

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Modalidad: Caso

**FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE
JAUJA-2021**

Para obtener el título profesional de: Obstetra

Autor: Bach. Matamoros Crispin Roxana

Asesor: Dra. Juana Luisa Andamayo Flores

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y gestión en la salud

Líneas de investigación de la escuela profesional de Obstetricia: Salud sexual y reproductiva

Lugar o institución de investigación: Hospital Domingo Olavegoya

N° de resolución de expedito:4920

Huancayo- Perú - 2023

DEDICATORIA

A mi familia por su ayuda constante y en particular a mi hija quien me da la fortaleza todos los días para continuar adelante.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, Dra. Juana luisa Andamayo flores por sus enseñanzas, y motivación por su apoyo incondicional y consejos en el desarrollo de este trabajo de suficiencia desde el inicio hasta su culminación.

Roxana Matamoros Crispin



CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0055 - FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL; Titulado:

FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE JAUJA-2021

Con la siguiente información:

Con Autor(es)  : BACH. MATAMOROS CRISPIN ROXANA

Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académica : OBSTETRICIA

Asesor(a) : DRA. ANDAMAYO FLORES JUANA LUISA

Fue analizado con fecha 13/10/2023 con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

X

Excluye citas.

X

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

X

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de 20%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N°11 del Reglamento de uso de Software de Prevención de Plagio. Se declara, que el trabajo de investigación: ***Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.***

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 13 de Octubre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MAÑTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

I. PRESENTACION

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Constancia de similitud	4
Contenido general	5
Contenido de tablas	6
Contenidos de figuras	7
Resumen	8
Abstract	9

INTRODUCCIÓN 10

CAPITULO I.-PROBLEMA 12

1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Justificación	15
1.3 Objetivos	15

CAPITULO II.-MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de estudio	17
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Bases conceptuales	30

CAPITULO III.-DESARROLLO TEMATICO

3. CASO CLINICO 31

3.1 Historia Clínica	32
3.2 Diagnóstico y manejo	35
3.3 formulación del plan de tratamiento general	39
3.4 Plan de control y mantenimiento	44

CAPITULO IV.-ANALISIS Y DISCUCION 53

CAPITULO V.- CONCLUSIONES 54

CAPITULO VI. - RECOMENDACIÓN 55

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 56

ANEXOS 62

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 Manifestaciones Clínicas durante Hemorragia Posparto	24
Tabla 2 Antecedentes Personales	33
Tabla 3 Antecedentes Gineco Obstétricos	33
Tabla 4 Antecedentes Obstétricos	34
Tabla 5 Antecedentes Familiares	34

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 Compresión Bimanual del Útero	46
Figura 2 Compresión de la Aorta Abdominal	47
Figura 3 Reparación del desgarro del cuello uterino	48
Figura 4 Exposición de Desgarro Vaginal	51
Figura 5 Sutura Desgarro Vaginal	51
Figura 6Reparación del Musculo Perineal	51
Figura 7Reparación de la Piel	51

RESUMEN

El presente trabajo estudia el caso clínico de una paciente de 21 años primigesta, ingresa a emergencias del hospital Domingo Olavegoya para el descarte de preclamsia P/A 150/100mmHg, se interna a gestante para su observación y se solicita examen de laboratorio. Gestante hospitalizada inicia trabajo de parto se da tratamiento ITU, se complica tercer periodo de parto laceración vulvovaginal y atonía uterina se realiza tratamiento con la administración de uterotónicos se realiza compresión uterina bimanual + compresión aorta abdominal donde se le logra el control del sangrado.

Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021. La población fueron pacientes puérperas que tuvieron hemorragia postparto en el Hospital Domingo Olavegoya en el periodo-2021. Materiales: historia clínica de puérpera con hemorragia postparto en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021. Conclusión, en los factores de riesgo se identificó que los traumas del canal blando y la atonía uterina son la causas que más prevalecen ante una hemorragia postparto.

Palabra clave: hemorragia postparto, atonía uterina, puerperio y traumas del canal blando

ABSTRACT

The present work studies the clinical case of a 21-year-old patient with a primigravida, admitted to the emergency room of the Domingo Olavegoya hospital to rule out preeclampsia P/A 150/100mmHg, the pregnant woman was admitted for observation and a laboratory examination was requested. Hospitalized pregnant woman begins labor, UTI treatment is given, third stage of labor becomes complicated with vulvovaginal laceration and uterine atony, treatment is performed with the administration of uterotonics, bimanual uterine compression + abdominal aorta compression is performed where bleeding control is achieved.

Its objective was to determine the risk factors for postpartum hemorrhage in patients at the Domingo Olavegoya Hospital in Jauja-2021. The population was postpartum patients who had postpartum hemorrhage at the Domingo Olavegoya Hospital in the period-2021. Materials: clinical histories of postpartum women with postpartum hemorrhage at the Domingo Olavegoya Hospital in Jauja-2021. Conclusion, in the risk factors it was identified that soft canal trauma and uterine atony are the most prevalent causes of postpartum hemorrhage.

Keyword: postpartum hemorrhage, uterine atony, puerperium and soft canal trauma

INTRODUCCION

La hemorragia posparto es la pérdida sanguínea igual o superior a 500 ml posterior al parto por vía baja, o pérdida mayor de 1000 ml en un parto por vía alta, también considerado como la disminución de más del 10% del valor de hematocrito en el transcurso de las primeras horas. La hemorragia posparto es una de los importantes motivos de mortalidad materna, el cual incluye la atonía uterina, traumas y retención de restos placentarios.¹

La hemorragia posparto, se caracteriza por ser una de las principales causas de muerte materna aproximadamente se produce a nivel mundial entre un (17-40%), en especial en países en vías de desarrollo, a nivel internacional en las Américas es considerado como causante del 30% de mortalidad materna, en América Latina representa la 2da causa de muerte materna y en el Perú predomina como causa principal la hemorragia postparto²

A nivel global se ha venido ejecutando estrategias orientados a la salud de la mujer, niño y el adolescente al 2030, con propuestas de equidad en el servicio de la salud con la intención de disminuir la mortalidad y ofrecer bienestar a los habitantes, procurando que las mujeres trascurren con un embarazo y parto sin complicaciones.³

Sin embargo, aunque la hemorragia posparto es prevenible en un 93%, su tratamiento temprano y apropiado es clave para obtener buenos resultados. Por este motivo de presentarse una hemorragia abundante el proveedor de salud debe proceder de inmediato para evitar complicaciones superiores debido a que mayormente la hemorragia posparto es por atonía uterina.⁴

A nivel institucional la hemorragia posparto es interpretado como: “Una termino de inequidad, diferencia y ausencia de empoderamiento de las mujeres” debido a que la Organización de la panamericana de la salud (OPS) consolida a la hemorragia posparto como entidad relacionada a la mortalidad en países de bajos recursos, donde el cuidado de salud es precario; por lo que es conveniente la prestación de atención prenatal, parto institucional para prevenir esta patología.⁵

La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia postparto (HPP), ya que la perdida sanguínea es de un 70% y muertes maternas 4 % por hemorragia postparto. Esta dificultad se presenta posterior a la expulsión de la placenta, se describe por la falta de contracción uterina en el puerperio inmediato y mediato. Las causas que aumentan la

exposición de atonía son: las distensiones uterinas, polidramnios, macrosomía fetal, multiparidad, útero relajantes, cansancio uterino por un parto prolongado o inducido.⁶

El manejo común de la hemorragia posparto por atonía uterina tiene diversas técnicas que puede darse a través del masaje bimanual uterino, evaluación de la cavidad uterina, tapón intrauterino (gasa, balones, uso de preservativo), uterotónicos como la oxitocina, ergometrina, misoprostol, u otras maniobras compresivas (B-Lynch), o (ligadura de las arterias uterinas), embolización y por último histerectomía. La elección depende de la maniobra que desea emplear el asistente de salud y de los implementos que disponga el establecimiento hospitalario de acuerdo a la capacidad resolutive y nivel de complejidad del establecimiento.⁷

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud anuncia anualmente, alrededor de 295000 mujeres fallecen a causa de complicaciones ocasionadas por la gestación y/o el puerperio la mayor parte son evitables o tratables, de la misma manera la mortalidad materna en países de bajos ingresos representa el 94% siendo la hemorragia posparto una de las complicaciones severa que constantemente provoca la muerte materna, siendo la causa más común de una hemorragia postparto la atonía uterina en un 13%.⁸

La hemorragia postparto se presenta al rededor del 2% en las mujeres embarazadas, está ligado a un cuarto de los decesos maternos a nivel mundial y es la principal causa de mortalidad materna sobre todo evidenciado en países de extrema pobreza.⁹

En República Dominicana (2021), en el presente año, se evidenciaron un aumento de muertes maternas, llegando a obtener el 48% en el I trimestre; en las dos primeras semanas de enero del 2021 se presentó 43 defunciones maternas, representando casi la mayor proporción a comparación del 2020 con 29 defunciones maternas, los que mayormente se presentan en el III periodo del parto (alumbramiento) por complicaciones posterior al parto, como es la hemorragia posparto. Haití, país del Caribe, ocupa uno de los primeros países con mayor proporción de muertes maternas, la mayor parte después del posparto, en los años 2019 – 2022 con la presencia del COVID-19, las defunciones maternas se dieron principalmente por trastornos hipertensivos y

las hemorragias posparto, coincidiendo que el más común fue la atonía uterina la que más prevalece, según las Naciones Unidas del 2017, reporta que los países con altas tasas de mortalidad materna son Guayana, Bolivia, Paraguay, Venezuela, Surinam, Santa Lucía y Nicaragua. Mientras que, en América Latina y el Caribe, se presentó en una proporción de 74 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.¹⁰

Según Aguilar (2018), en los análisis verificados en el hospital de Machachi de Ecuador, la atonía uterina es mayormente el ocasionante de desencadenar fue episodios de hemorragia posparto presentándose en 107 pacientes en estudio (94% de los casos). Las edades se encontraban entre los 14 a 41 años, distinguiéndose con mayor frecuencia en mujeres entre 14 a 20 años que presentaron atonía uterina; presentándose en un 36% de los casos en estudio. Según el número de partos la mayor población se dio en las primíparas con un 57% de los casos. Quienes fueron analizados mediante las historias clínicas y evaluación de los factores de riesgo predisponentes a hemorragia posparto.¹¹

En Cuba según Molina en el Hospital General "Vladimir Ilich Lenin" de Holguín, en el 2020, un estudio de 7146 partos de ellas 3 muertes maternas para una tasa de 41,9% (1 causa indirecta y 2 directa). En el servicio de Cuidados Intensivos asistieron 52 pacientes con hemorragia posparto (51 por causa de atonía uterina y 1 por desgarro) de estas 48 se recuperaron sin realizar histerectomía. La vía del parto elegido fue 40 vaginales y 12 cesáreas. Por ello que crea la necesidad de ejecutar y aplicar tácticas sanitarias, planes de incremento de programas que conduzcan el trabajo médico, con la finalidad de efectuar un diagnóstico y tratamiento temprano y activo.¹²

A nivel nacional

En el Perú la hemorragia posparto es una de las principales causas de decesos maternos en establecimientos; debido a que está patología puede ocasionar muertes; el año 2017 la razón 325 por 100 mil nacidos vivos ya que las cifras van disminuyendo con los años anteriores.¹³

En nuestro país, Centro Nacional de epidemiología (CNE) y Prevención y Control de Enfermedades, en el 2019 al 2020, se reportaron un promedio de 429 decesos, incrementándose en un 42.1% en el 2020, en comparación al 2019, el por semana fueron 8.1 defunciones, teniendo un rango de 2 a 18 como mínimo y máximo; las regiones con mayor proporción por orden decreciente fueron Lima Metropolitana, Loreto, Ucayali, Junín; la Libertad, Lambayeque, Cajamarca y Cuzco. Las cuales se clasifican entre las edades 20 y 59 años (51.3%) menores de 18 años (41.5%), por el momento de defunción en el puerperio (63.3%), no realizaron atenciones prenatales (65.6%) o controles inadecuados (64.5%); de las muertes directas se encuentra la hemorragia posparto (26%), con un incremento de 8.1% en relación al 2019 con un 18.1%. por lo que las muertes maternas constituyen un problema salud pública.¹⁴

En el Perú según el Ministerio de Salud (Minsa), la mortalidad materna se redujo en un 51 % en los primeros seis meses del 2022, en comparación con el mismo periodo del 2021. Según datos registrados, el país registró 136 muertes maternas de enero a junio de este año, el 50 % de las cuales se concentraron en las regiones de Lima Metropolitana, las norteñas de Piura, Cajamarca y La Libertad, y Loreto. El Ministerio de Salud detalló que el 13 % de la mortalidad materna se produjo en mujeres menores de 19 años y, del total de casos registrados, las causas más frecuentes respondieron a hemorragias postparto y trastornos hipertensivos. La hemorragia postparto sigue siendo la principal causa de mortalidad materna en nuestro país.¹⁷

En un estudio realizado en el hospital de Iquitos (2021), las principales de la hemorragia post parto fueron: desgarros del canal de parto principalmente desgarro perineal (47.6%), desgarro de cuello (14.4%), hematoma vulvar (9.5%); retención placentaria (9.5%), alumbramiento incompleto (14.3%), atonía uterina (4.8%), hipotonía uterina 28.6%, macrosomía fetal en un 33.3% y estimulación e inducción de trabajo de parto en un 52.4%. Los factores de riesgo están relacionadas a las hemorragias post parto en puérperas de parto vaginal ya que tiene una mayor incidencia para complicar la vida de la madre y del neonato.¹⁸

1.2 JUSTIFICACION

El trabajo de investigación busca determinar los factores de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del hospital Domingo Olavegoya Jauja-2021.

