPM), y de ellas, un 20% son gestaciones pretérmino. Un feto prematuro tiene mayor riesgo luego de una RPM pretérmino por las complicaciones propias de la prematurez. Por debajo de las 34 semanas se favorece el manejo expectante, y el uso de antibióticos y corticoides. Entre las 34 y 37 semanas (Chuang, González, Figueroa, & Oyarzún, 2017).

Se denomina periodo de latencia al tiempo que media entre la rotura del saco amniótico y el comienzo del trabajo de parto siendo mayor cuanto menor es la Edad Gestacional (EG) en que se produjo la rotura. Se considera que el período de latencia es prolongado (rotura prolongada de las membranas) cuando va más allá de las 24hs (Susacasa, S et al, 2019).

### **1.2. CAUSAS**

El manejo de la RPM está influenciado por la edad gestacional (EG) y la presencia de complicaciones como infección clínica, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto o estado fetal no tranquilizador. (Chuang, González, Figueroa, & Oyarzún, 2017)

Los fenómenos que determinan el momento de la rotura son los siguientes:

- Altura y velocidad de la elevación de la presión amniótica durante las contracciones.
- Prominencia de la bolsa amniótica.
- Movilidad del polo inferior del embrión respecto a la pared uterina.

En la actualidad se han referido factores biomecánicos clásicos, como son: la mala formación de la bolsa de separación amnio-corion, la tensión excesiva y asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia. (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2015)

### **1.3. ETIOLOGÍA**

La etiología es desconocida, pero hay factores que incrementan el riesgo, como la longitud cervical acortada o la infección intraamniótica. (Carducci, Ceriani Cernadas, Otaño, & Meller, 2018)

Se considera también multifactorial a menor edad gestacional mayor asociación con infección corioamniótica; mientras que a mayor edad gestacional.

Los factores de Riesgo asociados a la Rotura Prematura de Membranas se observan principalmente en embarazos Pretérmino. Entre los diferentes factores descritos cabe destacar los siguientes:

- Rotura Prematura de Membranas en embarazos anteriores:
- Infección del tracto genital inferior:
- Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo:
- Tabaquismo: (FASGO XXXIII, 2018).

También incluyen:

- Infecciones del tracto reproductivo materno (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, Chlamydia y corioamnionitis oculta)
- Conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales)
- Complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia ístmico cervical, cotizaciones, hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo)
- Cambios ambientales (presión barométrica).

#### **1.4. FISIOPATOLOGIA**

Las membranas fetales están constituidas por una capa interna denominada amnios y otra capa externa denominada corion, separadas por tejido conectivo denso que tiene colágeno y la elastina cumpliendo un papel fundamental en la integridad de la membrana corioamniótica, protegidas por el músculo uterino y el soporte mecánico que supone el cuello del útero cerrado (Oliva Castañeda, B et al, 2017)

La RPM se podría definir como una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua, en esta zona ocurren fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínas. Probablemente los diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos, etc.), favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto a través de una alteración morfológica. (Díaz Patiño)

Se asocia con disminución de contenido de colágeno, que puede ser consecuencia de microorganismos que producen colágenasas, proteasas y mucinasas. Existe evidencia que la suplementación con vitaminas C y E, también es un factor de riesgo. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

#### **1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

El cuadro clínico cursa con pérdida de líquido vaginal, con olor a cloro, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal. Además, puede cursar con visión directa de salida de líquido amniótico por cérvix al examen con espéculo, espontáneamente o a la maniobra de Valsalva. O al tacto vaginal no se tocan membranas ovulares.

## 1.6. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la RPM (ruptura Prematura de Membranas) se realiza por especuloscopia con observación de salida directa del líquido amniótico confirman más del 90% de los casos. La detección aumenta a 97% mediante el test de nitrazina (prueba de virado del pH) o cristalografía. (Carducci, Ceriani Cernadas, Otaño, & Meller, 2018)

### La RPM puede documentarse utilizando varias técnicas

1. Visualización directa de la salida del líquido amniótico transcervical o acumulación de líquido en fondo de saco vaginal.
2. Ecografía con cuantificación de líquido amniótico.
3. Prueba de Nitrazina: cambio de coloración del papel de amarillo a azul por alcalinización debido a la presencia de líquido amniótico.
4. Prueba de arborización en hehecho: Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido de fondo de saco vaginal.
5. Investigación de la proteína Placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1). Es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100%

(Ministerio de Salud Pública, 2015)

## 1.7. TRATAMIENTO

Aunque el ministerio de Salud Pública del Ecuador en su guía de atención para ruptura de membranas pretérmino, tiene lineamientos a seguir mencionaremos generalmente los considerados, medicamente hablando.

Existen varios tipos de tratamientos para RPM:

### ***Manejo expectante***

Se debe hacer en base a condiciones clínicas estables, y es de manejo hospitalario, con control y seguimiento permanente para determinar si existen indicios de infección, signos de desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón umbilical, alteración del bienestar fetal o presencia de signos de trabajo de parto.

