



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Hemorragia puerperal por atonía uterina

**Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: Quispe Cossio, Dalila Isabel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-0423>

Autora: Velasquez Rojas, Yesabella Natali

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3555-0438>

Asesor: Dr. Rodriguez Chavez, Carlos Leonidas

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9400-3143>

Lima – Perú

2019

Trabajo Académico

HEMORRAGIA PUERPERAL POR ATONÍA UTERINA

Línea de Investigación

Salud Sexual y Reproductiva

Asesor

DR.CARLOS LEONIDAS RODRIGUEZ CHAVEZ

Dedicatoria

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir
y haberme dado salud para lograr
mis objetivos, por su infinita
bondad y amor.

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por ser nuestro guía
cada paso que damos en el transcurso
de nuestras vidas.

A nuestros padres por su apoyo incondicional.

Asesor de tesis

DR. CARLOS LEONIDAS RODRIGUEZ CHAVEZ

Jurados

PRESIDENTA

DRA. SABRINA YNES MORALES ALVARADO

SECRETARIA

MG. BERTHA NATHALY REYES SERRANO

VOCAL

MC. WALTER ENRIQUE TAPIA NUÑEZ

ÍNDICE

| | |
|--|--------------------------------|
| Portada | 1 |
| Dedicatoria | 3 |
| Agradecimiento | 4 |
| Asesora de tesis..... | 5 |
| Jurados | 6 |
| RESUMEN | ¡Error! Marcador no definido. |
| ABSTRACT | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. CAPÍTULO I:..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.1 Descripción del caso clínico | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.1.1.Filacion | ¡Error! Marcador no definido.1 |
| 1.1.2.Enfermedad actual | ¡Error! Marcador no definido.1 |
| 1.1.3. Funciones biológicas..... | ¡Error! Marcador no definido.1 |
| 1.1.4. Antecedentes..... | ¡Error! Marcador no definido.1 |
| 1.1.5.Examen físico | ¡Error! Marcador no definido.2 |
| 1.2.Impresión diagnóstico..... | ¡Error! Marcador no definido.3 |
| 2. CAPÍTULO II. | 20 |
| 2.1. Justificación de la investigación | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3. CAPÍTULO III | 21 |
| 3.1. Antecedentes de la investigación | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3.1.1. Antecedentes Nacionales | ¡Error! Marcador no definido.1 |
| 3.1.2.Antecedentes Internacionales | ¡Error! Marcador no definido.2 |
| 4. CAPÍTULO IV | ¡Error! Marcador no definido.4 |
| 4.1.Discusión del caso clínico..... | ¡Error! Marcador no definido.4 |
| 5. CAPÍTULO V | ¡Error! Marcador no definido.8 |
| 5.1. Conclusión y Recomendación..... | 28 |

| | | |
|---|-------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | ¡Error! Marcador no definido. | 0 |
| Anexo 01 Carta de aprobación de la institucion..... | ¡Error! Marcador no definido. | 5 |
| Anexo 02 Resultado tumitin..... | ¡Error! Marcador no definido. | 6 |
| Anexo 03 Hoja perinatal | ¡Error! Marcador no definido. | 7 |
| Anexo 04 Reporte de parto..... | ¡Error! Marcador no definido. | 8 |
| Anexo 05 Partograma..... | | 39 |
| Anexo 06 Resultados de laboratorio..... | | 40 |
| Anexo 07 Glosario..... | | 41 |

RESUMEN

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

Material y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión sistemática de la historia clínica de una paciente con hemorragia puerperal por atonía uterina en el Hospital María Auxiliadora acontecida durante el mes de diciembre del 2017. Se incluyeron anamnesis, antecedentes, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, evolución.

Resultados: El presente caso muestra una paciente de 41 años, gran multigesta con antecedentes de 5 partos vaginales uno de ellos macrosómico, se suma a ello una preeclampsia leve, se hospitaliza en 3 centímetros cursa con hipodinamia durante el trabajo de parto por lo cual se estimula el trabajo de parto, aparentemente el parto es normal para luego presentar una atonía uterina la misma que es remitida con la aplicación de la clave roja.

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

Palabras Clave: Atonía uterina, hemorragia puerperal.

. ABSTRACT

Objective: To describe a case of puerperal hemorrhage due to uterine atony in relation to its detection, management, treatment and to indicate if the norms and protocols were complied with.

Material and methods: Observational, descriptive, retrospective study of a systematic review of the clinical history of a patient with puerperal hemorrhage due to uterine atony in the Maria Auxiliadora Hospital, which took place during the month of December, 2017. Anamnesis, history, general examination were included and specific, diagnosis, auxiliary tests, obstetric management, evolution.

Results: The present case shows a patient of 41 years, a large multigesta with a history of 5 vaginal deliveries, one of them macrosomic, in addition to a mild pre-eclampsia, hospitalized in 3 centimeters with hypo-dynamia during labor. which stimulates labor, apparently labor is normal and then present a uterine atony that is remitted with the application of the red key.

Conclusions: The uterine atony is the most frequent puerperal hemorrhage and the most lethal despite this is predictable

Keywords: Uterine attunement, puerperal hemorrhage

.
. .
. .

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

1.1.1. FILIACIÓN:

| | | | |
|---------|----------------------|---|----------------------|
| 1.1.1.1 | APELLIDOS Y NOMBRES | : | C.G. R |
| 1.1.1.2 | EDAD | : | 41 Años |
| 1.1.1.3 | LUGAR DE NACIMIENTO | : | Lima |
| 1.1.1.4 | DE PROCEDENCIA | : | Lima |
| 1.1.1.5 | GRADO DE INSTRUCCIÓN | : | Secundaria incomplet |
| 1.1.1.6 | OCUPACIÓN | : | Comerciante |
| 1.1.1.7 | RELIGIÓN | : | católica |
| 1.1.1.8 | ESTADO CIVIL | : | Conviviente |
| 1.1.1.9 | SIS | : | Si |

1.1.2 ENFERMEDAD ACTUAL:

Fecha 11/12/17 hora 23:47pm

Paciente acude refiriendo dolor tipo contracción cada 3 minutos, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal, niega signos premonitores de preeclampsia.