El embarazo constituye una de las precedencias de salud a nivel mundial en muchos casos el resultado obtenido no es el esperado, puesto que se presentan complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño, una de ellas corresponde a la hemorragia post parto, la que se encuentra entre las primeras complicaciones.

El personal de salud debe estar capacitado y de presentar cual complicación durante el postparto deberá de actuar inmediato con destreza y conocimientos. Estar constantemente capacitados favorecerá actuar en el momento de la emergencia y poder salvar la vida de la puérpera.

Se espera que el estudio sea de interés texto informativo para las futuras obstetras y personal de salud con el fin de mejorar la vigilancia del cumplimiento de normas y protocolo, actualización de conocimientos y prácticas que garanticen un parto sin riesgos a través de la excelencia del cuidado.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021.

Objetivos específicos

- Determinar si la atonía uterina es un factor de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021.
- Determinar si los traumas del canal blando son factores de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021.
- Determinar si la retención de restos placentarios es un factor de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021.

- Determinar si la alteración de la coagulación es un factor de riesgo de la hemorragia postparto en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Internacionales

Zambrano V. (19). Titulado: Hemorragia postparto por desgarro perineal en primíparas atendidas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Olláque, ciudad de Santa Rosa, provincia de El Oro, Ecuador. Objetivo determinar las causas e incidencia de hemorragia postparto por desgarro perineal. **Metodología:** estudio descriptivo – retrospectivo, la muestra de 50 primigestas. **Resultados:** las hemorragias postparto por desgarro perineal se manifestaron por: inadecuados controles prenatales en un 51,54%, y macrosomía fetal con 42,4%; en la evaluación de las historias clínicas se notó que las causas notorias fueron por parto prolongado en 52%, macrosomía fetal en 36%, 15 – 19 años con un alto porcentaje tanto en las encuestas (81,81%) como en las historias clínicas (70%); la hemorragia por desgarros tras episiotomía fue 6% con una incidencia de 0 a 2 casos. **Conclusión** la incidencia de hemorragias por desgarro de periné eran a: falta de CPN, macrosomía fetal, parto prolongado. Observándose la mayor incidencia en edades de 15-19 años. No se evidencio que el factor episiotomía sea la causa de hemorragia post parto.¹⁹

Quiroz E. (20). Se título: Factores de riesgo de hemorragias postparto en el establecimiento de salud tipo C “Nueva San Rafael” - Esmeraldas, Ecuador.

Objetivo: identificar los factores de riesgo que predisponen a presentar hemorragias postparto. **Metodología:** investigación descriptiva, retrospectiva, de corte transversal, la muestra fue con 131 usuarias. **Resultados:** Se reportaron 10 casos de hemorragias postparto con un porcentaje de 2.2% de 447 partos, con edades que oscilan entre 24-29 años en 40%; el 70% eran de unión libre, el 100% corresponde a un estrato socio económico medio; el 60% de educación secundaria. El 30% eran primíparas, el 60% presentaron de 1 a 3 CPN. Las principales causas de sobresalen los desgarros del canal de parto en un 50%, atonía e hipotonía uterina con 20% y retención de restos placentarios en 10%. Los factores de riesgo en el embarazo se encontró la raza afrodescendiente en 58.8%, anemia y antecedentes de hemorragia con 11.7%, sobrepeso, preeclampsia y diabetes gestacional en un 5.8%. **Conclusión,** la incidencia de HPP es baja, encontrándose principalmente en edades de 24-29 años, con 1-3 controles prenatales atendidas el parto por vía vaginal.²⁰

Columbie T, Pérez R, Cordero R. (21). El trabajo de investigación titulado: Factores relacionados a hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. **Objetivo:** Evaluar el proceder medico mediante protocolos de manejo de factores relacionados a la hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato. **Metodología:** estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo con el análisis de 105 puérperas. **Resultados:** Factores de riesgo encontrados, la indicación de oxitocina en la conducción del trabajo de parto (84,7%) la distensión uterina (44,7%) fue una causa de atonía uterina (35,2%) laceración del canal de parto (35,2%) fueron las más frecuentes. **Conclusión:** La actuación médica protocolizada ante el manejo de los factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato es buena.²¹

Molina L. (22). Tesis titulado: Factores de riesgo en la hemorragia post parto del Hospital Vladimir Ilich Lenin, Cuba de enero 2019 a diciembre 2020. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de la hemorragia postparto. **Metodología:** estudio observacional, analítico, casos y controles de cohorte en 56 usuarias. **Resultados:** La prevalencia fue de 0.3 %, el 28,6% son de 19 y 24 años, el 19.6% representan a los < de 19 años y más de 31-35 años, gestaciones entre 3 y 4 con 44,6%, el 35,7% solo un parto y el 53,5% abortos. La patología principal fue el retardo de crecimiento fetal en 8,9%, parto eutócico con 60,7%,

el 39,9% fueron distócicos, de los cuales 19,6% se dieron cesáreas por primera vez, 16,0% cesarías por segunda o más veces y un 3,5% instrumentados. Los factores de riesgo: la utilización de oxitocina el 76,7%, edades límites (<19 años y más de 35 años) en un 53,5%, el uso del misofar (26,7%) la cesárea primitiva (19,6%), Trabajo de parto prolongado un 17,8% y solo un 1,7% la diabetes gestacional. Las causas: la atonía uterina en el 76,7%, Acretismo placentario y Retención de restos placentarios con un 8,9%. Las complicaciones maternas el 100,0% presentó anemia grave, seguido en un 89,2% de Acidosis metabólica y un 30,3% no presentó complicaciones. **Conclusiones:** La hemorragia posparto se presentó con más frecuencia en las edades reproductivas y la atonía uterina sigue siendo la primera causa.²²

Nacionales

Montserrat C. (23). Título: Factores de riesgo relacionados con la atonía uterina después del parto en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe – La Libertad. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo relacionados al presentar atonía uterina postparto. **Metodología:** estudio retrospectivo, no experimental, transversal de casos y controles, la población de 1687 pacientes. **Resultados:** se observó el porcentaje de pacientes menores de 19 años o mayor de 35 años, el 30 % de ellas presento atonía uterina, el 58% eran multíparas con presencia de atonía uterina, en el grupo control. El 55% eran multíparas sin presencia de atonía uterina, demostrando que el 12% tuvieron atonía uterina, con presencia de embarazo múltiple, a diferencia del grupo control donde destaco que el 97% con gestación múltiple no hubo presencia de atonía uterina, mientras las que desarrollaron atonía uterina, el 45% tuvo un trabajo de parto prolongado, en relación al grupo control el 91% de gestantes que no presentaron parto prolongado no reportaron atonía uterina de parto. **Conclusión:** Los factores asociados a la atonía uterina se dieron en pacientes de embarazo múltiple y trabajo de parto prolongado.²³

Cherrez H. (24). Llevo como título: Factores de riesgos asociados a la hemorragia post parto en el Hospital Referencial de Ferreñafe. **Objetivo:** Determinar factores de riesgos relacionados a la HPP. **Metodología:** estudio, de tipo retrospectivo - descriptivo y longitudinal; con diseño Analítico - casos

y controles, la muestral considerada fue de 177. **Resultados:** el porcentaje de HPP, fue 29.7%, la edad entre 24 a 29 años (29.38%), conviviente (45.20%) con estudios secundarios (45.76%). Los factores asociados a HPP fueron: Las edades extremas, gran Multiparidad, retención de restos placentarios o de placenta, macrosomía fetal, desgarros de canal del parto y tipo de parto prolongado ($p < 0.05$). sin embargo, los principales factores de riesgo que se dieron: desgarros de la vía de parto a (OR: 27.17), macrosomía fetal (OR.11.23) y presencia de restos placentarios. Se llego a la **conclusión:** Los factores de riesgo mencionados en el estudio a la revisión de la historia clínica, se observa que son factores previsibles, que nos permite actuar de manera precoz con la finalidad de reducir el riesgo de hemorragias posparto.²⁴

López E. (25). Se título: Hemorragia posparto inmediato en puérperas atendidas en el hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2018. Tuvo como **objetivo:** Establecer las características de la hemorragia uterina posparto inmediato. **Metodología:** investigación descriptivo, retrospectivo con corte transversal, muestra de tipo censal. **Resultado.** la edad promedio de puérperas fue la mínima 17 con una máxima 39 años, el 50% presentaron más de 30 años; el 50% gran multíparas, y solo el 16.7% primíparas; el 66.7% eran ama de casa, el 20.8% negociantes y el 12.5% pertenecían a un empleo público; el 66.7% curso secundaria y solo el 8.3% presento el nivel primario; el 83.3% no refirió antecedente de HPP y el 16.7% si; el 58.3% presento menos de 6 APN, sin embargo, el 41.7% con más de 6 APN; el 33.3% no refirió anemia frente a un 58.4% que si presento anemia leve y anemia moderada en un 8.3%; en el 41.7% se observó que la causa de atonía uterina fue el parto prolongado, 25.% por multiparidad, el 20.8% presento amnionitis y el 12.5% el parto precipitado. El 25% presento retención de placenta y restos uvulares y el 75% no se reportó; el 75 % no se evidencio desgarro de cuello uterino en el momento del parto y el 25% si se observó. Se llego a la **conclusión:** la edad, paridad, nivel de instrucción bajo, no antecedentes de HPP, no tener APN completa y ser anémica fueron las principales características. El 100% de HPP por atonía, se dieron principalmente por presentar parto prolongado o precipitado, multiparidad y

las causas traumáticas se consideró por desgarro cervical, y bulbar, por lo que se debería fortalecer las mejoras de Atención Prenatal.²⁵

2.2 Bases teóricas:

Factor de riesgo

Definido como atributo, situación o característica, de presentación, el cual significa el incremento o probabilidad de tener o evolucionar una enfermedad o riesgo. Diversos investigadores mencionan factores los cuales presentan un aumento de probabilidad de adquirir episodios de hemorragia postparto.

Hemorragia postparto.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017) define como la pérdida hemática >1000ml, con presencia de síntomas y signos de hipovolemia dentro de las 24 horas después del parto, independiente a la causa. Otro concepto que se acerca a la misma es la pérdida de sangrado > 500 ml en un parto vaginal que también debe considerarse anormal.²⁶

La HPP inmediato es considerada toda pérdida de sangrado uterino dentro de las primeras 24 horas. El manejo incluirá identificar tempranamente los factores de riesgo, estabilización hemodinámica de la puerpera, llegando hasta el manejo quirúrgico.²⁷

Etiología

Se puede presentar de la siguiente manera: hemorragia por el Tono, Tejido, Trauma y Trombina, las que deben ser identificadas inmediatamente y evaluadas en la práctica de atención y manejo durante el trabajo de parto: ·

❖ **Tono:** considerada como una de las principales causas de HPP, traducida por presentar 1 de cada 22.20 partos, con una presentación del 70% de los casos de todas las HPP.

❖ **Tejido:** Presencia de tejidos, placenta y restos placentario causados algunas veces por acretismo placentario.

❖ **Trauma:** Lesiones de canal del parto, producidos por desgarros de cana de parto, puede darse por una rotura uterina y/o presencia de inversión uterina.

❖ **Trombina:** defectos de los factores de coagulación. Considerado por una enfermedad Hipertensiva del embarazo.