Debe indicarse monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización ecográfica del crecimiento fetal. Se debe actuar manteniendo un alto índice de sospecha de la presencia de una infección precoz, en ausencia de fiebre, considerando criterios clínicos que tienen sensibilidad y especificidad variables para diagnosticarla (Gutiérrez Ramos, 2018)

### ***Uso de tocolíticos***

No hay datos suficientes para apoyar o refutar el uso de la tocólisis profiláctica. La tocólisis profiláctica puede asociarse con una prolongación del embarazo y un mayor riesgo de corioamnionitis sin beneficio significativo materno o neonatal, aunque su uso no se ha evaluado adecuadamente con antibióticos de latencia y corticosteroides (Gutiérrez Ramos, 2018)

### ***Uso de corticoides***

Tratamiento de primera elección la Betametasona 12 mg intramuscular glútea cada 24 horas, por un total de dos dosis. Alternativa Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis (Ministerio de Salud Pública, 2015).

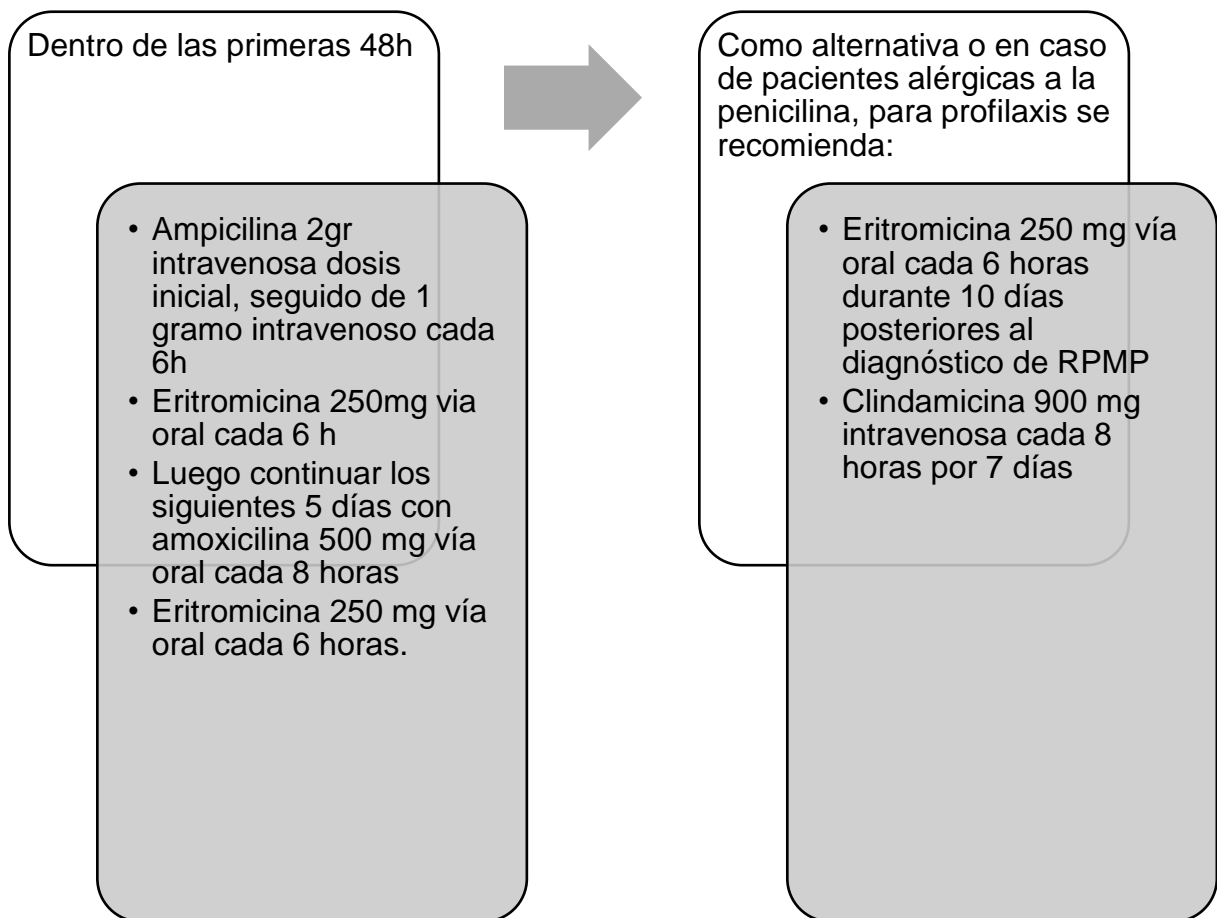
### ***Uso de antibióticos***

El uso de antibióticos en RPMP, está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal

Se recomienda durante el manejo expectante de la RPMP, un curso de 48 horas de antibióticos: Ampicilina intravenosa y Eritromicina vía oral, seguido de 5 días con Amoxicilina y Eritromicina vía oral para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada a prematuridad.

Para lo cual se recomienda el siguiente esquema:

La terapia con antibióticos para RPMP lejos de término debe darse por 7 días:



(Ministerio de Salud Pública, 2015)

## **1.8. JUSTIFICACIÓN**

El desarrollo de esta investigación se lleva a cabo a través de un proceso con base científica que tiene como objetivo principal detallar el desencadenamiento de RPM (Ruptura prematura de membranas), misma que afecta cerca del 10% de los embarazos.