1.1.3 FUNCIONES BIOLÓGICAS:

APETITO: Sin alteración SED: Normal SUEÑO: Normal
DIURESIS: Sin alteraciones DEPOSICIONES: Sin alteraciones

1.1.4 ANTECEDENTES:

1.1.4.1 SOCIOECONÓMICOS

TIPO DE VIVIENDA : Material noble
N° DE HABITANTES : 6 Personas
N° HABITACIONES : 4 habitaciones
SERVICIOS BÁSICOS : Agua sí. Desagüe sí. Luz Si
CRIANZA DE ANIMALES : No

1.1.4.2 PATOLÓGICOS

Hipertensión arterial (-) RAMS (-) TBC (-) ASMA (-)
Intervenciones Quirúrgicas: Colectomía

1.1.4.3 GÍNECO OBSTETRICOS:

Menarquia: 12 años R. catamenial: 4/30 días IAS: 18 años A: 5
MAC: Ampolla trimestral PAP: No
FUR: 14/03/17 FPP: 21/12/17 EG: 39 ss. Atenciones pre
natales: 2
G6 P5005

- G1: 1996, Parto Eutócico mujer 3200 gr.
- G2: 2000, Parto Eutócico hombre 4010 gr.
- G3: 2003, Parto Eutócico mujer 3250 gr.
- G4: 2005, Parto Eutócico hombre 3180 gr.
- G5: 2013, Parto Eutócico hombre 3260gr.
- G6. Actual

1.1.4.4 FAMILIARES:

Padre: Diabetes mellitus
Madre: Hipertensa

1.1.5. EXAMEN FÍSICO:

FC: 75 por minuto FR: 20 por minuto PA: 130/80 T°36°C

Peso: 79 Kg. IMC: 33

Piel: Tibia elástica, hidratada.

T y P: Murmullo vesicular pasa bien. No ruidos agregados

CV: Ruido cardiaco rítmicos no impresiona soplos

Abdomen: Útero grávido RHA (+) blando depresible no doloroso

AU: 36 cm LCF: 145 por minuto SPP: LC

DU (-) MF ++

Genitales externos: No evidencia de sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

GU: PPL (-)

Tacto Vaginal:

Cérvix dehiscente 1 dedo. Altura de presentación – 4

1.2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1.2.1. Gestante 39 semanas

1.2.2. PLP

1.2.3. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Preeclampsia leve

1.2.4. Añosa

Plan en emergencia:

- Control de funciones vitales
- Monitoreo materno fetal
- Reevaluación con resultados de laboratorio

Resultados de laboratorio

Fecha 12/12/17 hora 01:31 am

BIOQUÍMICA

Creatinina 0.52

Deshidrogenasa Láctica 337

Transaminasa G. Oxalacética 17

Transaminasa G. Pirúvica 17

HEMATOLOGÍA

Hemoglobina 12.1

Plaquetas 180

Abastondos 0

VIH No Reactivo

Fecha 12/12/17 hora 03:15 am

Paciente es reevaluada, refiere percibir movimientos fetales. Niega signos de alarma. NO sangrado, NO pérdida de líquido.

Al examen:

PA: 120/80 FC: 72 por minuto FR: 20 por minuto T° 36.7°C

AU: 36cm LCF: 140 por minuto SPP: LCI DU: 2/10/++/25seg
TV: D: 3 cm I: 80% AP: -4 M. Integras

Impresión Diagnóstica

1. Gestante 39 semanas
2. FLLP
3. EHE: Preeclampsia leve

Plan:

- Hospitalización centro obstétrico
- Monitoreo materno fetal

Ingreso a Centro Obstétrico

Fecha 12/12/17 hora 05:30 am

Al ingreso paciente refiere dolor de cabeza, contracciones uterinas.

Al examen:

PA: 120/80 FC: 79 por minuto FR: 20 por minuto T°: 36°C

AU: 36 cm DU: 2/10/++/25" LCF: 150 por minuto. TV: D: 5 cm I: 80%
AP: -4 M. Integras

Apertura de partograma

Fecha 12/12/17 hora 07:10 am

Paciente percibe movimientos fetales, refiere cefalea en regular intensidad.

Al examen: AREG LOTEPE

PA: 110/60 FC: 80 por minuto FR: 20 por minuto T°: 36.6°C

AU: 36 cm LCF: 138 por minuto MF: ++ TV: Diferido

Fecha 12/12/17 hora 08.00 am

Medico Asistente evalúa:

PA: 120/80 FC: 88 por minuto FR: 20 por minuto T°: 36.5°C

AU: 36 cm DU: 2/10/++/20" LCF: 140 por minuto
TV: D: 8 cm I: 80% AP: -4 M. Integras

Impresión Diagnóstica:

1. Gran multigesta 39 semanas
2. FALP
3. EHE: Preeclampsia leve.
4. Hipodinamia uterina

Plan:

- CFV + Orientación y signos de alarma
- Estimulación de trabajo de parto con oxitócina al 0.5%
- Monitoreo materno fetal
- Reevaluación según dinámica

Hora 08:00 : Se inicia estimulación de trabajo de parto con oxitócina al 0,5 %, 10 gotas