Fisiopatología

En el posparto la puérpera puede soportar una pérdida sanguínea menor 500cc en parto vaginal y hasta 1000 cc por cesaría debido a ciertas modificaciones fisiológicas que se dan en el aparato cardiovascular, hematológico las cuales se preparan para compensar la pérdida sanguínea durante el parto. La hemostasia se adquiere por contracción miometrial de las arterias espirales por obliteración luminal, a su vez facilitan la liberación de factores tisulares con la finalidad de provocar coagulación. En tal sentido posterior al parto el miometrio no llegara a contraerse adecuadamente existe una posibilidad que se presente una hemorragia, también por presentar contracciones insuficientes por otras causas como la inadecuada utilización de fármacos como sedantes, relajantes, la sobre distención del musculo también asociada a embarazos gemelares, polihidramnios, macrosomía o al mal manejo del 3er periodo del parto como mala administración de medicamentos con patologías como distocias anatómicas o presencia de placenta acreta, increta o percreta otras causas serian traumatismos previos por antecedentes de cesárea o legrado uterino, lo cual produce pocas contracciones uterinas que pueden conducir al sangrado vaginal.²⁸

Clasificación de la hemorragia posparto

❖ **Hemorragia posparto precoz,** considerada como primaria o inmediata, producida en las primeras 24 horas posparto. Alrededor del 70% de casos de HPP se presentan por causa de atonía uterina. Se refiere a la incapacidad del útero para contraerse fácilmente después de la expulsión del producto.

❖ **Hemorragia posparto secundaria o tardía:** producida posterior a las 24 horas abarca hasta las 6 semanas posparto, mayormente se manifiestan por retención de restos placentarios y/o tejidos ovulares.²⁹

Patologías obstétricas de la hemorragia postparto

❖ **Preeclampsia:** considerada como un trastornos hipertensivos del embarazo, principales causas de mortalidad materna, su patología no presenta

una etiología conocida debido a los múltiples factores, como la mala placentación, isquemia placentaria, endotelio materno disfuncional, incrementado por una predisposición inmunogenética debido a una inflamación sistémica aumentada, que conllevan a la hipoxia fetal; en una investigación realizada por Ortiz demostraron la relación significativa del 7% con la presencia de atonía uterina.³⁰

❖ **Cesárea anterior:** los antecedentes de tener una cesárea anterior incrementan el riesgo de tener atonía uterina.

❖ **Diabetes mellitus gestacional:** Enfermedad metabólica crónica que puede complicar la gestación, con aparición por primera vez en la gestación (diabetes mellitus gestacional). Esta patología se presenta de manera negativa en el hijo de gestante diabética, las complicaciones más comunes en el embarazo es la macrosomía fetal y puede relacionarse con la presencia de laceraciones del canal de parto, sangrado posparto por atonía uterina; también pueden presentar en un mayor porcentaje parto distócico, el cual conlleva a un alto número de cesárea.³¹

Tabla N° 1: Manifestaciones Clínicas por Hemorragia Obstétrica

Manifestaciones	Signos y síntomas poco frecuentes	Signos probables
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HPP inmediato ▪ Útero blando y no retraído 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taquicardia ▪ Hipotensión 	Atonía uterina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta íntegra ▪ Útero contraído 	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal ▪ Dolor intenso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inversión uterina visible en la vulva ▪ Hemorragia postparto inmediata 	Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura) ▪ Hemorragia postparto inmediata (el sangrado es intraabdominal o vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abdomen doloroso: ▪ Shock ▪ Taquicardia ▪ No se expulsa la placenta 	Ruptura uterina
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ útero contraído 	Retención de placenta
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas ▪ Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. ▪ Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata ▪ Útero contraído ▪ Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) ▪ Anemia 	Retención de restos placentarios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado no cede a medidas anteriores ▪ Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba de coagulación Plaquetas disminuidas ▪ TP y TPT prolongados 	Alteraciones de la coagulación

Fuente: Segunda edición Protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas

Factor de riesgo de hemorragia posparto

Existen diferentes causas de HPP, sin embargo, determinar el origen, es la base principal del manejo, ya ello permitirá la práctica médica a con la finalidad de prevenir el sangrado. Ya que solo nos enfocaremos en la primera causa principal de hemorragia posparto.

Atonía uterina

Considerado como factor más común de hemorragia posparto, con un porcentaje de 80-90%. Puede deberse a la sobre distensión del útero, multicausal (poli hidramnios, embarazo múltiple, o fetos macrosómicos), así mismo puede deberse por agotamiento miometrial (parto prolongado, gran Multiparidad), o presentar corioamnionitis.³²

Considerado como patológica en la que, en el momento del parto y el alumbramiento, provoca un deterioro de la contracción de fibras del musculo uterino. Esto provoca que diversos vasos sanguíneos sangren constantemente por presión de estos músculos, llevando a provocar una hemorragia constante de la parte interna de la cavidad uterina al exterior por la vagina y los genitales.

33

Los tipos de atonía uterina considerados son: atonía precoz y la atonía tardía: producido durante el posparto, antes de que el útero involucre a condiciones normales.³⁴

Los factores clínicos de una atonía uterina

- ❖ **Sobre distensión uterina:** debido a que el músculo uterino es sometido a una sobre distensión aumentado exagerado puede deberse a un embarazo múltiple, presencia de macrosomía fetal o aumento de líquido amniótico.³⁵
- ❖ **Corioamnionitis:** presencia de infección del líquido amniótico, abarca también las membranas corioamnióticas, debido a una rotura prematura de membranas (RPM) lo cual provoca la salida de líquido amniótico.³⁶
- ❖ **Agotamiento muscular:** puede interferir con el esfuerzo materno y conllevar al agotamiento materno provocando un parto prolongado y conllevar a una cesárea.

Los factores de riesgo:

- ❖ Sobredistensión uterina
- ❖ Gran multiparidad
- ❖ Uso inadecuado de oxitocina,
- ❖ Parto prolongado
- ❖ Manipulación uterina
- ❖ Útero con miomas
- ❖ Útero de Couvelaire
- ❖ Infección amniótica
- ❖ Uso de sulfato de magnesio, u otros anestésicos.

Diagnóstico.

Se da posterior a la salida de la placenta de la cavidad uterina y la falta de contracción con presencia de hemorragia, se presenta con útero blando formando el globo de seguridad de Pinard, se diagnostica a la palpación uterina, con presencia de útero blando retraído hacia la parte de la pelvis, el fondo del útero se encuentra por arriba del ombligo mientras que el sangrado continuo de manera continua por el cérvix.

Lesión del canal del parto(traumas)

Debido a traumas, laceraciones de partes blandas del genital de la parturienta o hematomas.

clasificados en 4 grados:

Grado I: Afecta la piel y la mucosa vaginal

Grado II: lesión perineal que incluye los músculos perineales, sin incluir el esfínter

Grado III: menor al 50% de la capa del esfínter anal externo, daño que altera al esfínter anal interno.

Grado IV: Desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal. Son aquellos que alteran la mucosa del recto integralmente del esfínter anal son lesiones que no

son clasificados, pero tener presentes porque se asocian con fístulas a nivel rectal - vaginal y perineales.

Desgarros y lesiones del canal del parto: Los desgarros, corresponden a la segunda causa de hemorragia postparto, después de la atonía uterina, presentan sangrados profusos, posterior al parto complicado o parto instrumentado uso del fórceps, usualmente posterior a un parto precipitado, mala protección del periné en el instante que se desprende la cabeza fetal, inadecuada rotación interna de hombros, y otras causas influyentes que provocan desgarros tales como los flujos vaginales que la embarazada presenta en el transcurso de la gestación, estos desgarros son ocasionados en cualquier lugar del canal del parto, ante la presencia en el cuerpo uterino, cuello uterino, vagina, en la zona bulbar y periné.³⁷

Rotura uterina: definida como la desintegración de las paredes uterinas. La causa principal es la presencia de cicatrices a nivel uterina, por lo que la cesárea o histerotomía segmentaria es la más común. Otras causas pueden ser los partos traumáticos, la hiperdinamia / hiperestimulaciones del útero, roturas relacionadas a traumatismos.

Dehiscencia uterina: se define como la disgregación de la parte miometrial que se sienta sobre una lesión uterina previa. Estos pueden ser responsables de hemorragia postparto de manera moderada a grave.

Inversión uterina: considerada como complicación obstétrica poco frecuente que se designa a una tracción excesiva de cordón y presión del fondo uterino (Maniobra de Credé), ocasionando la expulsión del fondo uterino a la cavidad del endometrio. Los factores de riesgo primordiales se dan por acretismo placentario y el alumbramiento espontáneo. La salida es tan visible por lo que no se necesitan otras pruebas. El manejo se basa en la reposición inmediata del útero mediante maniobras³⁸

Diagnóstico trauma obstétrico posterior al alumbramiento completo con útero contraído y retraído, con coagulación sanguínea adecuada, con sangrado profuso y constante, la revisión de canal del parto, de afuera hacia adentro,

siguiendo el trayecto del parto. Se realiza un examen de las lesiones que permita el diagnóstico precoz. El manejo se realizará por vía vaginal mediante la hemostasia, si el desgarro se presenta en el cuerpo uterino extenso el manejo será abdominal.

Desgarro vaginal. Este procedimiento es a través de la inspección visual del canal vaginal con apoyo de valvas, se localiza la lesión sitio, profundidad, si existe una exposición, la iluminación y adecuada asistencia; son importantes para la sutura adecuada, el cual se inicia a un 1cm por arriba del ápice, ya que las arterias sanguíneas tienden a proyectarse hacia la parte interna y puede presentar la conformación de hematomas a la parte posterior.

Retención de restos placentarios

La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de las hemorragias posparto. La contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos. La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas.³⁹

Retención placentaria: es una complicación del alumbramiento que se produce por la retención persistente de separado la placenta después de transcurridos 15-20 minutos en el alumbramiento dirigido o transcurridos 30 minutos en el alumbramiento espontáneo. Puede ocurrir por adherencia total o parcial de la placenta por anillos de contractura (anillo de Bandl) esenciales o en relación con el uso incorrecto de oxitocina, tracción excesiva del cordón umbilical o maniobra de Credé mal realizada; puede originarse por inercia uterina (insuficiencia de la actividad contráctil del miometrio).⁴⁰

Se establece el diagnóstico de retención placentaria, si después de 15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical, no se logra el alumbramiento.

Retención de Restos Placentarios: se denomina al alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea; consiste en la ausencia parcial de placenta debido a la presencia de un cotiledón accesorio o a la falta de uno o varios cotiledones durante la revisión de la placenta.⁴¹

La hemorragia durante el postparto inmediato rara vez origina por fragmentos de placenta retenidos, las causas fundamentales de esta complicación están dadas por los antecedentes de maniobras forzadas de extracción de la placenta, tracciones enérgicas ejercidas sobre el cordón umbilical, alumbramiento artificial ejecutado manualmente, placentas muy voluminosas y friables, formas atípicas con cotiledones aberrantes, así como adherencias anormales. Cualquiera de estos eventos predispone a la retención de uno o varios cotiledones.⁴²

Alteración de la coagulación

En condiciones normales cuerpo uterino forma una coagulación sanguínea con la finalidad de detener las hemorragias. Para ello es fundamental que el cuerpo presente plaquetas y proteínas denominados factores de coagulación. Si en el transcurso del parto la puérpera presenta un trastorno de coagulación por lo que no dispone de ciertos factores de coagulación o no actúan correctamente, lo que provoca un alto riesgo de hemorragias.

- ❖ **Adquiridas:** evolucionadas en el proceso de embarazo puede ser la preeclampsia grave (principales causas de morbimortalidad perinatal y materna), síndrome HELLP (complicación grave del embarazo), abrupto placenta (poco frecuente, pero grave, ocasionando fuerte sangrado materno) y la sepsis o fiebre puerperal considerado como proceso infeccioso septicémico y grave afectando a todo el cuerpo y que ocasiona un síndrome de respuesta inflamatoria, afectando a las mujeres después de un parto o un aborto.⁴³

- ❖ Congénitas: considerado por cualquier rasgo o identidad desde el nacimiento, estas pueden ser: enfermedad de Von Willebrand (trastorno de la sangre por la que no coagula adecuadamente), Hemofilia tipo A (trastorno de tipo hemorrágico hereditario afectado por falta de factores de coagulación de tipo VIII o por insuficiente cantidad de este factor, por lo que la coagulación será inapropiada para evitar el sangrado).⁴⁴

2.3 BASES CONCEPTUALES

- 1) Factor de riesgo: Es la posibilidad de desarrollar una patología o la muerte.¹⁵
- 2) Postparto: Se indica que es tiempo después de la expulsión de la placenta, los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo regresan al estado normal dura 42 días de postparto.¹⁶
- 3) Atonía uterina: Es la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento.
- 4) Uterotónicos: medicamento que se usa para inducir la contracción o mayor tonicidad del útero.