Para realizar el diagnóstico de ruptura, no solo es importante la anamnesis sino también los hallazgos durante el examen ginecológico, y la utilización de la prueba diagnósticas que sea accesibles para poder decidir la conducta más adecuada de acuerdo a la edad gestacional del embarazo.

Asimismo, este estudio permitirá cubrir brechas de conocimiento y será de aporte a la literatura científica, a través de la revisión de un caso clínico, en que las principales complicaciones de la RPM podrían ser de alguna manera, evitables y detectables de una forma más precoz, con lo cual contribuiríamos a reducir la tasa de mortalidad neonatal y complicaciones en la gestante, abarcando un enfoque clínico más racional aumentando la salud y calidad de vida de las gestantes.



## **1.9. OBJETIVOS**

### **1.9.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados a ruptura prematura de membrana con producto pretérmino

### **1.9.2. Objetivos específicos**

-Identificar los factores clínicos de gestantes asociados a ruptura prematura de membrana en productos pretérmino.

-Analizar los factores de control prenatal en gestantes asociados a ruptura prematura de membrana en productos pretérmino.

### 1.10. DATOS GENERALES

<b>Nombres completos:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Cedula de identificación:</b> 0942625492	<b>Edad:</b> 24 a 6m
<b>Fecha de nacimiento:</b> 13/08/2005	<b>Estado civil:</b> soltera
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama De Casa
<b>Nivel de estudio:</b> Primaria	<b>Raza:</b> Mestiza
<b>Dirección:</b>	<b>Religión:</b> Católica
<b>Nivel sociocultural/económico:</b> bajo	<b>Hospital:</b> "Dr. León Becerra Camacho"
<b>Fecha de ingreso:</b> 2019-11-02	<b>FUM:</b> 23/2/2019

**Elaborado por:** Estudiante María Fernanda Marmolejo Cano

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 24 años llega al hospital de segundo nivel con diagnóstico de amenaza de parto pretermino con embarazo de 36 sg x fum y 35 sg por ecografía del primer trimestre. Paciente refiere cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por presentar dolor a nivel de hipogastrio más presencia de sangrado transvaginal rojo rutilante de aproximadamente 4 horas de evolución se realiza monitoreo fetal categoría I fcf: 145 actividad uterina: 2/10.

## 2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

<b>Antecedentes patológicos personales</b>	no refiere
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	no refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	no refiere
<b>Alergias</b>	no refiere
<b>Hábitos</b>	Ninguno
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricas</b>	
<b>Menarquia</b>	11 años
<b>Ciclos Menstruales:</b>	Irregulares 3 días
<b>Inicio de vida sexual:</b>	13 años
<b>Planificación Familiar:</b>	Ninguna
<b>Parejas sexuales:</b>	1
<b>Gestas:</b> 1	<b>abortos:</b> 0
Partos 0	cesáreas 1
<b>Fecha de la última menstruación:</b>	23/2/2019
<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	5
<b>Ecografías:</b>	4
<b>Edad gestacional:</b>	Embarazo 35 semanas por ecografía del 1er trimestre
<b>Papanicolaou:</b>	Ninguno
<b>Período intergenésico</b>	5 años

**Elaborado por:** Estudiante María Fernanda Marmolejo Cano

### **2.3. ANAMNESIS**

Paciente de 24 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel en condiciones estables.

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

Paciente acude presentando carnet de control prenatal se ha realizado 5 controles en CAI (Centro de Atención Integral) III para luego acudir a este hospital por área de emergencia presenta ecografías particulares:

- **16/4/2019** con diagnóstico de 6.3 sg extrapolado a la fecha 35 sg,
- **21/5/2019** con diagnostico 13 sg extrapolado a la fecha 36.4 sg,
- **12/8/2019** con Impresión diagnostica 24.3 sg extrapolado a la fecha 36.1,
- **26/10/2019** cuyo diagnóstico indica 36 sg extrapolado a la fecha 37 sg,