Hora 08:30 : Continúa con estimulación 0,5% 20 gotas

Hora 09:00 : Continúa con oxitócina 0,5% 20 gotas

Fecha 12/12/17 hora 09:00 am

Paciente con dilatación completa pasa a sala de partos

Hora 09:17 am

Se produce parto vaginal

Procedimientos:

1. Se coloca paciente en posición ginecológica
2. Se realiza higiene perineal
3. Se produce parto vaginal:

- a) Hallazgos: Recién nacido vivo sexo femenino Peso 4000 gr. Talla 50 cm, PC: 33.5 cm, PT 36 cm, APGAR 8-9 cordon umbilical pinzamiento tardío.
 - b) Se realiza alumbramiento dirigido, placenta modalidad Schultze, membranas y cotiledones completos, sangrado vaginal 200cc.aprox Cordón umbilical 2 arterias y 1 vena diámetro 60 cm.
 - c) Líquido amniótico claro en cantidad adecuada.
4. Se realiza higiene vulvo perineal.
 5. Se revisa canal vaginal no evidenciándose desgarró vaginal ni laceraciones.
 6. Se coloca 30 UI de oxitócina en CINA 9/000.
 7. Se coloca 4 tabletas de misoprostol transrectal.
 8. Útero a nivel de cicatriz umbilical

Fecha 12/12/17 hora 09.55 am

Paciente pasa a sala de dilatación por falta de camas en puerperio inmediato.

P/A: 90/50 mmHg. FR: 22 por minuto FC: 102 por minuto T°: 36.5°C.

Peso: 69 Kg. Talla: 153 cm. Piel: Pálida, sudorosa.

Pulmones: mormullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no crepitantes.

Cardiovascular: pulso débil, taquicárdico.

Abdomen: Útero a nivel de cicatriz umbilical.

Genitales externos: se observa coágulos de sangre de más o menos 300 cc aproximadamente en canal vaginal.

Fecha 12/12/17 hora 10:00 am

P/A: 90/50 mmHg. FR: 24 por minuto FC: 110 por minuto T°: 36.5°C.

Piel: Pálida, sudorosa.

Paciente revaluada por médico residente observando sangrado vaginal de 500cc, útero no contraído.

Se solicita hematocrito de control.

Se realiza prueba cruzada de paquete globular.

Manejo Inicial Hora: 10:30 am

1. Activación clave roja

- a) Control estricto de las funciones vitales.
- b) Vía permeable en ambos brazos, con CINA 0.9% + Oxitócina 20 UI y el otro CINA 0.9% 1000 CC.
- c) Se realiza masaje uterino.
- d) Se evidencia una pérdida sanguínea de 500cc de sangrado.
- e) Se revisa canal vaginal con legras.
- f) Pasa al servicio de puerperio.
- g) Monitoreo cada 15 minutos.

Fecha 12/12/17 hora 11:26 am

HEMATOLOGÍA: Hemoglobina: 7.7 g/dl; Hematocrito: 22 %

Se indica transfundir paquete globular.

Diagnóstico

- a. Puérpera inmediata
- b. Hemorragia Post parto.
- c. Atonía uterina
- d. Anemia Severa.

2. Evolución Clínica y Tratamiento

Fecha 12/12/17 hora 13:45 pm

- Funciones Vitales: P/A: 90/50 mmHg. FC: 100 por minuto FR: 22 por minuto T°: 37°C.
- Mantener dos vías permeables: ClNa 9‰ pasar 500cc a chorro, luego a 30 gotas por minuto.
- ClNa 9‰ más 20 UI de oxitócina a 40 gotas por minuto.
- Cefazolina 1 gramo C/6 horas vía E.V.
- Control de Sangrado vaginal estricto.
- Control de funciones Vitales.
- Exámenes: Hemograma, Grupo y Factor sanguíneo, RPR, VIH, Orina completa, Urea, Creatinina, Proteína C Reactiva, Perfil de coagulación.
- Reevaluación con resultados.

1er día post evento

Fecha 13/12/17 hora 07:55 am

- Funciones Vitales: P/A: 90/50 mmHg. FC: 100 por minuto FR: 22 por minuto T°:37°C Útero contraído: AU: 20 cm. Loquios escasos.
- Se administra Cefazolina 1 gr. La Presión Arterial osciló entre 90/60 mmHg Hg y 90/70 mmHg, El Pulso entre 100 a 108 por minuto.
- Ultimo control: P/A: 100/60 mmHg FC: 100 por minuto FR: 20 por minuto.

T° 36.5 °C Útero contraído AU: 20 cm Loquios escasos.

- Evolución favorable: Pasa a Hospitalización de Puerperio para su recuperación.

Fecha 15/12/17 hora 07:00 am

Puérpera mediata en su tercer día de hospitalización con vía permeable en alojamiento conjunto.

Al examen: Mamas blandas secretante.

Útero contraído AU: 16cm.

Alta, se brinda consejería en signos de alarma del puerperio, así mismo en planificación familiar, nutrición y cuidados en el hogar.

Se cita por consultorio.

CAPÍTULO II

2.1. Justificación de la investigación

La atonía uterina es una complicación puerperal inmediata en la que se produce sangrado excesivo que ocurre de manera inesperada y puede llevar a la muerte en menos de dos horas si no se provee tratamiento, siendo un grave problema de salud pública.

Es la causa principal de HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países pobres.

El presente análisis de caso sobre atonía uterina, es importante ya que evalúa los factores de riesgo, manejo y tratamiento y de esta manera poder evidenciar el actuar oportuno y adecuado evitando situaciones fatales.

El presente análisis de caso es factible de realizar porque se cuenta con el apoyo de las autoridades del Hospital María Auxiliadora.

Las beneficiarias directas serán las gestantes que ingresen a la institución, ya que los resultados de la presente investigación evidenciarán el manejo oportuno y adecuado.