CAPITULO III

DESARROLLO TEMATICO

3. CASO CLINICO

Paciente de 21 años primigesta, ingresa a emergencias del hospital 29/10/2021 a las horas 14:00 acompañada de su esposo, sin antecedentes patológicos personales y familiares dentro de los antecedentes gineco obstétricos: menarquia a los 18 años de edad con ciclos menstruales regulares e inicio de vida sexual a los 20 años, compañeros sexuales 1. Fecha de la última menstruación 26/02/2021 y fecha probable de parto 05/11/2021.

Gestación actual: Embarazo de 38 semanas de gestación por ecografía del segundo trimestre, controles prenatales 8, funciones vitales: P/A 150/100mmg P. 68, R.20, T°364

Se interna a gestante para su observación para el descarte de preeclamsia realiza los exámenes de laboratorio y orina donde se inicia tratamiento para una ITU, Gestante aparentemente bien.

Gestante hospitalizada pasa la noche tranquila a las 5.00am. del 30/10/2022 paciente refiere dolor tipo contracción se evalúa al TV:6 CM, I:90%, AP: -3, DU: 3/10/++/30” MI al examen físico P/A 120/90, P. 68, R.20, T°364. Paciente a las 6.45 am. pasada a sala de parto con dilatación completa donde se realiza parto vaginal normal. Recién nacido vivo sexo femenino Peso 3.250 gr. Talla 50 cm, PC: 33 cm, PT 34 cm, APGAR 8-9 pinzamiento tardío del cordón umbilical. Se realiza alumbramiento dirigido, modalidad de la placenta Schultze,

membranas y cotiledones completos Cordón umbilical 2 arterias y 1 vena diámetro 60 c, se produce tercer periodo del parto con expulsión de placenta completa, se revisa canal de parto donde se observa laceración vulvovaginal y un sangrado profuso se aplica masaje uterino ya que el útero no se contrae 15 cm se comunica a medico de turno evalúa a la puérpera realiza manejo de hemorragia posparto se coloca sonda Foley, canalización de otra vía periférica; infusión rápida 500cc suero salino, administración de uterotónicos, revisa canal cervical presenta laceración vulvovaginal procede a hemostasia y sutura, realiza revisión del cérvix taponamiento temporal, se realiza compresión uterina bimanual + compresión aorta abdominal. FV. PA. 100/70, P,88 T.36.6. Se reevalúa a paciente se encuentra estable.

3.1 HISTORIA CLINICA

1. Datos de filiación:

Apellidos y nombres: Paucar Cerrón Yoshira

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa

Nivel de instrucción: Secundaria completa

Lugar de nacimiento: Chicche- Apata

Fecha de nacimiento: 28/04/2000

Dirección: Chicche- Apata- San Juan de Atahualpa s/n

N° de seguro:74475236

Lugar de procedencia: Chicche- Apata

Forma de ingreso: Emergencia

Fecha de ingreso: 29/10/2021

Fecha de historia clínica: 29/10/2021

2. Enfermedad actual:

Relato cronológico: Enfermedad actual durante la referencia, gestante referida del puesto de salud Chicche para descartar preeclampsia.

3. Antecedentes personales:

Tabla N.º 2: Antecedentes Personales

Personales		Funciones Biológicas		Signos Vitales	
Alimentación:	variada	Apetito:	si	T°:	36.6
Vivienda:	material noble	Sed:	si	P/A:	130/80
Vestimenta:	adecuada	Deposición:	si	RC	78 x min
Hábitos nocivos	no	Sueño:	8 horas	FC	19 x min
Viajes:	no				
Inmunización	completa				
Edad:	22 años				
Talla	1.59 cm				
IMC	25				

Fuente: Historia clínica de la paciente

Tabla N.º 3: Antecedentes Gineco Obstétricos

Menarquía:	FUR:	FFP:	PAP: no
18 años	26/02/2021	05/11/2021	
1º RS:	R/C: no refietre	Nº parejas:	Métodos anticonceptivos:
20 años		3	No
Vaginitis: no	Leucorrea: no		

Fuente: Historia clínica de la paciente

Tabla N° 4: Antecedentes Obstétricos

FO:	G1P0000	Cesaría:	no	Intergenésica:	
Malformación:	no	Partos prematuros:	no	Preeclamsia:	no
D. gestacional	no	ITU: no	no	Isoinmunizacion:	1ra y 2da covid
Inicio de control prenatal:	si	N° CPN:	8	Exámenes auxiliares:	Hemograma completa Examen de orina
Medicación gestacional:	Sulfato ferroso y acido fólico				

Fuente: Historia clínica de la paciente

Tabla N° 5: Antecedentes Familiares

Madre: cáncer hepático	Padre:
Hermanos: 6 hermanos	Vivos: Muertos:
Hijos: 0	Sanos: Enfermos:
Conyugue: Aparentemente sano	

Fuente: Historia clínica de la paciente

4. Al examen clínico general: fecha 29/10/2021, hora 14.10 pm

Examen general

- Estado general: Hemodinámico estable, AREG-AREH-AREN
- Piel y anexos: T/H/E
- Tejido celular sub cutáneo: Adecuadamente distribuido

Examen regional

- Cabeza, cráneo, ojo, nariz, boca garganta: mormocefalica
- Cuello: Cilíndrico no adenopatías
- Tórax: Murmullo vesicular
- Pulmones: No ruidosos roncantes, no sibilantes
- Abdomen: B/D RHA (+), gestación única. AU 33cm, SPP: LCI, LCF:144x min DU: NEG MF: +++
- Genito uterino: No perdida de LA, no perdida de sangrado vaginal, sin cambios vesicales.
- Extremidades: No presencia de edemas, no presencia de varices.

3.2 DIGNOSTICO Y MANEJO:

Factores de riesgo de una hemorragia postparto

Es una de las complicaciones que se presentan en el tercer periodo del parto, con un sangrando excesivo en un parto vaginal o cesaría poniendo en riesgo la salud de la puérpera ya que tiene diferentes causas de la hemorragia posparto, tiene que haber un manejo inmediato, actuando oportunamente.

Diagnóstico del día 29/10/2022 de ingreso de la gestante:

- a. Gestante 38 semanas por ecografía
- b. d/c preeclampsia

Manejo

- a. Control de funciones vitales
- b. Monitoreo materno fetal
- c. Evaluación de exámenes de laboratorio

Ingresa al centro Obstétrico a las 14.53 pm

- Paciente de 21 años ingresa al centro obstétrico acompañada por la Obstetra de emergencias, gestante al interrogatorio niega presentar molestias.

- Al examen: AREG LOTEP

Piel y mucosa: T/H/E

Mama: blandas simétricas

Abdomen: gran tamaño por gravidez, útero ocupado por feto único

AU:34 cm SPP: LCI LCF: 136 x min

Genitales externos: SV (-), PL (-) cambios cervicales (-)

Miembros inferiores: S/E, S/V

CFV: P/A 146/96mmHg P: 78 xmin R:20 x min T°: 36.4 °C

- A las 19: 30 llegan resultados del laboratorio:

Hemograma

- a. Hemoglobina 16.5 g/dl
- b. Plaquetas 216.000 mcl

Bioquímicos

- a. Glucosa 105 mg/dl
- b. Urea 16 mg/dl
- c. Creatinina 1.01 md/dl
- d. TGO 26 u/l
- e. TGP 35 u/l

Examen de orina

- a. Examen de orina leucocitos >100/ campo
- b. Células epiteliales 20-25x campo
- c. Proteínas normales

Serología

- a. VIH no reactivo

- A las horas 22:30 se coloca vía periférica CLna9%, 1000 cc se administra medicamentos por indicación médica:

Tratamiento para una ITU (pielonefritis)

1. gentamicina 240 gr IV C/24 horas,
2. cefazolina 1gr IV C/6 hora

Diagnostico

1. Gestante de 38 semanas por eco.
2. D/C preeclampsia
3. ITU en tratamiento

- Gestante es evaluada a las 02.45 am: al TV: 3CM I: 70: % AP: -3 MI DU:2/10/+30, paciente tranquila.

- A las 06: 00 paciente refiere dolor intenso bajo vientre se evalúa a gestante.

- Al examen: AREG-LOTEP

Piel y mucosa T/H/E

Mamas simétricas pezones formados

Abdomen de gran tamaño por gestación única.

Al examen obstetrico:AU:34 cm SPP: LCI FCF:130X1 MF: presentes

Tacto vaginal: D: 6 cm I: 90% AP: -3 MI DU:3/10/++30”

Genitales externos: SV (-), PLA (-)

Miembros inferiores: S/E, S/V

CFV: P/A:120/90mmhg P:78X1 R:20X1 T:36.4°C

Manejo

Monitoreo materno fetal

- A las 6: 45 am gestante es evaluada

TV:10 cm I:100% AP:0 MI DU:4/10/++40”

- Se realiza REM, liquido verde fluido

SALA DE PARTOS

- ❖ Pasa a sala de partos con dilatación completa se produce parto vaginal a las horas 06:49 am.

Procedimientos:

1. Colocación en posición ginecológica
2. Higiene perineal
3. Se infiltra lidocaína al 2%
4. Se realiza episiotomía media lateral
5. Se produce parto vaginal
 - Recién nacido vivo sexo femenino Peso 3.250 gr. Talla 50 cm, PC: 33 cm, PT 34 cm, APGAR 8-9 cordón umbilical pinzamiento tardío.
 - Se realiza alumbramiento dirigido, placenta modalidad Duncan, membranas y cotiledones completos Cordón umbilical 2 arterias y 1 vena diámetro 60 cm.
6. Revisa canal vaginal se observa laceración vulvo vaginal se revisa las 4T, se asegura del tono uterino, se observa sangrado profuso y se comunica al médico de turno.

Evolución clínica y tratamiento

1. Evalúa medico indica colocar sonda Foley, colocación de la segunda vía periférica CLna 9%.1000cc. 500cc a chorro.
2. De realiza la episiorrafia con lidocaína al 2% + catgut crómico 2.0
3. Se administra ergometrina 1amp IM STAT
4. Se administra misoprostol 600g sublingual
5. Se administra ácido tranexámico diluido en 100 ml
6. Se realiza compresión uterina bimanual + compresión de aorta abdominal
7. Se coloca valvas, pinza foerzer para verificar el sangrado, se procede a la hemostasia y sutura de la laceración sangrante se revisa cérvix y se realiza taponamiento temporal.
8. Se continua con la compresión bimanual externa + compresión de la aorta abdominal,
9. Útero contraído, puérpera tolera tratamiento: funciones vitales estables:
P/A: 100/70mmHg P:88 x min R: 20 x min
T°:36.6 °C
10. Se reevalúa a paciente útero contraído debajo de la cicatriz umbilical, no presencia de sangrado activo, sonda Foley permeable. Se retira las gasas

de zona sangrante y no se evidencia sangrado activo. FV: P/A: 100/70mmhg P:78 x min R: 20 x min T°:36.4 °C

11. Monitoreo estricto de FV, sangrado vaginal y contracción uterina.
12. Paso a ARO con 2 vías permeables I-frasco CLna 9%,1000cc + 30 UI de oxitocina.

Diagnostico

- a. Puérpera inmediata de parto eutócico más RN
 - b. Atonía uterina
 - c. Laceración vulvo vaginal
 - d. ITU en tratamiento
- ❖ Examen de laboratorio 30/10/2021 hematología: hemoglobina 14.1, hematocrito 41.8 % Pacientes estables. Continuar con indicación médica, funcione vitales: P/A136/88mmhg, P :76 x min, R:19 x min, T°: 36.6 °C
 - ❖ Puérpera mediata de 3 días de hospitalización sin presentar ningún signo de alarma, alta por indicación médica.

3.3 FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL

El manejo inicial ante una hemorragia posparto, la actividad rápida y sucesiva es significativa. Se determina tener un plan de actividades anteriormente establecido que es común para el personal de Obstetricia. El obstetra debe poseer las destrezas que le permitan discernir en que maniobra utilizar, a fin de que sea la más exitosa en la detección de la hemorragia, es así que se busca disminuir la ejecución de medidas, las cuales deben ser posibles. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria con el personal de salud disponible en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.⁴⁵

El manejo de la hemorragia postparto será de acuerdo a la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud. El siguiente manejo corresponde a un establecimiento con funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE).

Tratamiento de hemorragia posparto: Según el MINSA menciona lo siguiente:

La hemorragia es la causa más frecuente de shock en la gestación, siendo habitual durante el embarazo, parto y puerperio una subestimación del sangrado, que lleva a una reposición inadecuada de volúmenes con el consecuente shock hemorrágica y muerte.

La activación de la clave roja nos permitirá homogenizar manejos terapéuticos y/o quirúrgicos, establecer la prioridad en nuestra institución y el actuar del equipo multidisciplinario correspondiente.