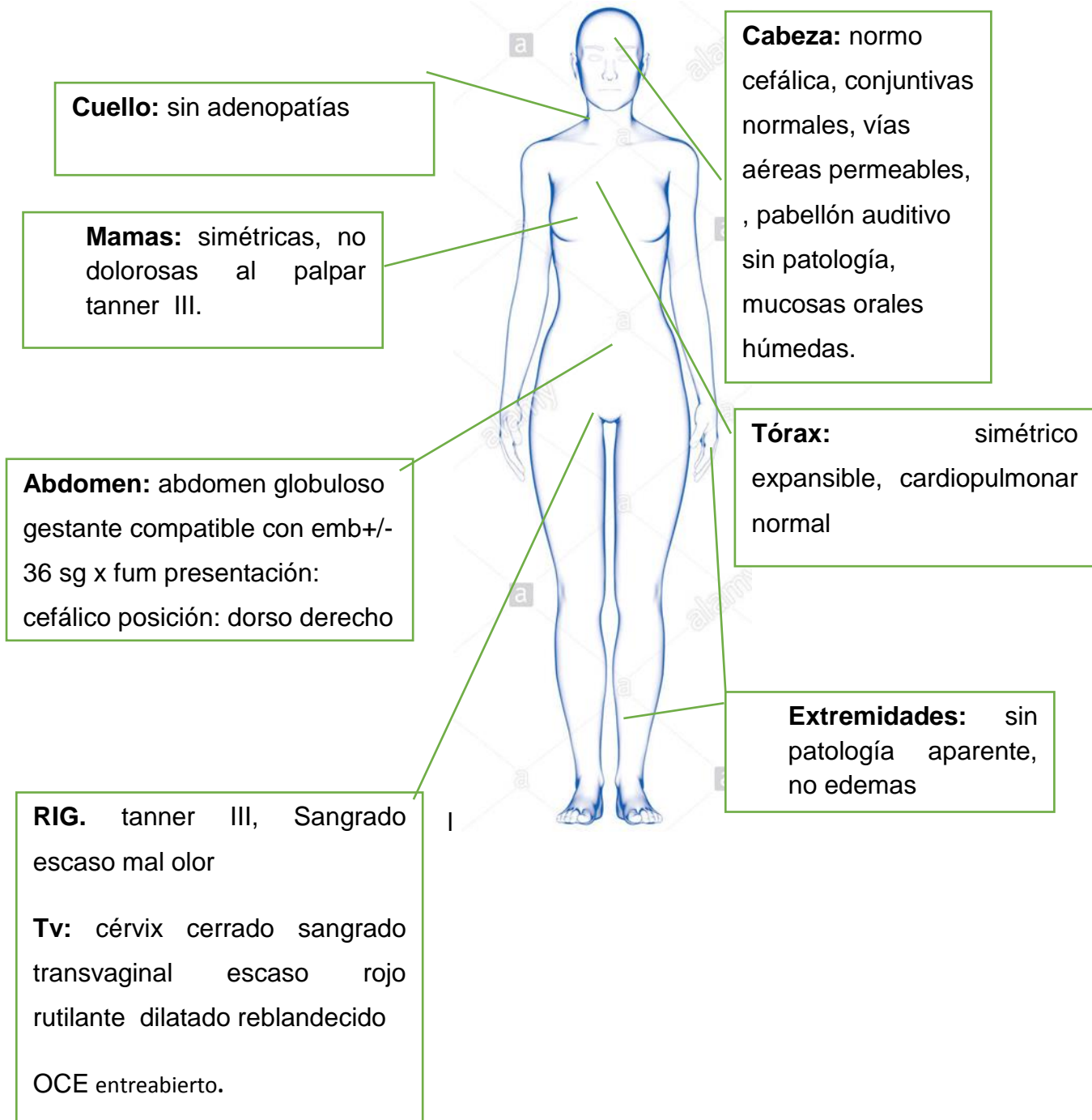
Paciente con cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por presentar dolor a nivel de hipogastrio más presencia de sangrado transvaginal rojo rutilante se realiza monitoreo fetal categoría I fcf: 145 actividad uterina: 2/10/40.

## 2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

A continuación, se detalla de la exploración clínica de la paciente:

**Figura 2.**

**General:** Consciente, orientada



**Elaborado por:** Estudiante María Fernanda Marmolejo Cano, **Fuente:** Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)

## 2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

### **Ecografías obstétricas particulares traídas a emergencia al ingreso 2019-11-02**

16/4/2019	Embarazo +- 6.3 semanas
21/5/2019	Embarazo +- 13 semanas
12/8/2019	Embarazo +- 24.3 semanas
26/10/2019	Embarazo +- 36 semanas

- Ecografía obstétrica institucional al momento del ingreso

#### **Ecografía Obstétrica 2-11-2019**

Producto único vivo con lcf presente con buena vitalidad, con movimientos fetales y respiratorios activos. Presentación: cefálico dorso derecho DBP: 88mm DFO:110mm HC: 313 mm LCF: 142 CA: 325mm LF: 70mm Placenta: anterior grado de inserción baja premarginal con desprendimiento del corion placentario de un 10% hacia el polo inferior. Oci: cerrado corazón con sus 4 cámaras. Cordón con sus 3 vasos peso: 2870 gramos ILA: 12.75 cm

Dx : embarazo de 36 semanas.

- Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:  
11/02/2019

#### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

Leucocitos	9.93	4-10
Neutrófilos	*70.9	40-70
Linfocitos	23.0	25-50
HGB:	12.70	9.5-16
HCTO	38.6	36-47
PLT	345	150-450
VOLUMEN	11.6	7.4-10.4

<i>PLAQUETARIO</i>		
<i>BIOQUIMICA SANGUINEA</i>		
<i>GLUCOSA</i>	95.0	70-110
<i>HEMOSTASIA</i>		
<i>TPT</i>	24.30	22.7-32
<i>TP</i>	10.9	10.14
<i>GRUPOSANGUINEO</i>	O	
<i>FACTOR RH</i>	POSITIVO	
<i>SEROLOGIA</i>		
<i>VDRL</i>	NO REACTIVO	
<i>VIH 1-2</i>	NO REACTIVO	

- Exámenes primer día en hospitalización.

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

<i>Leucocitos</i>	*10.20	4-10
<i>Neutrófilos</i>	65.7	40-70
<i>Linfocitos</i>	27.0	25-50
<i>HGB:</i>	11.90	9.5-16
<i>HCTO</i>	36.1	36-47
<i>PLT</i>	325	150-450
<i>VOLUMEN PLAQUETARIO</i>	*10.6	7.4-10.4
<i>SEROLOGIA</i>		

PCR	NEGATIVO	
-----	----------	--

**Elaborado por:** Estudiante María Fernanda Marmolejo Cano.

- **Exámenes segundo día de hospitalización**

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

<i>Leucocitos</i>	<b>8.41</b>	<b>4-10</b>
<i>Neutrófilos</i>	<b>69.7</b>	<b>40-70</b>
<i>Linfocitos</i>	<b>*23.9</b>	<b>25-50</b>
<i>HGB:</i>	<b>12.10</b>	<b>9.5-16</b>
<i>HCTO</i>	<b>36.6</b>	<b>36-47</b>
<i>PLT</i>	<b>305</b>	<b>150-450</b>
<i>VOLUMEN PLAQUETARIO</i>	<b>*10.6</b>	<b>7.4-10.4</b>
<b>SEROLOGIA</b>		
PCR	<b>NEGATIVO</b>	

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

Por la sintomatología y cuadro clínico de la paciente, es ingresada por amenaza de parto pretérmino, ecografía institucional placenta: anterior grado II-III de inserción baja premarginal con desprendimiento del corion placentario de un 10% hacia el polo inferior con embarazo de 36 semanas, misma que al 2do día de ingreso al segundo nivel de atención, presenta ruptura prematura de membranas, más neutrofilia por lo que se indica antibióticoterapia.

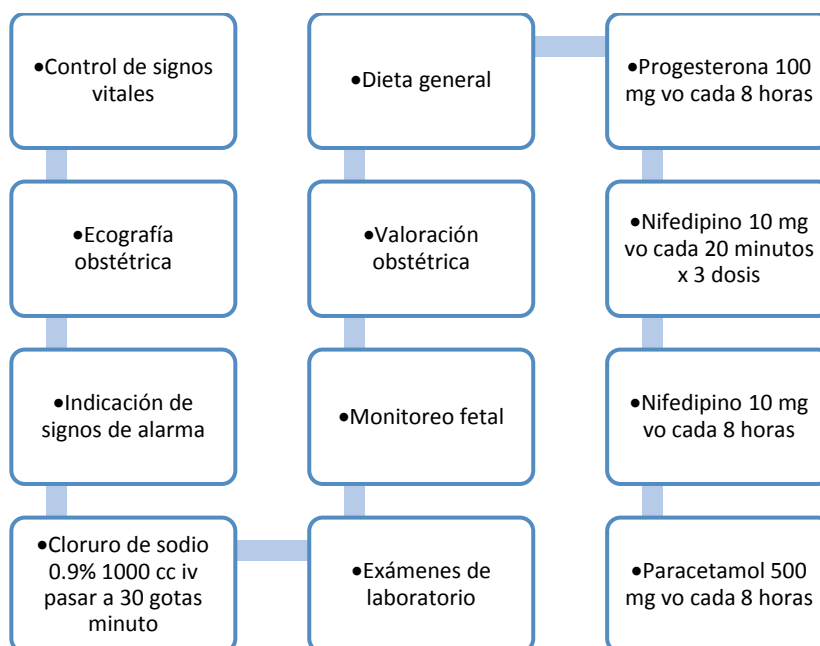
Se diagnóstica Embarazo +- 36 semanas + amenaza de parto pretérmino+ ruptura prematura de membranas.

## **2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

La paciente acude a emergencias refiriendo dolor a nivel de hipogastrio más presencia de sangrado transvaginal rojo rutilante. Se realiza respectiva valoración



Gineco obstétrica se decide el ingreso de la paciente y pase a Hospitalización con las siguientes indicaciones por:



**Exámenes de laboratorio:** biometría hemática, química sanguínea, TP-TTP, glucosa, VIH Y VDRL, Reportar novedades.

## 2.8 INDICACIÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Una de las complicaciones más frecuentes enfrentada tanto por, el ginecólogo u obstetra en la práctica; es la rotura de membranas en un embarazo pretérmino. Con la finalidad de conservar la salud de la madre como el feto, la conducta médica, muchas veces, se ve en la encrucijada de tomar una decisión que puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna. Dado por la presencia de infecciones que imposibilitan mantener la gestación y está es pretérmino. Lo que puede ocasionar riesgos en el recién nacido prematuro (Gutiérrez Ramos, 2018)

Debemos mencionar que las gestantes son lo importantes para el personal de salud en obstétrica y ginecología, si mejoramos la atención desde primer nivel con controles más estrictos disminuirá la incidencia de estos casos.

Cuando se diagnostica esta patología se requiere de varias profesionales que engloban tanto la obstetricia como la ginecología.

## 2.9 SEGUIMIENTO.

En el área de Emergencias

<p><b><u>En su evolución destacamos:</u></b></p> <p><b>Neurológico</b> Glasgow 15/15</p> <p><b>Cardiovascular:</b></p> <p>Presión Arterial: 130/70</p> <p>Frecuencia Cardiaca 86</p> <p><b>Respiratorio:</b></p> <p>Frecuencia Respiratoria 18</p> <p>Saturación De O2 98% normoxemia</p> <p><b>Infecioso:</b> a febril al momento, exámenes de laboratorio sin leucocitosis.</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN</b></p> <p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Monitoreo fetal</li><li>• Ecografía obstétrica</li></ul> <p><b>Hidratación e infusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc iv pasar a 30 gotas minuto</li></ul> <p><b>Medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Progesterona 100 mg vo cada 8 horas</li><li>• Nifedipino 10 mg vo cada 20 minutos x 3 dosis</li><li>• Nifedipino 10 mg vo cada 8 horas</li><li>• Paracetamol 500 mg vo cada 8 horas</li></ul> <p><b>Procedimientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes de Laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, serología</li><li>• Seguimiento por ginecología.</li></ul>
---	--

Se indica tratamiento tocolítico, y analgésico, se indica Valoración y seguimiento por ginecología, ecografía obstétrica.