El impacto esperado del presente estudio está dirigido a mejorar el conocimiento de esta patología.

Esto provee una base racional y cuantitativa para evaluar el riesgo de hemorragia por causa de atonía uterina en una paciente individual, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo, por tanto, la importancia de la justificación del presente estudio.

CAPÍTULO III

3.1. Antecedentes de investigación

3.1.1. Antecedentes Nacionales

Correa G. (2014) en su estudio “Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia postparto Hospital Distrital Santa Isabel el Porvenir 2007- 2013”, tuvo por objetivo evaluar la gran multiparidad y la macrosomía fetal como factores de riesgo para el desarrollo de la hemorragia postparto, en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir durante el período del 2007 al 2013, para ello empleo un estudio observacional, analítico, de caso y controles, se evaluó 445 mujeres, 89 con hemorragia postparto (casos), 356 mujeres sin hemorragia postparto. Los principales resultados fueron que el 16.9% de mujeres con hemorragia postparto fueron gran multíparas. La gran multiparidad es factor de riesgo de hemorragia postparto, con un OR= 1.97 con un IC al 95% 1.02 y 3.82 (p=0.04). La macrosomía fetal es factor de riesgo de hemorragia postparto, hallándose un OR= 3.01 con un IC al 95%. El autor concluye que la gran multiparidad y macrosomía fetal son factores de riesgo de hemorragia postparto.

Díaz D, Lapa L. (2014) En su estudio “Antecedentes obstétricos y hemorragias post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica”, tuvo por objetivo determinar los antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto en puérperas inmediatas, para ello empleo un estudio tipo correlacional, retrospectiva, de casos y controles. Los principales resultados fueron Un 6% de hemorragia postparto inmediato. Destacándose los datos generales en orden de frecuencia: el grupo etario que predomino es joven (19-35 años) en 95%, convivientes el 52%; secundaria completa el 55%, Entre los principales antecedentes obstétricos asociados a hemorragia postparto se mencionan: 16(80%) tienen antecedente de ser nulíparas y multíparas), 16 (14%) antecedente de aborto, 2 (14%) con antecedente de cesárea , el 100% de las cesareadas presentaron hemorragia; el 29% presento antecedente de periodo intergenésico corto. Las conclusiones a que llegó el estudio fueron:

El 6% de puérperas presento hemorragia postparto, siendo los principales antecedentes: aborto, multiparidad y periodo intergenésico cortó.

Altamirano P. (2012) En su estudio “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia post parto inmediato en el hospital María Auxiliadora”, tuvo como objetivo determinar los factores de alto riesgo asociadas a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora, para ello empleo un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. Los principales resultados fueron que la hemorragia post parto se presentó en un 1.52%. Los factores de alto riesgo en orden de frecuencia fueron primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Los factores de riesgo intraparto en orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxitocina-conducción 10%, parto prolongado 7,3. El autor concluye los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. Las causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario.

3.1.2 Antecedentes Internacionales

Vélez G., Gómez J., Zuleta J. (2006). En su estudio “Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia: Años 2004 y 2005, tuvo como objetivo identificar los factores que predisponen a la mortalidad materna por hemorragia obstétrica en el Departamento de Antioquia durante los años 2004-2005, para ello empleo un estudio descriptivo retrospectivo con componente cuantitativo y cualitativo. Los principales resultados fueron: Un 29% de las pacientes que fallecieron después de un parto vaginal tuvieron su parto en casa.

El 100% de las muertes se consideraron evitables y los principales factores detectados estuvieron dentro de las categorías retraso 1 (43%) y 3 (88%). En el tipo 3, los principales fueron: la subvaloración de los cuadros clínicos, las conductas inoportunas y el tratamiento inadecuado de las pacientes: no se aplica

el manejo activo del alumbramiento de manera universal, manejo inadecuado del shock y retraso en la administración de hemoderivados. Los autores concluyen que la hemorragia obstétrica es el principal problema en mortalidad materna en el Departamento de Antioquia.

Fernández, Martínez y Herrera (2011), En su estudio “La hemorragia postparto”, tuvo como objetivo comprobar la efectividad del balón intrauterino de Bakri, para ello empleo un estudio tipo revisión de caso clínico. Los investigadores presentaron el caso de una paciente de parto eutócico con atonía uterina, tras la revisión de la cavidad , se evidencia la presencia de un cotiledón insertado en el segmento uterino que se extrajo manualmente sin conseguir que cediera la hemorragia, el control de la misma se logró al insertar un balón intrauterino de Bakri. Los autores concluyen que el uso del balón intrauterino de Bakri es una buena opción para el manejo de la hemorragia puerperal.

CAPÍTULO IV

4.1. Discusión de Caso Clínico

En los países en vías de desarrollo la hemorragia puerperal se presenta como una de las principales causas de morbilidad materna severa. Se calcula que aproximadamente más de 14 millones de mujeres sufren de hemorragia post parto anualmente. A nivel mundial ocurren aproximadamente 530,000 muertes, de estas el 25 al 30% son por hemorragia post parto, constituyéndose en la principal causa de muerte materna. **Díaz D., (11)**.

La causa más común de la hemorragia post parto es la atonía uterina, esta puede presentarse en el 90% de casos con hemorragia puerperal. La atonía es difícil de predecir. Distintos autores señalan múltiples factores de riesgo para atonía uterina, los mismos que varían en su magnitud e importancia según informes, lo que limita destacar la verdadera importancia y contribución de cada uno de estos a la presencia de esta patología.

Nuestro análisis se basa en la discusión de los factores de riesgo presentados en el caso motivo de estudio y su revisión con la literatura a fin de contribuir a una mejor comprensión de estos factores independientes ya que al ser bien definidos ayudaran a mejorar nuestra capacidad para determinar qué mujeres pueden estar en riesgo de hemorragia postparto.