- a. Profesional de salud que identifique la clave roja (Médico especialista en Gineco Obstetricia/licenciada en Obstetricia/otro personal de salud). y solicitará la activación de la clave roja.
- b. Ginecólogo y Obstetra (líder del equipo) distribuir adecuadamente las funciones de los miembros del equipo de respuesta rápida, en las actividades hacia el útero, cabeza y brazos de la paciente.
- c. Ginecólogo y Obstetra deberá verificar el estado de contracción uterina y realizar la evaluación manual de la cavidad uterina.
- d. Se realizará la evaluación del A-B-C-D-E
 - A. Vía aérea permeable
 - B. Ventilación adecuada
 - ✓ O₂ al 100%, 10-15 litros por minutos más máscara con reservorio.
 - C. Circulación.
 - ✓ Elevar los pies a 30 grados o posición Trendelenburg
 - ✓ Colocar 02 vías venosas periféricas con abocath N° 16 o N°18 (en un solo antebrazo).
 - ✓ Recolectar para muestra de gases arteriales
 - ✓ Fluido terapia: infusión rápida 500cc suero salino normal o lactato Ringer a 39°C cada 05 min. y mantenimiento del sensorio, y el llenado capilar 90 mmHg.
 - ✓ Monitoreo continuo con frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsioximetría y orina cada hora.
 - ✓ Determinar la necesidad de transfusión sanguínea. Intervención de protocolos de transfusión en HPP severa o transfusión masiva de acuerdo a la necesidad.
 - ✓ Aporta de sangre de hemoderivados según el tipo de shock.

- ✓ Acido tranexámico 01 gramo EV diluido en 10 ml en cristaloides en infusión de 01 ml por minuto (100mg/min)
- ✓ Sonda Foley con bolsa colectora y medir gasto urinario.

D. Diagnóstico de las 4T: Tono (70%), trauma (20%), tejido (10%), trombina (1%).

✓ **Atonía uterina**

Administración de fármacos úteros tónicos

- Oxitocina 40UI a razón inicial de 40 gotas/minuto
- Ergometrina 0.2 mg. IM
- Misoprostol 800 ug via sublingual o intrarrectal.
- Masajes uterinos: compresión bimanual

- ✓ **Trauma:** Rápida identificación y reparación de laceración
- ✓ **Placenta:** realizar extracción manual de placenta se procederá a realizar la histerectomía.
- ✓ **Trombina:** se debe considerar dos etiologías específicas más allá de la pérdida de sangre masiva sola, desprendimiento placentario y embolia de líquido amniótico.

E. Evitar hipotermia

- ✓ Una vez controlado el sangrado proceder en las siguientes 24 horas la necesidad de tromboprolifaxis.
- ✓ Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.

e. Estabilización.

f. Reponer componentes sanguíneos.

g. Añadir ergometrina 0.2 mg IM 2 dosis si es necesaria luego de 20 minutos de la primera dosis de persistir el cuadro de hemorragia

h. Administrar acido tranexámico 1 gramo EV diluido en 10 ml en CLNA en a razón de 1 ml por minuto (100mg/min) continuar a los 30 minutos de la primera dosis de persistir el cuadro de hemorragia.

i. Si el diagnóstico es una atonía uterina, realizar procedimientos desde lo poco agresivo hasta el más agresivo, como son:

- Pruebas de taponamiento uterina (balón de Bacry).
- Suturas comprensivas (B-lynch Haymand).

- Ligaduras selectivas de las arterias uterinas
 - Histerectomía.
- j. Se debe mantener las maniobras de hemostasia, si hay respuesta a uterotónicos continuar con masajes uterinos bimanual o la compresión externa de la aorta y uterotónicos.
 - k. Iniciar inotrópicos y vasoactivos si continua la hipotensión a pesar de la reposición de fluidos de considerarse con pase al servicio de cuidados críticos para uso de dichos fármacos.
 - l. Si el sangrado persiste proceder a intervención quirúrgica.
 - m. Controlar las actividades de hemostasia y vigilar continuamente el sangrado mientras la puérpera es trasladado a otro establecimiento, o es llevado a cirugía.

TRATAMIENTO SEGÚN LA CAUSA

a. Atonía uterina:

- ✓ Realizara masaje uterino por la parte externa
- ✓ Colocar vía EV con NaCL 0.9% 1000ml
- ✓ Instalar VE con NaCL 0.9 % 1000 ml más oxitocina (4 amp. de 10 UI) e transfundir a razón inicial de 40 got. x mit (80 mU) incrementar de acuerdo al tono del útero o sangrado.
- ✓ Si es bastante el sangrado, transfundir 500cc con NaCL 0.9% a 39°C en 5 mit.; evaluar con el propósito de mantener el sensorio conservado, la perfusión con un llenado capilar 90 mmHg.
- ✓ Realizar maniobras de compresión bimanual interna o externa si persiste el sangrado, de acuerdo a la experiencia del cirujano se aplicará balón de Bakri o catéter de sonda Foley y/o realizar la Técnica de ZEA (pinzamiento de arterias uterinas).
- ✓ Si el sangrado es controlado con balón de Bkri, debe estar en el útero por espacio de 24 horas; se retira 100 cc cada 15 minutos.
- ✓ Administrar ergometrina 0.2 mg IM, repetir cada 20 minutos.
- ✓ Administrar el misoprostol 800 ug vía SL o intrarrectal diluido.
- ✓ Administrar acido tranexámico 1 gramo EV en 10 ml de NaCl en infusión de 1 ml (100 mg/min).

- ✓ Realizar evaluación manual endouterina, sacar coágulos y restos, y en seguida masaje uterino bimanual.
- ✓ Si no cede, revisión en sala de operaciones. El manejo quirúrgico dependerá de la experiencia del médico y la gravedad de la puérpera para realizar:
 - Suturas compresivas (técnicas de B-Lynch).
 - Ligadura de arterias uterinas o hipogástricas.
 - Histerectomía si fallan las técnicas anteriores.

Prevención:

El uso de fármacos uterotónicos para evitar la hemorragia post parto por causa de atonía, en el tercer periodo de parto, a través del manejo activo del alumbramiento.

- El uso de agentes uterotónico como la oxitocina 10 UI IM, o el uso del misoprostol oral (600 ug).
- Después del campamiento del cordón umbilical, la placenta se libera a través de la tracción controlada, con pequeñas contracciones sobre el fondo.
- Compresión externa bimanual del fondo uterino después de la expulsión placentaria.

b. Retención de placenta

- ✓ Revisión visual de la placenta para ver si está completa se realiza a pesar de ver si la placenta parece intacta, puesto que pueden haber restos productos de la concepción dentro de la cavidad uterina.
 - La ecografía o el examen manual intrauterino generalmente se usan para diagnosticar el tejido placentario retenido
 - Extracción manual de placenta si falla luego se puede realizar la extracción con pinzas ovals grandes, posterior legrado uterino.

c. Laceración del canal del parto

- ✓ Realizar la revisión con valvas de Doyen, identificando el sitio del sangrado y componer.
 - Desgarro perineales y vaginales: suturas con Catgut Crómico 2/0.

- Desgarro cervical: pinzar los bordes desgarrados y suturar con Catgut Crómico 2/0.

d. Retención de restos.

- ✓ Colocar vía EV segura con NaCl 0.9% 1000 CC añadir 20 UI de oxitocina.
- ✓ Realizar extracción manual de membranas en sala de operaciones del centro quirúrgico.
- ✓ Realizar legrado uterino.

Consecuencias:

Puede provocar: shock hipovolémico, transfusión sanguínea y complicaciones, lesiones quirúrgicas, fiebre, fallo hepático y renal, dificultad respiratoria, coagulopatía intravascular diseminada (CID), infertilidad, síndrome de Sheehan y causar la muerte materna.

Plan de control y mantenimiento

- Fluidoterapia
- Transfusión de sangre
- Manejo de trastornos de coagulación
- Maniobras de resucitación
- Manejo frente a la hemorragia severa obstétrica

3.4 PLAN DE CONTROL DEL SANGRADO UTERINO:

1. Compresión Bimanual del Útero

- Deben participar un mínimo de 2 personales, con capacitación en la técnica.
- El personal estará conversando constantemente con la paciente, cuidando sus funciones vitales y alteraciones.
- Antes del manejo revisar que los materiales se encuentren completos, vigilar las medidas de bioseguridad que corresponda a todo la parte quirúrgica.

Actividades previas

- Equipo completo para infusión intravenosa.
- Guantes estériles.
- Antisépticos locales.
- Ropa adecuada para la atención.

Precauciones

- Protección de la piel de supuestas salpicaduras de sangre.
- Uso de batas con protectores de manos.
- Colocación de guantes estériles, que protejan los puños.

Procedimiento inicial

- Verificar signos de shock.
- Pedir ayuda a un asistente que realice el masaje uterino externo y a su vez la compresión bimanual externa o que coja el útero.
- Colocar una vía segura con solución de cloruro o Ringer a chorro con la finalidad de prevenir el shock.
- Colocar la mano en la parte de la vagina y formar un puño.
- Colocar el puño a través del fondo de saco anterior y aplicar presión hacia la pared uterina.
- Con la otra mano presionar fuertemente el abdomen por debajo del útero con presión posterior del útero.
- Mantener la compresión hasta llegar a controlar el sangrado o la contracción del útero.

Figura 1 Compresión bimanual del útero



Fuente: Texto de capacitación materno- infantil hemorragia postparto 2019

2. Compresión de la aorta abdominal

- Aplicar presión fuertemente hacia abajo con el puño cerrado a través de la aorta del abdomen a través de la pared del abdomen.
- La compresión será por delante del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsación aortica fácilmente se siente, a través del abdomen anterior en el momento del postparto inmediato.
- Con otra mano, palpar el pulso femoral y verificar que la compresión sea adecuada.
- Si el pulso se palpa en la compresión, la presión realizada por el puño es inapropiada.
- Si la pulsación femoral no se palpa, la presión realizada es adecuada.
- Mantener la compresión hasta controlar el sangrado.
- Si es constante el sangrado, pese a las compresión, realizar laparotomía exploradora y hacer la ligadura de arterias uterinas.

FIGURA 2: Compresión de la Aorta Abdominal



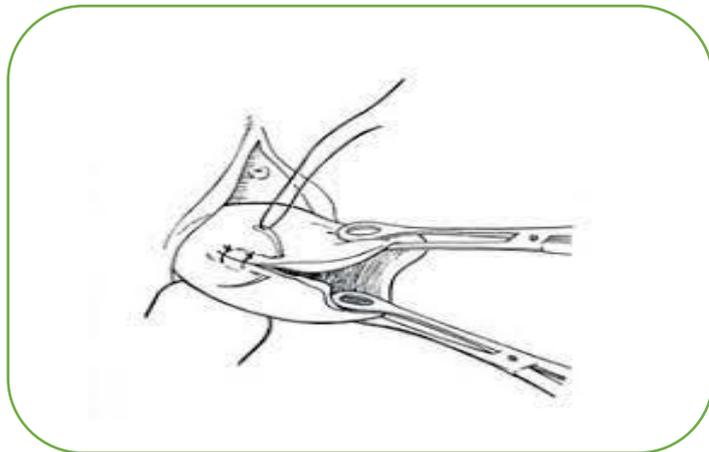
Fuente: Texto de capacitación materno- infantil hemorragia postparto 2019

3. Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino

- Practicar infusión IV (2 vías con choque hemorrágico) con abocath o aguja de alto calibre.
- Administrar líquidos IV a velocidad constante.
- Aplicar solución antiséptica en la parte de la vagina y cuello uterino.
- Es importante el apoyo emocional.
- No es necesario en algunos casos aplicación de la anestesia para el reparo de desgarros.
- Para desgarros largos y extensos se puede utilizar anestesia local.
- El asistente puede realizar el masaje del útero mediante la presión hacia la pared uterina.
- Sujetar el cuello uterino con pinzas.
- Colocar las pinzas en ambos lados del desgarro en diversas direcciones con el objetivo de revisar el cuello uterino.
- Verificar si hay varios desgarros.
- Suturar los desgarros uterinos con sutura constante con catgut crómico 0 iniciando 1/2 centímetro por encima del ángulo en la parte superior, donde es el origen del sangrado.

- Si el desgarro se presenta en el cuello uterino, reforzar con una sutura constante de catgut crómico profundo.
- Si el borde es difícil de suturar, se puede sujetar cogiendo con pinzas por un espacio de 4 horas. No persistir con suturar puesto que esto provocara mayor cantidad de sangrado.
- Posterior a las 4 horas, abrir las pinzas lentamente pero no retirar completamente, colocar 4 horas más, después de ello reparar el desgarro que ha penetrado más allá de la cúpula vaginal el cual puede ser reparado a través de una laparotomía.

Figura 3: Reparación del desgarro del cuello



Fuente: Texto de capacitación materno- infantil hemorragia postparto 2019.

4. Reparación de los desgarros vaginales y perineales

- Se pueden presentar hasta 4to grado de desgarros ocasionados en el parto.
- Los de 1er primer grado que llegan hasta la mucosa vaginal y tejido conectivo.
- Los de 2do grado llegan hasta la mucosa vaginal, tejido conectivo y músculos contiguos.
- Los de 3er grado abarcan la sección longitudinal hasta el esfínter anal.
- Los de 4to grado abarcan la mucosa rectal.

Reparación de los desgarros de 1er y 2do grado

- Los de 1er grado se cierran por si solos sin suturas.
- Brindar el apoyo a la paciente.
- Utilizar lidocaína como anestésico solo si fuera necesario, bloquear.
- Masaje del útero y aplicación de presión del fondo uterino,
- Examinar la vagina, perineo y cuello del utero.
- Si el desgarro es grande y profundo inspeccionar a través del periné y asegurar que no haya otro desgarro.
- Coloque un dedo con los guantes a través del ano.
- Levantar cuidadosamente el esfínter.
- Palpar la tonicidad o estrechez del esfínter.
- Con otros guantes limpios y desinfectados o estériles.
- Si el esfínter no sufrió lesiones, continuar con la reparación se recomienda agregar adrenalina a la solución.
- Aplicar solución antiséptica alrededor de la parte del desgarro
- Colocar anestésicos precozmente para que hagan efecto.
- Iniciar la reparación a 1 cm. por encima del ápice del desgarro vaginal.
- Continuar la sutura hasta la parte de la abertura vaginal;
- En el desgarro vaginal juntar los borde.
- Conducir la aguja por detrás de la abertura de la vagina pasar a nivel del desgarro del periné realizar finalmente el nudo.
- Reparar la musculatura perineal usando suturas mediante puntos separados. Si es un tipo de desgarro profundo, colocar la 2da capa de sutura para juntar el espacio.
- Rapar la piel usando puntos separados, iniciando en la parte de abertura vaginal.
- Si el desgarro es profundo, realizar una evaluación del recto. Asegurarse que no exista suturas en la parte del recto.

Reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado

- Apoyar a la paciente. Bloquear el nervio pudendo, mediante la raquianestesia, si se ven los bordes del desgarro, la puede utilizar infiltración local.
- El asistente masajear el útero presión uterina.
- Evalué la vagina, el cuello uterino, perineo y recto.
- Para verificar desgarro a nivel del esfínter anal colocar el dedo a nivel del ano.
- Palpar el recto y detecte si hay algún desgarro.
- Después de cambiarse los guantes, aplicar solución antiséptica, eliminando materia fecal.
- Asegúrese de que la paciente no presente alergia a la lidocaína y otros medicamentos.
- Infiltrar a nivel de la mucosa vaginal, por dentro por la piel del perineo y en el músculo profundamente usando alrededor de 10 ml la solución con lidocaína al 0.5%.
- Esperar por espacio de 2 minutos para que haga efecto. Si la paciente continua con sensibilidad volver a colocar.
- De preferencia debe ser usado tempranamente para que haga efecto.
- En la parte del recto se utilizará suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. Con la finalidad de juntar la mucosa.
- Suturar a través del músculo y no la mucosa.
- Cubrir la capa del musculo uniendo la capa aponeurótica con suturas separadas.
- Aplicar solución antiséptica.

Figura 4: Exposición de Desgarro Vaginal

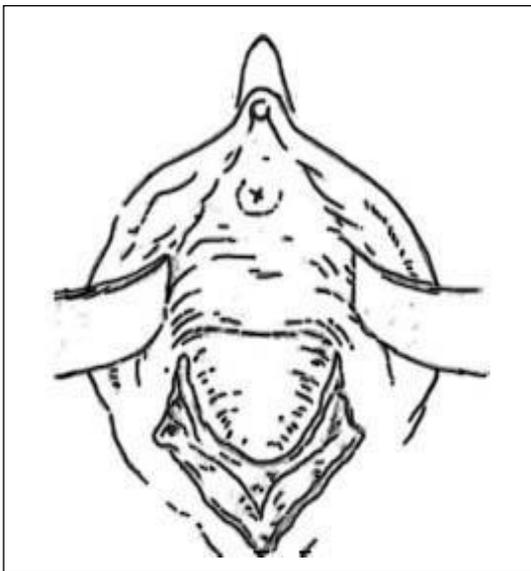
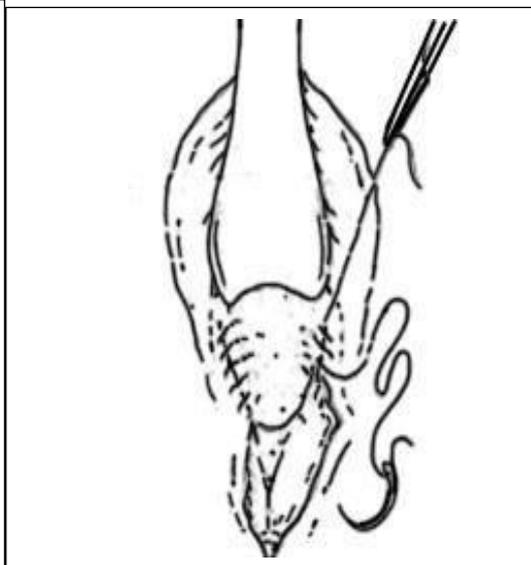


Figura 5: Sutura Desgarro Vaginal



Fuente: Texto de capacitación materno- infantil hemorragia postparto 2019

Figura 6: Reparación del Musculo Perineal

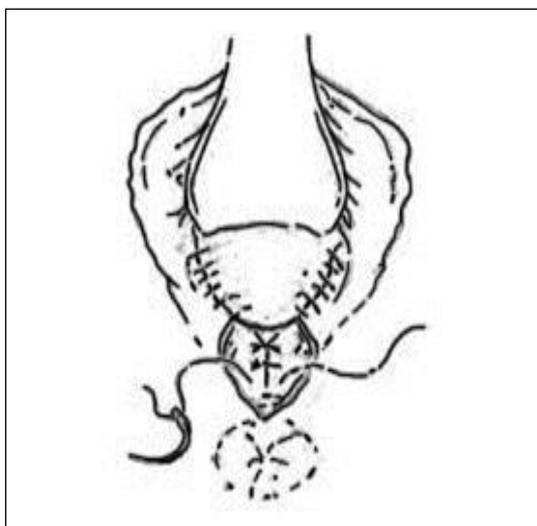
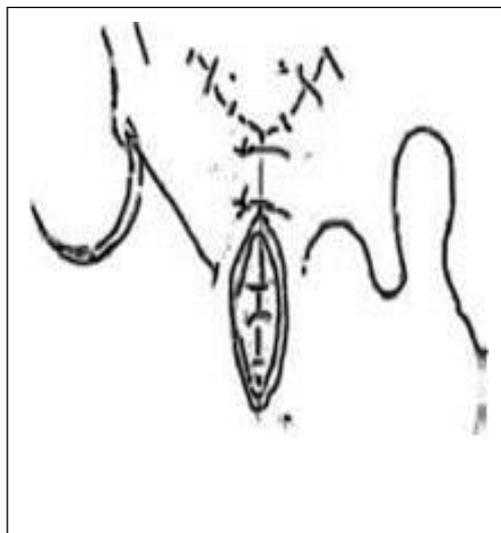


Figura 7: Reparación de la Piel



Fuente: Texto de capacitación materno- infantil hemorragia postparto 2019

Control y seguimiento

- A toda paciente con HPP y a familiares brindar consejería sobre la importancia de condiciones nutricionales.
- Garantizar consejería e inicio de métodos anticonceptivos, y ver la posibilidad de ligadura de trompas.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSIÓN

- En el presente trabajo se utilizó el caso clínico mas relevante y de interés para el bachiller. Una de las primeras complicaciones que ocurren en el tercer periodo del parto puerperio es la Hemorragia postparto, considerada dentro de los principales factores de muerte Materna, pero, a pesar de identificarse y tratar a tiempo, el estado ha tardado en implementar programas para impedir el problema, la pobreza, educación, accesibilidad siguen siendo el factor concurrente para Hemorragia Postparto.
- Aguilar (11) en el 2018 se evidencia que la atonía uterina es mayormente el ocasionarte de desencadenar fue episodios de hemorragia postparto presentándose en 94% de los casos las edades con mayor frecuencia en mujeres entre 14 a 20 años que presentaron atonía uterina. Molina (12), menciona en su estudio en el servicio de Cuidados Intensivos asistieron 52 pacientes con hemorragia posparto (51 por causa de atonía uterina y 1 por desgarro) de estas 48 se recuperaron sin realizar histerectomía. Un manejo adecuado de la hemorragia postparto permitirá actuar inmediatamente ante cualquier complicación que se pueda presentar.
- Según el estudio de zambrano (19), del 2018. Hemorragia postparto por desgarro perineal inadecuados controles prenatales en un 51,54%, y macrosomía fetal con 42,4%; en la evaluación de las historias clínicas se notó que las causas notorias fueron por parto prolongado en 52%, macrosomía fetal en 36%. López E (25), en el 2019. Hemorragia posparto inmediato en puérperas el 58.3% presento menos de 6 APN, sin embargo, el 41.7% con más de 6 APN se observó con HPP.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- En el hospital Domingo Olavegoya de Jauja se reportó 30 casos de pacientes con HPP durante el 2021 y como factores de riesgos presentaron la atonía uterina, traumas del canal blando, retención de restos placentarios, Sin embargo, no es un factor de riesgo las alteraciones de la coagulación en este nosocomio
- Un 33.3% de puérperas atendidas presento atonía uterina como factor de riesgo de HPP en el hospital domingo Olavegoya de Jauja en el 2021
- Se determina que los traumas del canal blando prevalecieron un 40 % como factor de riesgo de una HPP en hospital domingo Olavegoya de Jauja en el 2021
- La retención de restos placentarios y membranas un 26.6% como factor de riesgo de una HPP en pacientes en el hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el 2021.
- No se encontró ningún caso HPP por alteración de coagulación en el hospital domingo Olavegoya de Jauja en el 2021.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- A las alumnas de nuestra Universidad Peruana los Andes Fomentar la investigación sobre la hemorragia postparto a causa de atonía uterina que permitan determinar e intervenir en la prevención y control de la hemorragia postparto.
- Al personal de obstetricia deben estar preparados y evitar las posibles deficiencias por ausencia de materiales e insumos y limitado personal capacitado, un diagnóstico inicial en el manejo de hemorragia que se presenta después del postparto, y por tratarse de la atención del paciente con factores previas, el cual se debería de enfatizar una evaluación previa con diagnóstico adecuado de su salud para la referencia oportuna.
- A las instituciones prestadoras de salud, elaborar estrategias frente a hemorragia postparto conjuntamente con los establecimientos salud maternos para la adecuada referencia, y así evitar posibles complicaciones en las mujeres, capacitar, sensibilización sal profesional de obstetricia sobre la importancia del llenado correcto de la historia clínica por ser un instrumento médico legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto mortalidad materna. Ginebra [en línea]. 2017. [citado el 16 setiembre del 2022]. URL disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Casale R, Di Marco I, Davison H, Fabiano P, Franze F, Sar S. Consenso hemorragia posparto (HPP). SOGIBA. 2018. [citado el 10 de setiembre del 2022]. Disponible en: http://www.sogiba.org.ar/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. 2017. [citado 05 de setiembre 2022]; disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.
4. Escobar M, Velásquez J, Holguín A, Sánchez J, Messa A, Carvajal J et al. Experiencia de un centro colombiano en el tratamiento endovascular de la hemorragia posparto que amenaza la vida. Biomédica. Colombia: Instituto Nacional de Salud. 2019;39(2): Abril-junio. [citado 02 de setiembre 2022]; disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.3837>.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Cero muertes maternas por hemorragias: Proyecto interdepartamental OPS. Organización Mundial de la Salud. Suramérica: Organización Panamericana de Salud. 2017.
6. El Salvador. Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología. Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud Unidad Financiera Institucional; 2019. disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf
7. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstericia y Ginecologia. Hemorragia Postparto, ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? 2018. 1–129 p.
8. OMS. Mortalidad materna. Hoja de hechos. Ginebra [en línea]. 2019. [citado el 10 setiembre del 2022]. URL disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización -MSP; 2017. [citado el 17 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>.
10. Guardón R. Factores De Riesgo Asociados A Hemorragia Postparto Por Atonía Uterina En Pacientes De La Clínica Maternidad Rafael Calvo De La Ciudad De Cartagena. [Tesis posgrado]. Colombia; Universidad De Cartagena. 2020 [citado el 24 de noviembre del 2022].
11. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2018 [citado 10 de setiembre del 2022]; 20(2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es.
12. Álvarez Y. La mortalidad materna aumenta un 48% en los primeros meses de 2021. Diario Libre [en línea]. 2021. [citado el 24 de noviembre del 2022]. URL disponible en: <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/la-mortalidad-materna-aumenta-un-48-en-los-primeros-meses-de-2021-FE25563666>
13. Aguilar A. Estimar los factores de riesgo relacionados a la presencia de hemorragia posparto en el Hospital Básico Machachi. [citado el 05 de diciembre del 2022]. Quito; 2017.
14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú volumen 29 – SE 53 [citado el 4 de setiembre del 2022] [en línea]. 2020. URL disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf.
15. Comité Nacional de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal y Minsa. [citado el 09 de diciembre del 2022]; 2022. URL disponible: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/626145-muertes-maternas-se-reducen-en-51-a-nivel-nacional>.

16. Mowerd L. Factores de riesgo relacionado con hemorragia postparto en el hospital Iquitos César Garayar García de enero - abril 2021[tesis pregrado]. Universidad científica del sur. peru;2021 [citado el 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1603>
17. zambrano V, Vera S, Rodriguez J. Determinar las causas e incidencia de hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas que fueron atendidas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Olláque de la ciudad de Santa Rosa de la provincia de El Oro, Ecuador. Revista Cumbres Vol.5 N°1 [Internet]6 de setiembre del 2018[citado el 15 de diciembre del 2022]; Universidad de Machala-ECUADOR. Disponible en: <http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres>
18. Quiroz E. Factores de riesgo de hemorragias postparto en el Centro de Salud Tipo C “Nueva San Rafael” de Esmeraldas. [Tesis post grado], Universidad Católica del Ecuador, Ciudad de Esmeralda; 2018[Citado El 16 De diciembre Del 2022]. Disponible En: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/Quirozliseth.Pdf>
19. Columbié T, Pérez R, Cordero Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas.Cuba Rev. méd. sinerg. [internet]1 de octubre del 2019. [citado 26 de noviembre de 2022];4(10): e269. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/269>
20. Molina L. Factores de riesgo en la hemorragia post parto hospital Vladimir Ilich Lenin. 2019-2020. [Tesis posgrado]. universidad Medica Holguín. Cuba; 2021. [citado el 26 de diciembre del 2022]. Disponible en: [file:///C:/Users/Downloads/Leonides%20Molina%20Leyva%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/Leonides%20Molina%20Leyva%20(9).pdf)
21. Monserrat C. Factores de riesgo asociados con la presencia de atonía uterina post parto Hospital Tomás Lafora de Guadalupe – La Libertad. [tesis posgrado]. Perú: Universidad Cesar Vallejo:2018[citado el 25 de noviembre del 2022].
22. Cherrez H. Factores de riesgos asociados a la hemorragia post parto en el Hospital Referencial de Ferreñafe. [tesis posgrado]. Universidad particular de Chiclayo -

- Perú; 2018. [citado el 25 de diciembre del 2022]. Disponible en: http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/205/1/T044_16443636_SE.pdf
23. López E. Hemorragia posparto inmediato en puérperas atendidas en El Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2018. [Tesis posgrado]. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú; 2019. [citado el 26 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/84de4ecd-502a-4960-b3e6-acbb5fe93994/content>
24. Rangel Y, Martínez A. La investigación en morbilidad materna extrema "near miss" en América Latina. Rev. Perú MedExp Salud Pública [Internet]. 2017 [citado el 25 de diciembre del 2022]; 34 (3): [aprox. 14p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342017000300018&lng=es
25. Gil M. Factores Asociados A Hemorragia Post Parto Inmediato Por Atonía Uterina en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero – septiembre del 2015. [Tesis posgrado]. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú 2017. [citado el 08 de setiembre del 2022].
26. Cunningham F, Leveno k, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams obstetricia. [LINEA]. México: McGraw-Hill Education; 2019 [cita en 19 de diciembre del 2022]. Disponible en: file:///C:/Users/Yackeline%20Rojas/Desktop/yaci/Obstetricia_Willams_25e_dc.pdf
27. Steven G, Gabbe M, Niebyl M, Leigh J. Obstetricia. 4ta edición. Editorial Marban S.L. Madrid España. 2016.
28. . Savia s. salud Savia. [LINEA]. [citado el 05 de diciembre del 2022] Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/atoniauterina>.
29. Carmen M. la atonía uterina. [citado 02 de diciembre del 2022]; In moreno c.; 2020

30. Martínez D, Torres W. Perfil epidemiológico de enfermedades de 33 interés en salud pública 2015. 2016.
31. Said A, Manji K. factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC pregnancy and childbirth* 2017; 16(1), 243.
32. Marín T, Jiménez P, Cairo G, Román G, Cabrera B. La morbilidad y mortalidad materna y perinatal en pacientes con macrosomía fetal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2015; 41 (3)
33. Schwartz R, Duverges C, Gonzales A, Fessina R. Editorial Ateneo 5ta Edición. Buenos Aires Argentina. 2018.
34. Correa M. Gran multiparidad y Macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia posparto hospital distrital santa Isabel. El Porvenir. [tesis posgrado]. Universidad Antenor Orrego 2016. [citado el 02 de diciembre del 2022].
35. Ricardo L. Schwartz. Carlos A. Duverges. A. Gonzalo Díaz. Ricardo H. Fessina. Editorial Ateneo 5ta Edición. Buenos Aires Argentina. 2017.
36. Ruiz V. Hemorragia posparto de acuerdo a la duración de las etapas de la labor de parto, en mujeres nulíparas y multíparas atendidas en el Hospital Enrique Garcés de Quito, enero-diciembre del 2015. 2017[Citado el 19 de diciembre del 2022]. Pontificia Universidad la católica. Ecuador;2017
37. Comité FIGO de Maternidad Segura y Salud del Recién Nacido (SMNH): prevención y tratamiento de la hemorragia posparto en entornos de bajos recursos *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, [citado el 19 de diciembre del 2022].11;2017, pp. 108-118
38. Cabrera, J. Embarazo, Parto Y Puerperio (Principales Complicaciones) (Primera Ed). La Habana;2019
39. Cabero L, Rodríguez D. Operatoria Obstétrica. Una Visión Actual. (C. Luis & D. Rodríguez, Eds.). Mexico;2017

40. Cunningham L. Williams Obstetricia. In M. Jodi S. Dashe, B. L. Hoffman, M. S. Mahendroo, J. M. Alexander, J. S. Sheffield, & Brian M. Casey (Eds.), Williams Obstetricia (23 Edición, P. 734). México, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Madrid, New York, San Juan, Santiago, Sao Paulo, Londres, Milán, Montreal, Nueva Delhi, San Francisco, Siney, Toronto;2017
41. Fernández J. Hemorragia Postparto por retención de restos placentarios en el hospital San José De Chincha – Minsa. Marzo – 2016. [Citado en 19 de setiembre del 2022]. Universidad Privada de Ica. Ica Perú. 2017. Págs. 59. 32.
42. Mamani L. Preeclampsia Como Factor Predisponente Asociado A Hemorragia Post Parto Inmediato En El Hospital Santa Rosa Enero – diciembre 2015. [citado en 20 de diciembre del 2022] Universidad Ricardo Palma. Facultad De Medicina Humana. Lima Perú. 2017. Págs.64
43. Cunningham L Obstetricia de Williams, 24 edn: McGraw-Hill; 2019

ANEXOS

1. Declaración jurada de autoría

Asunto: DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL
TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL Y
AUTORIZACION PARA SU PUBLICACIÓN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Yo, Roxana Matamoros Crispin bachiller en Obstetricia con, DNI 42196815 egresada ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA de la Universidad Peruana los Andes, con el código: F02135A

DECLARO BAJO JURAMENTO

1. Soy autor del trabajo titulado: "FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA POST PARTO EN HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA JAUJA 2021-2022". El mismo que se presento bajo la modalidad de trabajo de suficiencia profesional para optar el Título profesional.
2. Declaró que mi trabajo cumple con todas las normas de la Universidad Peruana los Andes.
3. Acepto las condiciones establecidas por la presente para la publicación.

Jauja 04 de octubre del 2022



ROXANA MATAMOROS CRISPIN

DNI:42196815

[Celular: 968014447](tel:968014447)

Correo: Roxana.matamorosc@gmail.com

Código: F02135A

2. Solicitud de autorización en el hospital Domingo Olavegoya de Jauja

SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR
RECOLECCIÓN DE DATOS DE
HISTORIAS CLÍNICAS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD – JAUJA

S.D. Lourdes Analía Aliaga Diaz

Yo, Roxana Matamoros Crispin identificado con DNI N°42196815 con domicilio en el Jr. 1ro de Mayo N°470 de la ciudad de Jauja. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que; habiendo concluido mis estudios universitarios en la carrera profesional de obstetricia en la Universidad Peruana los Andes de la Provincia de Huancayo solicito autorización para realizar recolección de información de las historias clínicas en el hospital Domingo Olavegoya para la ejecución de trabajo de suficiencia.

Por todo lo expuesto:

Ruego a usted señor director acceder a mi solicitud por ser de justicia que espero alcanzar.

Jauja, 19 de diciembre del 2022



FIRMA



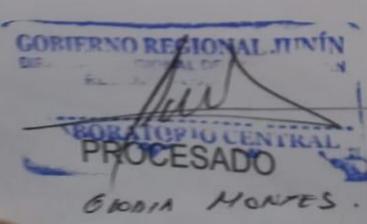
3. Resultados de laboratorio de orina: 29/10/2021

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNÍN
 RED DE SALUD - JALGA
 HOSPITAL DOMINGO OLIVEROS - JALGA

FORMULARIO DE RESULTADOS DE LABORATORIO
ANÁLISIS DE ORINA

NOMBRE: PAUCA CERRON YANILIA EDAD: 21
 SERVICIO: EMERGENCIA CAMA: — H.C: —
 INDICADO POR DR.: ARINS
 FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA: 29-10-21
 FECHA Y HORA DE EMISIÓN DE RESULTADO: 29-10-21

<p>1.- EXAMEN FÍSICO</p> <p>Color <u>AMARILLO</u> Aspecto <u>TURBIO</u> Densidad <u>1.030</u> pH <u>6.5</u></p> <p>EXAMEN QUÍMICO</p> <p>Glucosa <u>—</u> Ac. Ascórbico <u>—</u> Cetonas <u>—</u> Nitritos <u>—</u> Proteínas <u>—</u> Bilirrubina <u>—</u> Urobilinógeno <u>—</u> Thevenon <u>1+</u></p>	<p>SEDIMENTO URINARIO</p> <p>Cel. Epiteliales <u>20-25/CAMP</u> Leucocitos <u>>100/CAMP</u> Hematias <u>12-15/CAMP</u> Cristales <u>—</u> Cilindros <u>—</u> Bacterias <u>1+</u> Otros <u>PROCIOS (1+)</u></p>
---	--



VALIDADO

4. Resultado de muestra de orinaba en 24 horas

D 20-2

HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA

Pacien.: PAUCAR CERRON YODALIA ID muestr: 35 ID pacien.: 102936-E Eda: 21 Año
 Gender: Mujer Fech nacim: Tipo mue: Orina Médico:
 Cò bar Fecha recogida 29/10/2021 Hora recopilación:
 Diagnòs: Depart.:
 Comentar: DR ARIAS SIS N° Cama

Quimic	Resul.	Unidad	Indic.	Interv refer	Quimic	Resul.	Unidad	Indic.	Interv refer
PT ORINA	48.1	mg/L							
VOLUMEN	1.910	L							
PROT 24 HO	91.9	mg/24h		≤150.0					



 Lic. Solís Camarero Rosa
 Tecnólogo Médico
 Laboratorio Clínico y Análisis P
 N° 12318

Fech/hora pedido: 29/10/2021 Fech/hora test: 29/10/2021 Fech/hor imp: 29/10/2021 16:49:22
 Operario: Revisor: Resultados sólo para esta muestra Página 1 de 1

5. Resultado de hemograma: fecha 29/10/2022

HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA
JALUA

DATE: 29/10/2021 02:44:00 p. DATE OF BIRTH: 29/10/2021 DEPARTMENT: EMERGENCI SAMPLE MODE: MANUAL
 ID: 102936E SEX: FEMALE AGE: 21 PHYSICIAN: DR. ARIAS RACK LOCATION: MMM
 NAME: PAUCAR CERRON YODALIA OPERATOR: PARAMETERS: CBC + Diff
 COMMENTS: SEQ#: 0032655
 NORMAL RANGE: GROUP1
 ANALYZER: MEK-7300(UNIT1)

WBC	6.1	[10 ³ /μL]	(4.0 - 9.0)	[WBC FLAG]
NE	3.7	60.5 [%]	(1.1 - 7.0 / 26.0 - 78.0)	
LY	1.8	29.6 [%]	(0.7 - 5.1 / 17.0 - 57.0)	
MO	0.5	8.5 [%]	(0.0 - 0.9 / 0.0 - 10.0)	
EO	0.1	0.8 [%]	(0.0 - 0.9 / 0.0 - 10.0)	[RBC FLAG]
BA	0.0	0.6 [%]	(0.0 - 0.2 / 0.0 - 2.0)	

RBC	5.13	[10 ⁶ /μL]	(3.76 - 5.70)
HGB	16.5	[g/dL]	(12.0 - 18.0)
HCT	49.5	[%]	(33.5 - 52.0)
MCV	96.5	[fL]	(80.0 - 100)
MCH	32.2	[pg]	(28.0 - 32.0)
MCHC	33.3	[g/dL]	(31.0 - 35.0)
RDW-CV	13.7	[%]	(11.6 - 14.0)
RDW-SD	52.9	[fL]	(39.0 - 46.0)
PLT	216	[10 ³ /μL]	(150 - 350)
PCT	0.16	[%]	(0.15 - 0.33)
MPV	7.5	[fL]	(7.0 - 11.0)
PDW	18.0	[%]	(15.0 - 17.0)

[PLT FLAG]

Complexity

Granularity

MANUAL DIFFERENTIAL			RBC	
BAND		MYBL	Aniso	
SEG	65%	PrMY	Poikil	
LYMP	30%	MYC	Polychrom	
Moc	4%	MMYC	Target	
EOS	1%	ALYMP	BasoStip	
BASO		OTHER	Sphero	
TOTAL	100%			
NRBC		/TOTAL		
Comment:			Comment:	

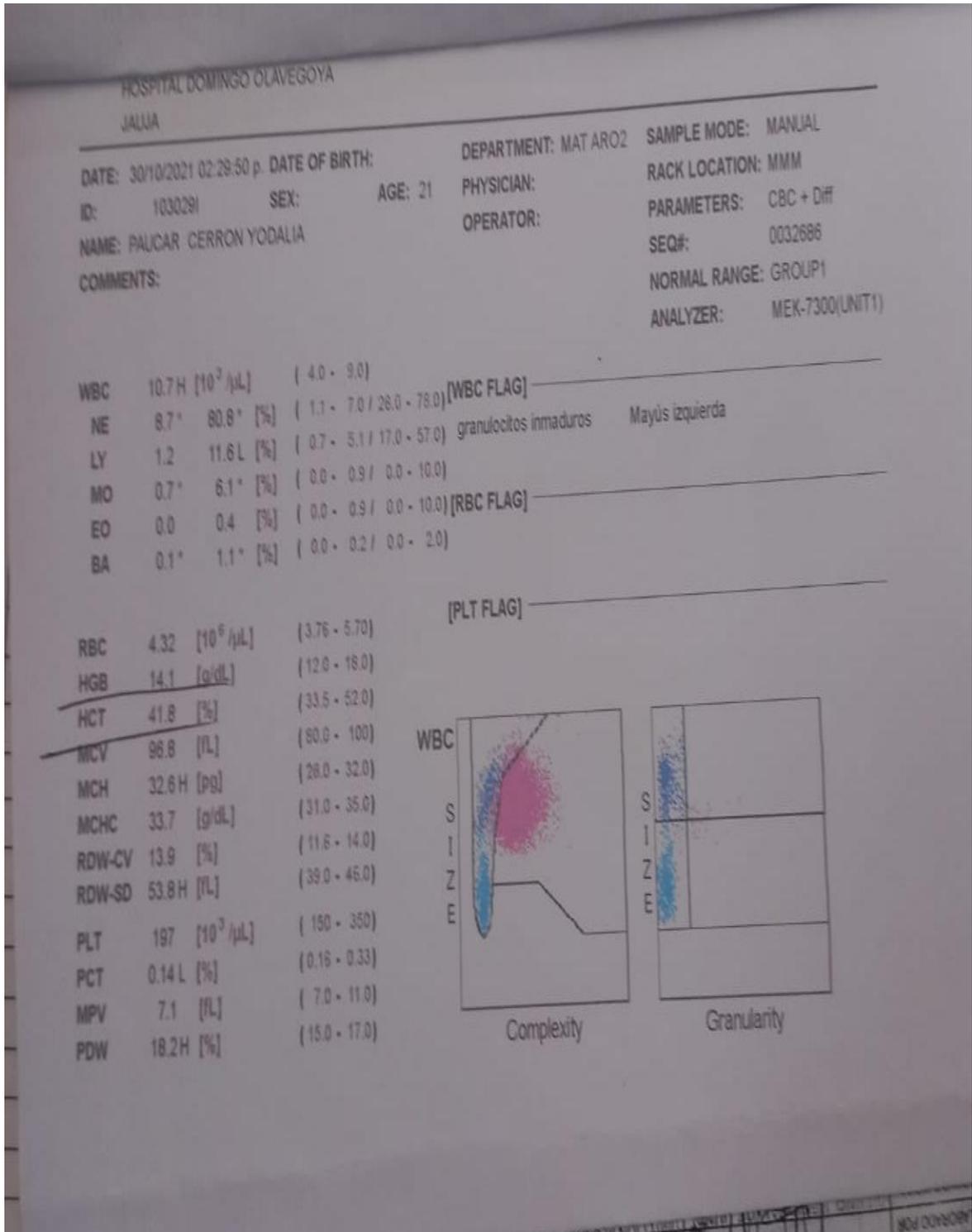
TIEMPO DE COAGULACIÓN
4 M 00 S
TIEMPO DE SANGRÍA
1 M 30 S

GRUPO SANGUÍNEO/RH:
"O" POSITIVO

RECuento DE PLAQUETAS
EN CÁMARA 230,000 xmm⁻³

Gobierno Regional Tumbes
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RELABORATORIO CENTRAL

6. Hemograma completo: fecha 30/10/2022



7. Exámenes de laboratorio:31/10/2021

Pacien.: PAUCAR CERRON DELIA ID muestr.: 5 ID pacien.: 103104-1 Eda: 21 Año
 Gender: Mujer Fech nacim: 31/10/2021 Tipo mue: Suero Médico:
 Cò bar Fecha recogida 31/10/2021 Hora recopilación:
 Diagns.: Depart.: MATERNIDAD
 N° Cama ARO2

Comentar:

Quimic	Resul.	Unidad	Indic.	Interv refer	Quimic	Resul.	Unidad	Indic.	Interv refer
GLUCOSA	148	mg/dL	^	70-110					
UREA	13	mg/dL	v	17-49					
CREATININA	1.06	mg/dL		0.60-1.50					
TGO	26	U/L		8-33					
TGP	15	U/L		3-35					

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
 Hospital Domingo Cavagoya - Jauja

.....
 LIC. MARCELA TORRES ORTEGA
 TECNÓLOGO MÉDICO
 C.T.M.P. 5104

Fecha/hora pedido: 31/10/2021 Fecha/hora test 31/10/2021 Fecha/hor imp: 31/10/2021 09:48:13
 Operario: Revisor: Resultados sólo para esta muestra Página 1 de 1

Granularity

8. Examen de laboratorio:31/10/2022

HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA
JALUJA

DATE: 31/10/2021 09:05:37 a. DATE OF BIRTH: 31/10/2021 DEPARTMENT: MAT ARO2 SAMPLE MODE: MANUAL
 ID: 1031041 SEX: FEMALE AGE: 21 PHYSICIAN: DR. ARIAS RACK LOCATION: MMM
 NAME: PAUCAR CERRON DOLIA OPERATOR: PARAMETERS: CBC + Diff
 COMMENTS: SEQ#: 0032698
 NORMAL RANGE: GROUP1
 ANALYZER: MEK-7300(UNIT1)

WBC	8.1	[10 ³ / μ L]	{ 4.0 - 9.0}	
NE	6.3*	77.4* [%]	{ 1.1 - 7.0 / 26.0 - 75.0}	[WBC FLAG]
LY	1.2	15.3 L [%]	{ 0.7 - 5.1 / 17.0 - 57.0}	granulocitos inmaduros Mayús izquierda
MO	0.5*	6.7* [%]	{ 0.0 - 0.9 / 0.0 - 10.0}	
EO	0.0	0.4 [%]	{ 0.0 - 0.9 / 0.0 - 10.0}	[RBC FLAG]
BA	0.0*	0.2* [%]	{ 0.0 - 0.2 / 0.0 - 2.0}	

RBC	4.20	[10 ⁶ / μ L]	{ 3.76 - 5.70}	[PLT FLAG]
HGB	13.4	[g/dL]	{ 12.0 - 16.0}	
HCT	40.6	[%]	{ 33.5 - 52.0}	
MCV	96.7	[fL]	{ 80.0 - 100}	
MCH	31.9	[pg]	{ 28.0 - 32.0}	
MCHC	33.0	[g/dL]	{ 31.0 - 35.0}	
RDW-CV	13.7	[%]	{ 11.6 - 14.0}	
RDW-SD	53.0 H	[fL]	{ 39.0 - 46.0}	
PLT	252	[10 ³ / μ L]	{ 150 - 350}	
PCT	0.18	[%]	{ 0.16 - 0.33}	
MPV	7.3	[fL]	{ 7.0 - 11.0}	
PDW	18.5 H	[%]	{ 15.0 - 17.0}	

Complexity

Granularity

MANUAL DIFFERENTIAL			RBC	
BAND	MYBL		Aniso	
SEG	80% PrMY		Poikil	
LYMP	17% MYC		Polychrom	
Moc	3% MMYC		Target	
EOS	ALYMP		BasoStip	
BASO	OTHER		Sphero	
TOTAL	100%			
NRBC		/TOTAL		
Comment:			Comment:	

9. Resultados de análisis de orina: 01/11/2022

1101064



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNÍN
RED DE SALUD - JAJAJA
HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOTTA - JAJAJA

**INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO
ANÁLISIS DE ORINA**

NOMBRE: PAULINA CERRON YODALIN EDAD: 22
 SERVICIO: MATERNIDAD CAMA: 15 H.C.: _____
 INDICADO POR DR.: PIZANTELL
 FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA: 01-11-2021
 FECHA Y HORA DE EMISIÓN DE RESULTADO: 01-11-2021

<p>1.- EXAMEN FÍSICO</p> <p>Color <u>AMARILLO</u></p> <p>Aspecto <u>LIECCIONANTE TURBIO</u></p> <p>Densidad <u>1.020</u></p> <p>pH <u>6.5</u></p> <p>EXAMEN QUÍMICO</p> <p>Glucosa <u>(-)</u></p> <p>Ac. Ascórbico <u>(-)</u></p> <p>Cetonas <u>(-)</u></p> <p>Nitritos <u>(-)</u></p> <p>Proteínas <u>TRAZAS</u></p> <p>Bilirrubina <u>(-)</u></p> <p>Urobilinógeno <u>(-)</u></p> <p>Thevenon <u>(-)</u></p>	<p>SEDIMENTO URINARIO</p> <p>Cel. Epiteliales <u>1-2 x/camp.</u></p> <p>Leucocitos <u>20-25 x/camp.</u></p> <p>Hematies <u>1-3 x/camp.</u></p> <p>Cristales <u>-</u></p> <p>Cilindros <u>LEUCOCITARIO: 0-1 x/camp.</u></p> <p>Bacterias <u>ESCASAS</u></p> <p>Otros <u>F.LARENTO TRUCIDE: 2 (+)</u></p>
--	--

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
Hospital Domingo Olavegotta - Jajaja

LUISA LINGA SOTO
TECNOLOGO MEDICO
C.T.M.P. N° 9540

PROCESADO

VALIDADO

10. Examen de hemoglobina:01/11/2021

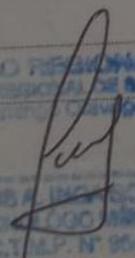
110106I

 **MINISTERIO DE SALUD**
GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - JUNIN
RED DE SALUD - JAUJA
HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA - JAUJA

HEMOGLOBINA - GRUPO SANGUINEO

Nombre Paucar Cerroñ Yodahid Edad 21a
Servicio Maternidad Cama #15
Indicado por Dr. Pimentel
Fecha y Hora de Toma de muestra 01-11-21
Fecha y Hora del resultado 01-11-21

Hematocrito 40%
Hemoglobina 13,3 gr%
Grupo Sanguineo -
Factor Rh: -
Otros -



GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
Hospital Domingo Olavegoya - Jauja

LABORATORIO TECNICO
C.T.P. N° 9540

PROCESADO VALIDADO

Proteínas TRAZAS Bacterias COCHSA