### En Hospitalización

<p><b><u>En su evolución destacamos:</u></b></p> <p><b>Neurológico</b> Glasgow 15/15,</p> <p><b>Cardiovascular:</b> Presión Arterial: 124/71 Frecuencia Cardiaca: 76</p> <p><b>Respiratorio:</b> Frecuencia Respiratoria: 18 Saturación De O2: 98% Temperatura: 36.5</p> <p><b>Infecioso:</b> No se evidencia un proceso infección.</p> <p><b>Ginecológico:</b> cérvix Posterior reblandecido, presencia de sangrado transvaginal.</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN MEDICA</b></p> <p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de signos vitales</li> <li>• Actividad uterina cada hora.</li> <li>• Monitoreo fetal stat.</li> <li>• Valorar con monitoreo fetal.</li> <li>• Exámenes de biometría más pcr.</li> <li>• Ecografía obstétrica</li> </ul> <p><b>Hidratación e infusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc iv pasar a 30 gotas minuto</li> </ul> <p><b>Medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Butilhioscina 1 ampolla iv diluido lento stat.</li> <li>• Paracetamol 500 mg vo stat</li> </ul> <p><b>Procedimientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, Seguimiento por ginecología.</li> </ul>
--	--

**VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA:**

Al momento PA: 130/70 FC 86 F 18 Spo2 98% T 37 GLASGOW 15/15 proteinuria en tirilla negativa SCORE MAMA 0 monitoreo fetal categoría I fcf 140 lpm actividad uterina 3/10.

**Resultados de laboratorio:** Leucocitos 9.93, Neutrófilos % \* 70.9 %, Eosinófilos % 1.0 %, Linfocitos % \* 23.0 %. Monocitos % 4.8 %, Hemoglobina 12.70, Hematocrito 38.6, Plaquetas 345, Volumen Plaquetario Medio \* 11.6 Fl, Tpt 24.30,

## 2do Día de Hospitalización:

<p><b><u>En su evolución destacamos:</u></b></p> <p>Salida de líquido amniótico claro en poca cantidad a maniobras de Valsalva.</p> <p>Tv: cérvix</p> <p>Posterior permeable un dedo en todo su trayecto polo cefálico plano alto extremidades edema + monitoreo fetal categoría I fcf 135 lpm actividad uterina 3/10</p> <p>Se evidencia inicio de actividad uterina lo que ocasionará un inicio de trabajo de parto.</p> <p>No se visualiza sangrado transvaginal.</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN MEDICA</b></p> <p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evolución espontanea.</li><li>• Revaloración en 4 horas con nuevo monitoreo fetal.</li></ul> <p><b>Hidratación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• cloruro de sodio 0.9% 1000 ml 30 gotas por minuto</li></ul> <p><b>Medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tramadol 100 mg im stat</li><li>• Ampicilina 1 gramo iv cada 6 horas.</li><li>• Eritromicina 250 mg vo cada 8 horas</li><li>• Paracetamol 1 gramo vo si temperatura mayor de 38.5 grados.</li></ul> <p><b>Seguimiento por ginecología.</b></p>
--	--

La paciente se mantiene en el servicio con Glasgow 15/15, se ha optado por conducta expectante, se indica terapia antibiótica de manera profiláctica, para evitar complicaciones tales como corioamnionitis. Se espera evolución hasta el siguiente día. **Ecografía:** reporta ILA 10cm.

### 3er Día de Hospitalización:

<p><b><u>En su evolución destacamos:</u></b></p> <p><b>Neurológico</b> Glasgow 15/15,</p> <p><b>Cardiovascular:</b> PA 101/62, FC 90,</p> <p><b>Respiratorio:</b> paciente con buena tolerancia, mantiene oximetrías mayores de 98% sin soporte.</p> <p><b>Ginecológico:</b> cérvix entreabierto posterior</p> <p><b>Laboratorio:</b> PCR Negativo Leucocitos 10.2</p> <p>Embarazo de 36,4 sg x fum, ecografía</p> <p>Primer trimestre con embarazo de 6.3 semanas corresponde a 35 semanas 2 días,</p> <p>Ecografía 13 semanas traspolado a la fecha corresponde a 36 semanas 6 días,</p> <p>Ecografías del segundo trimestre con 24 semanas 3 días, traspolado a la fecha corresponde a 36 semanas 3 días.</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN</b></p> <p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Vigilancia obstétrica</li><li>• Monitoreo fetal cada 8 horas</li><li>• Control de paños</li><li>• Biometría hemática y PCR de control</li></ul> <p><b>Hidratación e infusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solución salina al 0.9% 1000 ml 30 gotas por minuto</li></ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ampicilina 1 gramo iv cada 6 horas.</li><li>• Eritromicina 250 mg vo cada 8 horas</li><li>• Paracetamol 1 gramo vo si temperatura mayor de 38.5 grados.</li></ul> <p><b>Seguimiento por ginecología.</b></p>
--	---

Se debe considerar para el cálculo correcto de la edad gestacional las ecografías del primer trimestre de gestación. Pese a que paciente no ha tenido mejorías, pero ha evolucionado a trabajo de parto pretérmino por lo que se decide control de paños con seguimiento.

#### 4to Día de Hospitalización:

<p><b><u>En su evolución destacamos:</u></b></p> <p>Embarazo de 37-38 sg por eco del 1er y 3er Trimestre producto único vivo cefálico fcf 145 lpm peso fetal 3304 gr placenta fúndica grado de maduración III, ILA 7 cm, dolor abdominal tipo contráctil + expulsión de tapón mucoso pérdida de líquido amniótico leve. + CUP 1 dilatación 2cm borramiento 50% plano alto ruptura de membranas</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN MEDICA</b></p> <p><b>Medidas generales</b></p> <p>Pase a cirugía de emergencia registro cardiotocográfico urgente.</p> <p><b>Hidratación</b></p> <p>•cloruro de sodio 0.9% 1000 ml 30 gotas por minuto</p> <p><b>Medicación</b></p> <p>Tramadol 300mg metoclopramida 20 mg IV 30 gotas x min. Ampicilina 1 gr iv cada 6 horas</p>	<p><b>Preoperatorio:</b></p> <p>Egreso a quirófano posterior a cesárea segmentari</p>
--	--	---

a de emergencia se obtiene producto único vivo sexo masculino peso 2880 gr líquido amniótico disminuido con 1 circular de cordón simple en cuello pérdida hemática 200 ml se aplica Matep paso a paso útero bien contraído, paciente sale orientada en tiempo y espacio

#### PRESCRIPCIÓN MEDICA

##### Medidas generales

- Control De Score Mama cada 4 horas
- Control De loquios Cada 15min x 2 Horas
- Control De Diuresis
- Lactancia Materna Exclusiva
- Tolerancia Oral En 6 Horas
- Aseo Genital
- Cuidados De Enfermería

##### Medicación

Cloruro 0.9% 1000 ml a 30 gotas por minuto

Ampicilina 1 gr iv cada 6 horas

Ketorolaco 30 mg iv cada 8 horas

eritromicina 250 mg vo cada 6 horas

Paciente queda ingresada en hospitalización hasta culminar con su antibioticoterapia, y haber cumplido sus horas post quirúrgicas, y que conserve un buen pronóstico para su alta inmediata. La misma que se medica: Amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 5 días Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días Sulfato ferroso 50mg vía oral cada día por 30 días.

## **2.10 OBSERVACIONES**

Se revisaron diferentes fuentes de información de diferentes bibliografías con la finalidad de enfatizar sobre cómo hacer el diagnóstico y seguimiento adecuado en el caso de este tipo de pacientes.

En este caso se debe destacar el trabajo en conjunto de los profesionales de salud para la adecuada valoración, manejo y seguimiento de pacientes con ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino. Cabe destacar que para el cálculo de edad gestacional se tomó en consideración ecografías de los 3 trimestres de embarazo, cuando la literatura obstétrica indica que el examen ideal para el cálculo de la edad gestacional es la ecografía del primer trimestre.

Se debe actuar de manera precisa y adecuada en el momento de detectar este tipo de casos.

### **3. CONCLUSIONES**

La ruptura prematura de membranas en gestaciones pretérmino, es una de las complicaciones tanto obstétrica como fetal.

El manejo expectante de acuerdo a la literatura médica gineco obstétrica, profilaxis antibiótica posterior a la ruptura prematura de membranas, con buena respuesta de la paciente y el neonato al nacimiento.



#### 4. 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>.
- Ángeles, M. et al. (2017). Evaluación del efecto de un estabilizador del microbioma vaginal sobre los resultados maternos y neonatales en mujeres con rotura prematura de membranas pretérmino. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.*, 60(6).  
Obtenido de [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/03\\_estabilizador%20del%20microbioma%20vaginal.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/03_estabilizador%20del%20microbioma%20vaginal.pdf)
- Carducci, M., Ceriani Cernadas, J., Otaño, L., & Meller, C. (2018). Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. *Arch Argent Pediatr*, 116(4).
- Chuang, Y.-C., González, C., Figueroa, H., & Oyarzún, E. (2017). En mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas y edad gestacional entre 34 y 37 semanas: ¿Es la interrupción del embarazo (manejo activo) mejor que el manejo expectante para reducir la sepsis neonatal? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600681>
- Díaz Patiño, A. (s.f.). Determinación de creatinina serica frente a cristalografía en ruptura prematura de membranas. *Determinación de creatinina serica frente a cristalografía en ruptura prematura de membranas*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, 2017.
- FASGO XXXIII. (2018). Rotura prematura de membranas. *FASGO, CORDOBA 2018*, (págs. 2-16).  
Cordoba-Argentina. Obtenido de [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_FASGO\\_2018\\_Rotura\\_prematura\\_de\\_membranas.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf)
- Gutiérrez Ramos, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3). Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso)
- Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. (2019). PROTOCOLO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO. *Centre de Medicina Fetal | Neonatal de Barcelona*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2015). Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Ruptura prematura de membranas prétermino. *GuíadePrácticaClínica (GPC)*.

- Moldenhauer, J. (junio de 2018). *Manual MDS para profesionales*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/profesional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>
- Oliva Castañeda, B et al. (2017). Plan de cuidados de Enfermería a una paciente con ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-ruptura-prematura-de-membranas/>
- Susacasa, S et al. (2019). Rotura Prematura de Membranas. *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA*. Obtenido de [http://www.sarda.org.ar/images/GPC\\_RPM\\_HMIRS\\_2019.pdf](http://www.sarda.org.ar/images/GPC_RPM_HMIRS_2019.pdf)
- Tellez, D., Ramirez, S., & Fernandez-Nino, J. (enero-marzo de 2017). Inducción del parto versus manejo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud,, 49(1), 45-55*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017005>

## 5. ANEXOS

F. Orden: 02/11/2019 Turno: 11191102025  
 U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA Edad: 24 años  
 Médico: Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth Género: MUJER

### Resultados

#### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	9.93	x 10 <sup>9</sup> /µL	4 - 10
BASOFILO #	0.03	10 <sup>9</sup> /µL	
BASOFILO %	0.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	7.05	10 <sup>9</sup> /µL	
NEUTROFILOS %	* 70.9	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.09	10 <sup>9</sup> /µL	
EOSINOFILOS %	1.0	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.29	10 <sup>9</sup> /µL	
LINFOCITOS %	* 23.0	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.47	10 <sup>9</sup> /µL	
MONOCITOS %	4.8	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.26	mm <sup>3</sup> /µL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	12.70	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	38.6	%	36 - 47
MCV	90.6	fL	80 - 98
MCH	29.8	pg	27 - 32
MCHC	32.9	%	31 - 36
RDW - CV	13.5	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	43.0	fL	
PLAQUETAS	345	mm <sup>3</sup> /µL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	* 11.6	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.20	--	
PCT	0.40	--	



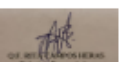
Usuario Válida: RITA NATALIA CAMPOS HERAS  
 Fecha Válida: 02-11-2019 09:35:40

F. Orden: 02/11/2019 Turno: 11191102025  
 U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA Edad: 24 años  
 Médico: Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth Género: MUJER

### Resultados

#### Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>TIEMPOS</b>			
TPT	24.30	Seg. CentSeg	22.7 - 32
TP	10.9	Seg. CentSeg	10 - 14
RIN	0.99	--	
<b>TIPO DE SANGRE</b>			
GRUPO SANGUINEO	0	--	
FACTOR RH	POSITIVO	--	



Usuario Válida: RITA NATALIA CAMPOS HERAS  
 Fecha Válida: 02-11-2019 09:35:53

F. Orden: 02/11/2019  
U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA  
Médico: Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth

Turno: 11191102025  
Edad: 24 años  
Género: MUJER

## Resultados

### Serologia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
SEROLOGIA:			
VDRL	NO REACTIVO	--	
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	



Usuario Valida: RITA NATALIA CAMPOS HERAS

Fecha Valida: 02-11-2019 09:43:56

F. Orden: 02/11/2019  
U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA  
Médico: Lopez Jimenez Cecilia Elizabeth

Turno: 11191102025  
Edad: 24 años  
Género: MUJER

## Resultados

### Bioquimica

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA	95.0	mg/dl	70 - 110



Usuario Valida: RITA NATALIA CAMPOS HERAS

Fecha Valida: 02-11-2019 09:36:50

F. Orden: 04/11/2019  
U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA  
Médico: Alvarado Rivadeneira Mariela Teresa

Turno: 11191104042  
Edad: 24 años  
Género: MUJER

## Resultados

### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	8.41	x 10 <sup>9</sup> µL	4 - 10
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>9</sup> 3µL	
BASOFILOS %	0.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	5.87	10 <sup>9</sup> 3µL	
NEUTROFILOS %	69.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.07	10 <sup>9</sup> 3µL	
EOSINOFILOS %	0.9	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.01	10 <sup>9</sup> 3µL	
LINFOCITOS %	* 23.9	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.43	10 <sup>9</sup> 3µL	
MONOCITOS %	5.2	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.05	mm <sup>3</sup> µL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	12.10	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	36.6	%	36 - 47
MCV	90.5	fL	80 - 98
MCH	29.9	pg	27 - 32
MCHC	33.0	%	31 - 36
RDW - CV	13.5	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	42.8	fL	
PLAQUETAS	305	mm <sup>3</sup> µL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	* 10.6	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.10	--	
PCT	0.33	--	



Usuario Valida: Loda, JACQUELINE SARMIENTO ALVARADO  
Fecha Valida: 04-11-2019 13:28:20

F. Orden: 04/11/2019  
U. Medica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA  
Médico: Alvarado Rivadeneira Mariela Teresa

Turno: 11191104042  
Edad: 24 años  
Género: MUJER

## Resultados

### Serología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>SEROLOGIA:</b>			
PCR	POSITIVO	mg/l	



Usuario Valida: Loda, JACQUELINE SARMIENTO ALVARADO  
Fecha Valida: 04-11-2019 13:58:50