Karison H., (24) Señala que dentro de los factores de riesgo importantes para la presentación de la atonía uterina destacan la sobre distensión uterina, el agotamiento materno, el trabajo de parto prolongado, la gran multiparidad, la corioamnionitis por rotura prematura de membranas. Sin embargo, otros

autores como **Henríquez R., (32)** manifiesta que “En muchos casos, una hemorragia postparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial”.

Como podemos observar el caso evaluado muestra una paciente añosa, múltipara con antecedentes de feto macrosómico los mismos que contribuyeron como factores de riesgo para la hemorragia puerperal presentada en esta paciente.

En relación a la edad de la paciente, nuestro caso muestra una paciente de 41 años, distintos autores señalan que la edad representa un riesgo para atonía uterina, **Altamirano P., (5)**, refiere que el 13.8% de mujeres mayores de 35 años presenta hemorragia post parto. Otro estudio que correlaciona la edad como factor de riesgo **Panduro J., (6)** encuentra una incidencia del 15.3% en pacientes mayores de 40 años.

En un estudio en población Noruega, refiere que el riesgo de hemorragia posparto se incrementa conforme aumenta la edad materna por encima de 30 años. Ellos obtienen una razón de momios de 1.41 para gestantes con edad superior de 40 años, que puede justificarse por la menor contractilidad uterina.

Alcívar F. (17) en el que analizó los factores de riesgo de la hemorragia postparto se afirma que la edad probablemente actúe como un factor de confusión, puesto que en estas gestantes van a confluir otros factores con mayor peso estadístico, como la gemelaridad, multiparidad, técnicas de reproducción o incluso los estados hipertensivos de la gestación.

La multiparidad es una causa de riesgo para atonía uterina, y esta es debido en que en las multíparas se produce una alteración del tono del músculo uterino, debido a una falta de contracción uterina adecuada y por consiguiente pérdida sanguínea producida por las arteriolas que alimentan a la placenta y que no son comprimidas por el útero **Cabello, M.** (8).

Ello es explicado por el estudio de **Ortiz A,** (27), quien manifiesta que la retracción de la fibra miometrial, se ve afectada en los úteros de las gran multíparas, causadas por la edad, la cicatrización y agotamiento, cambios escleróticos en los vasos uterinos que conllevan a que estos se ocluyan con más dificultad lo que facilita el sangrado uterino condicionando la hemorragia post parto. La gran multiparidad en el estudio de Reyes señala un Riesgo relativo de 2,8 de presentar episodios de hemorragia post parto en comparación con paridades menores.

Como se aprecia la multiparidad en este caso parece ser el motivo de la hemorragia puerperal, por lo que se debe incidir en la prevención primaria, sobre todo en estas mujeres, es decir disminuir la incidencia de embarazos en multíparas y gran multíparas a través de los programas de planificación familiar ello asociado a la prevención secundaria como el manejo adecuado según protocolos e incrementado la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud ha de disminuir la frecuencia de la atonía uterina.

El análisis de los resultados encontrados en la bibliografía sobre paridad como factor de riesgo es contradictorio. Hay autores que afirman que la multiparidad es un factor de riesgo y, sin embargo, en otros estudios adquiere un papel protector, la falta de consenso se debe a que esta patología es una afección

pluripatológica. Sin embargo en lo que si coincide la mayoría de los autores (5), es en la asociación de la enfermedad hipertensiva del embarazo con la hemorragia postparto y ello debido a la asociación observada que la enfermedad hipertensiva del embarazo suele llevar implícito trombocitopenia y alteraciones de la función plaquetaria.

En relación al uso de oxitócicos autores (4) encuentran que las gestantes cuyo parto fue inducido tuvieron mayor riesgo de hemorragia posparto secundaria a atonía uterina. Se estiman que el riesgo es de 2.5 en los partos vaginales y de 1.8 en cesáreas, como podemos evidenciar la inducción es un factor determinante, se considera una importante y significativa asociación entre la hemorragia postparto por atonía y el total de la dosis de oxicítica administrada durante el trabajo de parto.

El presente caso clínico muestra que, si bien se empleó las medidas correctas para el manejo de la atonía uterina, en la historia clínica no se evidencia algunos procedimientos realizados en la paciente como: RAM, legrado uterino, transfusión sanguínea.

Como podemos observar en el hospital donde se realizó el estudio se presentan un número considerable de hemorragias que amerita la necesidad de continuar revisando los procedimientos del manejo del parto, así como la identificación de factores de riesgo sobre todo para la atonía uterina, de esta manera se reducirá la presencia de esta patología tomando las medidas pertinentes y oportunas. Tener en cuenta que las demoras en la toma de decisiones pueden condicionar situaciones adversas.

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1. Conclusiones

1. El caso clínico estudiado fue una hemorragia puerperal por atonía uterina, asociados a los factores de riesgo como edad, macrosomía fetal, obesidad, multiparidad y control pre natal insuficiente.
2. La historia clínica no detalla correctamente las indicaciones y/o procedimientos realizados en la atención de la hemorragia puerperal.
3. La atención y manejo a la paciente en emergencia fue oportuno identificándose factores de riesgo evitando complicaciones.
4. El uso adecuado del misoprostol ayudo a controlar la hemorragia puerperal.

5.1.2. Recomendaciones

Para la Institución

- 1 Elaborar estrategias juntamente con los centros maternos para la identificación y referencia oportuna
- 2 Elaborar estrategias y conocimientos para identificar y evitar complicaciones en nuestras gestantes.
- 3 Capacitar y sensibilizar al personal profesional de la importancia del correcto llenado de la historia clínica ya que es un instrumento médico legal.
- 4 Establecer programas de capacitación continua en el área de Gineco obstetricia en el manejo de la clave roja, que se cuenta con personal profesional flotantes e itinerantes (pasantes, internos, residentes, obstetras y médicos).
- 5 Reforzar orientación y consejería en planificación familiar tanto en consultorios externos como al alta de pacientes hospitalizadas.

Al Profesional

1. Supervisión continúa al personal rotante (internos de obstetricia internos de medicina y residentes).
2. Realizar simulacros de activación de clave roja.
3. Participación activa en la discusión de casos clínicos que presentan en los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hipertensión in Pregnancy. ISBN 978-1-934984-28-4. 2013; Pg. 1 – 89.
2. MINSA. Avances y Logros en la Salud Materna. [internet] Perú (Consultado 18/04/2019) Disponible. en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/maternidadsaludable/avances.html>
3. MINSA [internet] Perú 2015 Boletín Epidemiológico N° 36. Lima- Perú (Consultado 28/10/2019) disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/36.pdf>
4. Álvarez E. (2014). Estudio comparativo del uso de carbetocina vs. Oxitócina en la prevención de atonía uterina posparto. [Internet] [28/10/19] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14827/2/tesis.417325.pdf>
5. Altamirano P. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora, [tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano]. Lima; 2012
6. Panduro J, Orozco J. Obstetricia 3ra Ed, pág. 206 -208 México: editorial Solución Impresa; 2012.
7. Castellano y Quilimba. Prevalencia de hemorragia posparto en pacientes de 14 a 45 años atendidos en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital básico de Machachi, [Trabajo de investigación para optar el título de Obstetrix]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.

8. Cabello M. Atonía uterina en adolescentes de 12 a 17 años, en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, de septiembre del 2012.2013.[18/09/19]disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1783/1/Tesis%20de%20MariaObs tetra.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1783/1/Tesis%20de%20MariaObs%20tetra.pdf).
9. León W. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto: guía de práctica clínica [internet] [18/08/19]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/gu%c3%ada-dehemorragia-postparto.pdf>.
10. Ari E. Causas y Factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor, Guayaquil- Ecuador, Setiembre 2012 a Febrero 2013
11. Díaz D, Lapa L. Antecedentes Obstétricos y Hemorragia Postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica [Tesis de Licenciada]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.
12. Larrañeta. Denuncian que el 96% de maniobras Kristeller se hacen sin consentimiento de la madre. 2014, [Internet] [13/10/2015]. Disponible en <http://www.20minutos.es/noticia/2176293/0/campana/stop-maniobra-kristeller/el-parto-es-nuestro/>
13. Chica. Frecuencia de la hemorragia post parto y post cesárea en pacientes del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la Ciudad de Manta durante el periodo de Setiembre del 2012 a Febrero del 2013.

14. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia Obstétrica. *Revista Médica La Paz*, 20(2), 57-68. [Internet]. [24 de abril de 2017] Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es&tlng=es.
15. Cabrera S. Hemorragia Posparto. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 56(1), 23-31. (2015) [Internet][17/08/19] Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/248>
16. Correa G. Gran multiparidad y macrosomía fetal como factores de riesgo para hemorragia post parto Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir en el servicio de biblioteca 2007-2013. [tesis de pre grado]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego 2014.
17. Alcívar F. Causas y Factores de riesgo que aumentan la incidencia de hemorragia postparto en el área Gineco obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda [Tesis para optar el título de Médico general]. Manabí, Ecuador, 2011.
18. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007
19. Fernández J, Martínez A. Hemorragia post parto después de un parto eutócico. *Complejo Hospitalario de Jaén Matronas Prof.* 2011; 12(1): 24-5.
20. FIGO. Safe Motherhood and Newborn Health Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012. 11, pp. 108-117.
21. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Atención. MINSA Dirección General de Salud de las Personas. 2008 [revisado]
22. Guía Clínica Basada en las Evidencias: Manejo de la Hemorragia Postparto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) *Novedades del CLAP*. 2008;16:45-9.[revisado]

23. Lugo SM. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(2), 145-154. [Internet] Recuperado en 02 de mayo de 2017 [consultado] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es&tlng=es.
24. Karisson H, Pérez Sanz C. Hemorragia Postparto. *An Sist Sanit Navar* 32 Suppl 1:159-167. Pamplona 2009 [consultado]
25. Martínez J. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas profesionales* (2009). vol. 10, no 4, p. 20-6. [Consultado]
26. Organización Mundial de la Salud. Control de las complicaciones del embarazo y del parto: una guía para parteras y médicos. Ginebra. [Internet] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf> [citado el 4 de marzo de 2010].
27. Ortiz A, Miño L, Ojeda P, Medina S. Hemorragia Puerperal. *Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina*. 1-16. 2006 [Internet][15/10/19]
28. Outlook. Prevención de la hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto. Número Especial [Internet] Vol. 19, nº3. Disponible en <http://www.rhoespanol.org/pdf/19-3.pdf>
29. Protocolo SEGO [internet]. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es/>.
30. Solari C. ET AL. Hemorragia post parto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Condes*. 2014 25(6) 993-1002.(2014) [Internet][consultado]
31. Vélez G, ET AL. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología* vol. 60, N°1, p. 34-48, 2009 [Internet]
32. Henríquez R. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Ecuador 2013 [internet]

ANEXOS



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y
Hombres"

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

San Juan de Miraflores, 14 de Mayo del 2019.

PROVEIDO N° 13 -2019-DGO-HMA

ASUNTO : USO DE HISTORIA CLINICA PARA REVISION

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez comunicar que la Obstetra Quispe Cossio Dalila Isabel, actualmente laborando en el Dpto. de Gineco Obstetricia con la finalidad de obtener grado de segunda especialidad en riesgo Obstétrico solicita el uso de historia clínica N° 825411 para su revisión; esta jefatura no tiene ningún inconveniente en aceptar lo solicitado.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

[Firma]
M.C. Ana M. Rojas Rojas
JEFA DEL DPTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
C.M.P. N° 13121 . R.N.E N° 4752

HEMORRAGIA PUERPERAL 1

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | www.analesderadiologia.com Fuente de Internet | 4% |
| 2 | repositorio.unapikitos.edu.pe Fuente de Internet | 4% |
| 3 | repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 4 | www.oalib.com Fuente de Internet | 2% |
| 5 | repositorio.upica.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 6 | repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 7 | repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet | 2% |

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 2%

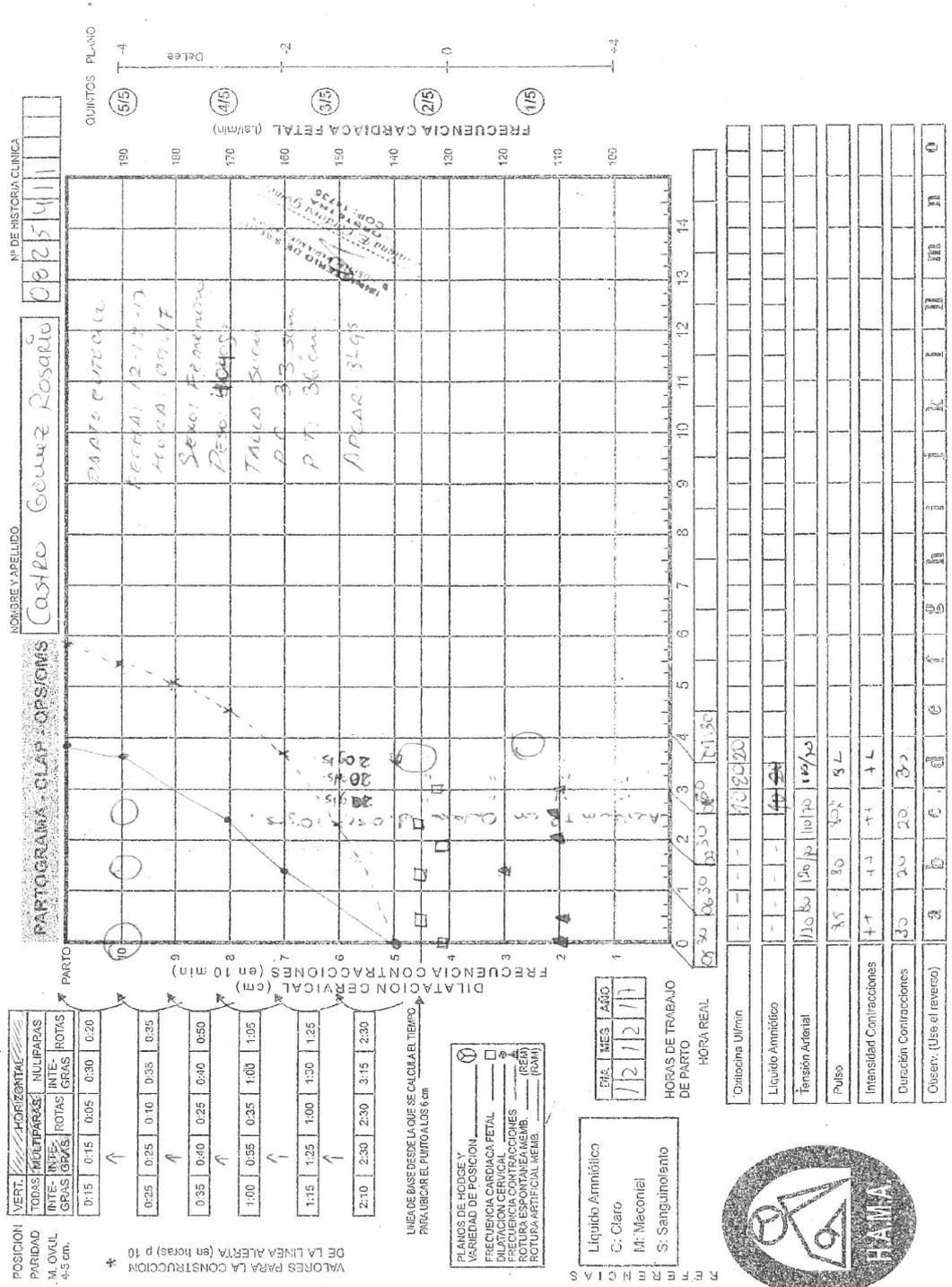
Anexo 03: Hoja Perinatal

| ANTECEDENTES | | Obstétricos | | nacidos vivos | | Fin anterior embarazo | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| Familiares Diabetes y/o sospech <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TBC pulmonar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Hipertensión Crónica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cirugía pélvico uterino <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HIE <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ITU <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Gemelares <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otros <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Abortos gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI cesáreas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI nacidos muertos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI después 1ra sem. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Partos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Muertos 1ra sem. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Moler <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Meses Año <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | |
| EMBARAZO ACTUAL Peso anterior <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Talla (cm) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI IMC <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Día Mes Año <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 17 UJUDAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ANTITETANICA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Nº dosis Actual <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI previa <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Sin dosis <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No Aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | GRUPO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nº Cigarrillos por día <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | HOSPITALIZACIÓN (Ingreso) SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Día Mes Año <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 09 | |
| EX ODONTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EX MAMAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PELVIS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PAP <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PPD <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI CERVIX <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | VDRL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Consjería Nutricional <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Consol. S. RUPP <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Hb <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Pieloprotectivo (Escala) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Fecha de Consulta <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Sum. enfermedades FUR <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ECO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | PESO (kg) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Tensión arterial max/min (mmHg) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI All. Uterina <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI FCF La/min <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ctr/Establecimiento <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | |
| PARTO Número <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI En Estab. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Con canal <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Día Mes Año <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 17 EDAD GEST <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PRESENT <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Tamaño FETAL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Inicio de PARTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Membranas al Ingreso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Líquido amniótico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI SUE FETAL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Temperatura <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Menor 37 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Mayor 41 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | Inf. Uterina <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Inf. Uterina <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Inf. Uterina <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | |
| OBSERVACIONES (Empty space for notes) | | | | | | | | | |
| TERMINACION <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Indicación principal de parto operativo o inducción <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | APELLIDOS RN <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HC RN <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | ATENDIDO Médico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Obst. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Int. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Enl. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Estud. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otro <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | NEONATO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI MEDICACION PARTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | |
| RECEN NACIDO Sexo <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Peso al Nacer <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Talla <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | EDAD POR EX. FISICO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PESO POR EG <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI APGAR minuto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | REANIMA RESPIRAT <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI GRUPO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI VDRL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | EX. FISICO, Normal <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI FIEL Normal <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI SDR NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> SI ACV Normal SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | NEUROLOG. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI LESION <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | |
| PATOLOGICAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI R. N. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | ALTA CONJUNTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | VITAMINAS K <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Profil. ocular <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | VACUNAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI BCG SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | |
| EGRESO RN Hora Día Mes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Con Patología <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI NECROPSIA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | | | | | |
| EGRESO MATERNO Hora Día Mes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Con Patología <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI NECROPSIA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | | | | | |

Significa SEGUIMIENTO CONTINUO

Significa ALERTA

Anexo 05. Partograma



Anexo 06. Resultados de Laboratorio

| PRUEBA | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|----------------------------|-----------|----------|-----------------------|
| IOQUIMICA | | | |
| CREATININA | 0.52 | mg / dl | [0.40 - 0.90] |
| DESHIDROGENASA LACTICA | 337 | U / l | [240 - 480] |
| TRANSAMINASA G.OXALACETICA | 17 | U / l | [<= 32] |
| TRANSAMINASA G.PIRUVICA | 17 | U / l | [<= 33] |

Validado por: LIC. T.M FRANK RUIZ

EMATOLOGIA

| | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------|-------------------|
| LEUCOCITOS | 10.30 | 10 ³ /ul | [4.40 - 11.30] |
| LEUCOCITOS CORREGIDOS | - | 10 ³ /ul | |
| HEMATIES | 3.91 | 10 ⁶ /ul | [3.50 - 5.00] |
| HEMOGLOBINA | 12.1 | g / dl | [11.0 - 16.0] |
| HEMATOCRITO | 38 | % | [33 - 48] |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 98.0 | fL | [80.0 - 95.0] |
| HB CORPUSCULAR MEDIA | 30.9 | pg | [28.0 - 36.0] |
| CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA | 31.6 | g / dl | [30.0 - 36.0] |
| DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV | 16.0 | % | [11.0 - 15.0] |
| PLAQUETAS | 180 | 10 ³ /ul | [150 - 450] |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 8.60 | fL | [8.00 - 12.00] |
| PLAQUETOCRITO | 0.10 | % | [0.15 - 0.50] |
| INDICE DE DESVIACION PLAQUETARIA | 14.80 | % | [11.00 - 18.00] |
| NRBC % | - | % | |
| NEUTROFILOS ABASTONADOS % | 0.0 | % | [0.0 - 4.0] |
| NEUTROFILOS SEGMENTADOS % | 70.0 | % | [40.0 - 75.0] |
| LINFOCITOS% | 22.0 | % | [15.0 - 45.0] |
| MONOCITOS % | 3.0 | % | [2.0 - 10.0] |
| EOSINOFILOS % | 5.0 | % | [0.0 - 5.0] |
| BASOFILOS % | 0.0 | % | [0.0 - 1.0] |
| GRANULOCITOS INMADUROS% | 0.0 | % | [<= 1.0] |
| NEUTROFILO ABASTONADOS | 0.00 | /mm ³ | [0.00 - 400.00] |
| NEUTROFILOS SEGMENTADOS | 7210 | /mm ³ | [1600 - 7500] |
| LINFOCITOS | 2266 | /mm ³ | [1500 - 4500] |
| MONOCITOS | 309 | /mm ³ | [200 - 1000] |
| EOSINOFILOS | 515 | /mm ³ | [0 - 500] |
| BASOFILOS | 0 | /mm ³ | [0 - 100] |

| PRUEBA | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|-------------------|-----------|----------|-----------------------|
| EMATOLOGIA | | | |
| HEMOGLOBINA | 7.7 | g / dl | [11.0 - 16.0] |
| HEMATOCRITO | 25 | % | [33 - 48] |

Validado por: LIC. T.M JORGE TOMASTO

Anexo 07. Glosario

OMS: Organización Mundial de la Salud.

FIGO: Federación Internacional de Gineco obstetras.

RHA: Ruidos hidroaéreos.

PPL: Puño percusión lumbar.

FALP: Fase activa labor de parto.

OSA: Observación de signos de alarma.

RAMS: Reacción adversa de medicamentos.

TBC: Tuberculosis.

COLECISTECTOMIA: Extirpación de la vesícula biliar.

HIPODINAMIA: Disminución de la fuerza motora de los órganos con capacidad contráctil.

ATONIA UTERINA: Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

HPP: Hemorragia postparto.

MACROSOMIA: Se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio.