



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA**

Proceso de atención de enfermería en paciente de 20 años con hemorragia post parto más anemia severa

**AUTOR**

Tiffani Thalía Terán Cruz

**TUTOR**

Lcda. Tania Estrada Concha

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

**2021**

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VII
I. MARCO TEÓRICO .....	1
1.2.1 Objetivo general .....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
1.3. Datos generales.....	15
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	16
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	16
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	16
2.3 Examen físico .....	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	21
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	21
.....	24
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	27
2.8 SEGUIMIENTO .....	27
CONCLUSION .....	33
Referencia bibliografía.....	¡Error! Marcador no definido.

## **DEDICATORIA**

El presente proyecto primeramente lo dedico a Dios por guiarme en este camino donde pude reforzar mis conocimientos junto a mis practicas preprofesionales y me ha ayudado a llegar donde estoy ahora, también a mi familia por alentarme a ser mejor y mostrarme que puedo superarme cada día más en el transcurso de toda mi etapa universitaria, y todas las personas incluyendo amigos y maestros que me formaron a lo largo de toda mi vida con sus experiencias.

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios y a mi familia por ser mi pilar fundamental en mi carrera, los que me han ayudado en mi camino, y que me han permitido esforzarme con valores y principios para prepararme como profesional, agradezco sus enseñanzas sobre la vida y lo que han logrado en mí.

**TITULO DE CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 20  
AÑOS CON HEMORRAGIA POST PARTO MAS ANEMIA SEVERA**

## RESUMEN

La hemorragia dentro del periodo post parto son una de las complicaciones más agobiantes en las emergencias obstétricas y se conceptualiza como la pérdida igual o superior a los 1000 mililitros de sangre posterior a un parto fisiológico normal o cesárea que generalmente ocurren dentro de las primeras 24 horas, existen diferentes etiologías entre las principales tenemos, patologías asociadas al tono muscular del útero (atonía uterina), patologías asociadas a la retención de tejidos (acretismo placentario), patologías asociadas a lesiones del canal del parto ( desgarros del canal del parto, etc. ) patologías asociadas a las alteraciones de los tiempos de coagulación, para un correcto diagnóstico se hace uso de los estudios e exámenes complementarios (perfil sanguíneo, tiempos de coagulación sanguínea, etc.) además identificación del cuadro clínico , el tratamiento está basado en la farmacoterapia de los uterotónicos , reposición de los líquidos y transfusiones sanguíneas, en casos más graves y en procedimientos quirúrgicos.

El siguiente estudio de caso clínico se realizó a una paciente de sexo femenino de 20 años de edad con diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato más hemorragia post parto más anemia severa a quien se le aplicó el proceso de atención de enfermería basando en los patrones según el modelo de Marjorie Gordon, además se empleó las taxonomías NANDA, NOC Y NIC como herramientas para la creación de diagnósticos, e intervenciones de enfermería que garantizaron la recuperación del estado de salud del paciente.

**Palabras claves:** hemorragia, sangrado, proceso de atención de enfermería, caso clínico, modelo.

## ABSTRACT

Hemorrhage within the postpartum period is one of the most overwhelming complications in obstetric emergencies and is conceptualized as the loss equal to or greater than 1000 milliliters of blood after a normal physiological delivery or cesarean section that generally occurs within the first 24 hours , there are different etiologies, among the main ones we have, pathologies associated with the muscular tone of the uterus (uterine atony), pathologies associated with tissue retention (placental accreta), pathologies associated with birth canal injuries (birth canal tears. ) pathologies associated with alterations in clotting times, for a correct diagnosis use is made of complementary studies and examinations (blood profile, blood clotting times, etc.) as well as identification of the clinical picture, the treatment is based on the base etiology, which includes the administration of uterine-tonic, replacement of fluids and blood transfusions and in more serious cases the immediate approach of surgical procedures .

The following clinical case study was conducted in a 20-year-old female patient with a diagnosis of immediate physiological puerperium plus postpartum hemorrhage plus severe anemia to whom the nursing care process was applied based on the patterns according to the model. by Marjorie Gordon, in addition the taxonomies NANDA, NOC and NIC were used as tools for the creation of diagnoses, and nursing interventions that guaranteed the recovery of the state of health of the patient during.

**Keyword:** hemorrhage, bleeding, nursing care process, clinical case, model.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se expone un estudio de caso clínico de una paciente de 20 años de edad con hemorragia post parto, la finalidad del estudio se basa en reducir el impacto de muertes maternas mediante la implementación del proceso de atención de enfermería a través de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC así como también la utilización del modelo de enfermería según Marjorie Gordon lo cual permitirá encontrar los patrones funcionales alterados y a su vez crear intervenciones de enfermería que garantizaran la recuperación del estado de salud de este tipo de pacientes, la hemorragia postparto se conceptualiza como la pérdida sanguinolenta igual o superior a 1000 mililitros posterior a un parto fisiológico normal u cesárea en un rango de 24 horas, una de sus etiologías son las lesiones del canal del parto (trauma), y retención de tejidos, aunque solo están inmersas dentro del 10 % de mortalidad materna a nivel mundial; según (Cristina, 2019) “ El indicador de 2017 señala que el Ecuador registra 42,8 muertes maternas en relación a 100.000, nacidos en las provincias que mayor número de muertes maternas registran son Pastaza (111,28 por cada 100 mil nacidos vivos); Bolívar (90,93); Imbabura (79,07), Cañar (71,31), Santa Elena (66,14)”.

Su presencia en las áreas gineco - obstétricas son alarmantes en su gran mayoría con mal pronóstico clínico, sus factores de riesgo están asociados a la etiología antes mencionada son (acretismo placentarios, cirugías uterinas previas, multiparidad, partos instrumentados), una de las manifestaciones clínicas principales son el sangrado trans vaginal, aumento en las dimensiones anatómicas del útero, cambios en las constantes vitales hipotensión, taquicardia, inflamación y dolor, el diagnóstico y tratamiento se basa según la etiología presente los cuales incluyen la administración de fármacos útero – tónicos como oxitócica o metilergonovina, reposición de los líquidos y transfusiones sanguíneas y en casos más graves el abordaje inmediato de procedimientos quirúrgicos



## **I. MARCO TEÓRICO**

### **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

El proceso de atención de enfermería se lo conoce como al conjunto de elementos y artes más deseados de la enfermería moderna, es la aplicación del proceso científico durante la toma de decisiones que garantizaran resoluciones de problemas; (Doenges & Moorhouse, 2016).

#### **Etapas del proceso de atención de enfermería**

##### **Valoración**

La valoración comprende la reunión organizada de todos los signos y síntomas presentes en el paciente a tratar; (Doenges & Moorhouse, 2016).

##### **Fases de la valoración**

Las fases de la valoración del proceso enfermero comprende:

1. La recogida de la información a través de la recolección de los antecedentes familiares y personales del paciente.
2. Aplicación por patrones funcionales (modelo de atención de enfermería).
3. Examen físico: cefalocaudal, aparatos u sistemas; (MSP, 2016).

##### **Diagnostico**

El diagnostico comprende el estudio de los datos que se obtienen en la valoración para lograr la identificación de las necesidades u problemas del paciente; (Doenges & Moorhouse, 2016).

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería existen varios tipos: diagnostico real, riesgo, posible, sindrómico y diagnóstico de bienestar, en esta etapa se emplea la etiqueta diagnostica con la taxonomía NANDA. (MSP, 2016)

##### **Planificación**

En esta etapa se crean los cuidados de enfermería que garanticen una óptima respuesta a los problemas encontrados en la anterior etapa; (Orellana, Alvarenga, & Alabi, 2019).

## **Ejecución**

Inicia una vez culminada la planificación, la ejecución se caracteriza por ejecutar el plan de cuidados de enfermería, es decir se realizan todas las intervenciones que se dirigen a la corrección del problema y las necesidades asistenciales durante su proceso; (Orellana, Alvarenga, & Alabi, 2019).

## **Evaluación**

La evaluación es la comparación enlazada entre los resultados esperados y el estado de salud actual del paciente, se emite un juicio final sobre la situación de la persona para comprobar la efectividad y eficacia de las intervenciones aplicadas.

## **HEMORRAGIA POST PARTO**

### **Definición**

La hemorragia postparto se define como aquel sangrado superior a los 1000 centímetros cúbicos posterior a la expulsión del feto, este tipo de hemorragia puede presentarse de forma precoz (en un lapso de 24 horas) o también hasta la sexta semana del puerperio; (Cabrerero & Rodriguez, 2018).

### **Epidemiología**

El periodo gestacional a futuro puede implicar riesgos importantes en la salud de las mujeres, se estima que a nivel mundial, diariamente mueren alrededor de unas 800 mujeres en periodo gestacional, por causas que pueden ser prevenibles, en la actualidad se sabe que una correcta atención antes, durante y después del embarazo puede contribuir a salvar la vida de muchas mujeres gestantes, es por esto que la organización mundial de la salud ha planteado objetivos para reducir la mortalidad materna, denominados objetivos del milenio, caracterizado en el indicador número cinco (mejora de la salud materna), gracias al planteamiento de dicho objetivo desde el año de 1990 se ha logrado reducir paulatinamente el índice de muerte materna a nivel mundial con una reducción del 75% al 44% hasta la actualidad; (Fuchner, Ortiz, & Escobar, 2017).

## Factores de riesgo

Para desarrollar las hemorragias durante el periodo post parto existen diferentes factores de riesgo los cuales se detallan a continuación:

- Edad superior a 35 años
- Multiparidad
- Antecedentes de legrados uterinos
- Anemia en el embarazo
- Antecedentes de miomas uterinos
- El uso de sustancias psicotrópicas
- Cicatrices uterinas previas
- Preeclampsia; (Solari, Wash, Guerrero, & Enrriquez, 2017).

## Clasificación

La clasificación consta de una relación directa con el tiempo de evolución del sangrado y se clasifica en:

**Primaria:** ocurre dentro de las primeras 24 horas y se presenta en un 70% de las hemorragias postparto.

**Secundaria:** ocurre culminada las primeras 24 horas y se puede extender hasta las 6 sexta semana del periodo postparto.

## Etiología

### Causas de las hemorragias post parto (tono, trauma, tejido y trombina).

#### Tono

**Atonía uterina:** es una de las causas más frecuentes de la hemorragia post parto y su incidencia es alrededor del 75 – 90 % de los casos, puede presentarse en cualquier etapa postparto; (Astudillo, Landin, Velez, & Villavicencio, 2021).

**Cesárea:** se presenta en el 6% de los casos

**Parto vaginal:** la evidencia científica demuestra que el riesgo por atonía uterina disminuye en el parto vaginal; (Astudillo, Landin, Velez, & Villavicencio, 2021).

## **Trauma**

Las causas de la hemorragia post parto pueden producirse por lesiones cervicales, uterina u vaginal y su incidencia es del 10 – 20%; (Astudillo, Landin, Velez, & Villavicencio, 2021).

- Desgarro perineal
- Ruptura ligamentosa
- Desgarro vaginal
- Desgarro uterino
- Desgarro cervical
- Inversión del útero

## **Tejido**

Se producen en el 0.6 – 3% del total de los partos, la retención placentaria posee una incidencia del 10%, la mayoría de los casos por retención placentaria puede ser extraída de forma manual, pero un ínfimo porcentaje 0.001% - 0.05% puede ser una placenta acreta, percreta u increta; (Astudillo, Landin, Velez, & Villavicencio, 2021).

## **Trombina**

se produce por alteración en los tiempos de coagulación sanguínea, sea adquirida o preexistente, se produce en el 1 – 3% de los casos; (Astudillo, Landin, Velez, & Villavicencio, 2021).

Las causas se clasifican en:

### **Coagulopatías adquiridas:**

- Desprendimiento de placenta
- Preeclampsia
- Feto muerto
- Sepsis
- Transfusiones de sangre incompatible

### **Coagulopatías congénitas:**

- Patologías plaquetarias
- Enfermedad de Von Willebrand
- Trombofilias

### **Prevención**

1. Utilización de fármacos uterotónicos (administración 10 UI de oxitocina intramuscular IM), en caso de ausencia de la misma administrar 600 mcg misoprostol por vía oral.
2. Evitar la tracción brusca del cordón umbilical mucho si no se ha realizado contracciones supra pubianas.
3. Realizar masajes uterinos hasta la contracción del mismo posterior a la fase de alumbramiento, además se debe realizar una correcta extracción de loquios y verificar la consistencia, olor y color de los mismo para descartar cualquier patología.

### **Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia post parto**

#### **Protocolo en el manejo de clave roja**

#### **Acciones generales**

- Identificar al paciente con hemorragia con o sin signos de choque, debido a la pérdida sanguínea se empleará la escala de basket para la clasificación del estado de choque.
- Activar clave roja y conformar de acuerdo con la disponibilidad.
- Comunicar con laboratorio, servicio de medicina transfusional, sala de cirugía centro obstétrico, servicio de cuidados intensivos, ambulancia, etc.
- Realizar examen físico completo que incluyan: signos vitales completos y estado de consciencia.
- Colocar traje anti-shock no neumático.
- Asegurar vía aérea, brindar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor al 90%.

- Asegurar 2 accesos venosos con catéter número 16, 18 u 20, además realizar exámenes de laboratorio e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes.
- Iniciar reposición de líquidos con solución cristaloides, luego bolos de 500 ml según la evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica sea superior a 90 mmhg.
- Si existe choque es grave inmediatamente transfundir dos paquetes globulares, con previa elaboración de pruebas de ETS y en el caso de no disponer pruebas cruzadas administrar paquetes globulares tipo ORH negativo.
- Vaciar vejiga y colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.
- Mantener eutermia en 36.5 a 37 grados
- Activar red y transferir a un centro de mayor complejidad; (MSP., 2017).

### **Exámenes complementarios**

Se debe realizar: biometría hemática, pruebas cruzadas, solicitar tiempos de coagulación, fibrinógeno, función renal y hepática, cuantificación de electrolitos, gasometría arterial y realizar prueba de coagulación junto a la cama con tubo de color rojo de 10ml,(MSP., 2017).

### **Procedimientos según la causa de la hemorragia**

#### **Atonía uterina**

1. Realizar masaje del útero u presión bimanual, con guantes quirúrgicos él se deberá colocar la mano en la vagina y realizar una presión en la cara anterior del útero, utilizando la otra mano se comprime el abdomen en la cara posterior del útero.
2. Administrar uterotónicos como: Oxitocina 10 unidades internacionales/mililitros por vía intramuscular o 5 unidades internaciones por vía intravenoso lenta y 20 a 40 unidades internaciones en 1000 milímetros en solución cristaloides con infusión intravenosa a 250 mililitros/hora, administrar misoprostol 800 microgramos sublingual o por vía oral u 800 microgramos por vía rectal, Metilergonovina o Ergonovina sin presencia de preeclampsia con posología de 0,2 microgramos por vía

intramuscular, repetir cada 2 a 4 horas, hasta máximo 5 dosis de 1 miligramo en un tiempo de 24 horas.

3. Si la hemorragia no cede a pasar del masaje uterino y la administración de uterotónicos, colocar balón de compresión uterino, (MSP., 2017).

### **Trauma del tracto genital**

1. Inspeccionar la cavidad mediante la técnica de la observación directa
2. Aplicar presión elevada
3. Reparar las lesiones
4. En caso de no mejoría, TRANSFERIR

### **Inversión uterina**

5. Se recomienda no colocar uterotónicos
6. Se recomienda no proceder a remover la placenta
7. TRANSFERIR en caso de no encontrar resolución a un centro de mayor complejidad, (MSP., 2017).

### **Retención placentaria**

1. TRANSFERIR para resolución final

### **Coagulopatía**

1. TRANSFERIR para la resolución final
  - Administrar ácido tranexámico a dosis de 1 gramo por vía intravenosa cada 6 horas en caso de hemorragia posparto, posteriores a traumas de canal del parto
  - Sospechar trastornos en la coagulación y verificar en la historia clínica
  - Las hemorragias posparto que no responden al tratamiento inicial con uterotónicos.
  - En caso de hemorragia que no responden alguna de las medias primarias, proceder a la colocación de un balón de compresión uterino, antes proceder a la administración de antibióticos profilácticos.
  - Si no existe mejoría en el cuadro clínico TRANSFERIR a un centro de mayor complejidad; (MSP., 2017).

## Clasificación del estado de choque

<b>Tabla 1.</b>					
<b>Clasificación del choque hipovolémico.</b>					
<b>Perdida del volumen en %</b>	<b>sensorio</b>	<b>Perfusión</b>	<b>Pulso</b>	<b>Presión arterial sistólica</b>	<b>Grado del choque</b>
10 – 15% - 1000 ml	Normal	Normal	60-90	Superior a 90	Ausente
16 – 25% - 1001 a 1500 ml	Normal u agitada	Palidez, frialdad	91 - 100	80 a 90	Leve
26 – 35%- 1501 a 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración	101- 120	Inferior a 70	Moderado
Superior al 35% - superior a los 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	Superior a 120	Inferior a 70	Severo
<b>Nota.</b> Fuente: <i>Score Mama y Claves Obstétricas – Guía de práctica clínica (GPC) – Ministerio de Salud Pública del Ecuador.</i>					
<b>Elaborado por:</b> Tiffani Thalía Terán Cruz.					

## Anemia

### Definición

La anemia se define como la falta de glóbulos rojos agregada a niveles reducidos de hemoglobina y hematocrito, por lo cual disminuye el transporte de oxígeno hacia el cuerpo humano; (Solano, Pabon, & Chuprine, 2020).



## **Prevalencia**

Según la OMS, en el año 2016 los casos de anemia en el Caribe y América latina fue del 60% en mujeres en edad fértil y 40% durante el periodo postparto, además menciona que el porcentaje de prevalencia en el Ecuador sobrepasa el 25% de los casos; (Murillo, Parrales, & Sabando, 2021).

Según estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) en el periodo 2015-2018 el 15% de los casos de anemia se presentan por factores como nivel socioeconómico y mala alimentación y patologías postparto en las mujeres puérperas; (Murillo, Parrales, & Sabando, 2021).

## **Clasificación etiológica**

Su clasificación etiológica se divide en

- Deficiencia de vitamina B12
- Deficiencia de hierro
- Deficiencia de ácido fólico
- Deficiencia de otros factores (proteínas, vitamina B6, etc.)
- Anemias por alteración de la médula ósea
- ✓ Idiopáticas
- ✓ Secundarias
- ✓ Infecciones
- ✓ Mieloptisis
- ✓ Tóxicos
- ✓ En el curso de anemias hemolíticas crónicas, etc.
- ✓ Radiaciones
- Anemias por pérdidas agudas de sangre.
- Anemias por destrucción aumentada de hematíes; (Soto, Borgues, & Betancourt, 2021).

## **Fisiopatología del síndrome anémico**

La presencia del estado anémico desencadena una serie de sucesos dentro del organismo que la padece como los estados hipóxicos, pero en su gran mayoría se

originan por el accionar de los diversos mecanismos compensatorios del organismo, el más importante es la capacidad que posee la hemoglobina para transportar oxígeno, la disminución de la Hb produce un metabolismo de tipo anaerobio, síntesis de ácido láctico, disminución del pH , todos estos mecanismos alteran la perfusión de oxígeno tisular descompensando la fisiología normal del cuerpo; (Soto, Borgues, & Betancourt, 2021).

### **Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas se deben principalmente a la hipoxia celular y a la ejecución de los mecanismos compensatorios, los cuales pueden variar por el grado de intensidad, etiología y tiempo de aparición.

### **Síntomas**

- Astenia
- Laxitud
- Debilidad muscular generalizada
- Intolerancia al esfuerzo
- Cefalea
- Acufenos
- Vértigos
- Falta de concentración y memoria
- Trastornos del sueño
- Inapetencia
- Irritabilidad
- Disnea
- Palpitaciones
- Dolor torácico anginoso

### **Exploración física:**

- Palidez mucosa – cutánea (piel cognitiva, mucosas, lecho ungueal)
- Soplos sistólicos
- Taquicardia más signos de IC; (Abramson, 2020).

### **Diagnostico:**

El diagnóstico se basa en:

### **1. Interrogatorio**

- Tipo de dieta: disminución en la ingesta de alimentos que contengan cantidades alta en hierro, dieta alta en carbohidratos y lácteos.
- Antecedentes de prematurez, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre
- Antecedentes de patología perinatal
- Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, hematuria, hemoptisis, etc.
- Trastornos gastrointestinales: diarrea, esteatorrea, etc.

### **2. Examen físico completo**

### **3. Estudios de laboratorio**

- ✓ Hemograma completo y frotis.
- ✓ Morfología - eritrocitaria
- ✓ Volumen Corpuscular Medio
- ✓ Cuantificación de reticulocitos
- ✓ Hierro del compartimiento funcional; (Chiappe & Reene, 2019).

## **Tratamiento**

El tratamiento se basa en Revertir la causa etiológica los cuales son:

### **Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro**

- Cambios en la alimentación y suplementos de hierro (ingesta de alimentos altos en hierro y vitamina C, ya que esta vita

### **Tratamiento de la anemia perniciosa**

- Administrar suplementos multivitamínicos B12 y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en vitamina B12, como el consumo de carne rojas, huevos, pescados y productos lácteos, y panes, cereales y otros alimentos enriquecidos con vitamina B12).

### **Tratamiento de la anemia a plástica**

- La corrección de la anemia se realiza a través de transfusiones sanguíneas, tratamiento farmacológico, trasplantes de médula ósea y cambios en los hábitos de vida.

### **Tratamiento de la anemia hemolítica**

- La corrección de la anemia se realiza a través transfusiones sanguíneas tratamiento farmacológico, cirugías y procedimientos según su causa además de cambios en los estilos de vida.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Las hemorragias postparto inmediatas y tardías son una de las principales causas de morbilidad materna a nivel nacional con un número de 42,8 muertes maternas por cada 100.000 y a nivel mundial anualmente se estima que alrededor de 400.000 mujeres entran a periodo de gestación, pero no siempre se brinda una atención de calidad en cuanto a los servicios de salud a nivel nacional, un ejemplo claro se demostró en el periodo 2000 - 2006 donde de un total del 100 % de mujeres gestantes tan solo el 40 % cumplió con los cinco controles prenatales dispuestos en las normas del ministerio de salud pública del Ecuador, esto a su vez ocasiona que el periodo del postparto emerjan complicaciones severas y muchas veces mortales, se estima que aproximadamente el 11.2% de las muertes maternas nacionales durante el periodo 2016, fueron a causa de hemorragias postparto, durante el puerperio las condiciones anatómicas y fisiológicas de la mujer cambian drásticamente producto de un sobre esfuerzo orgánico por cumplir con los requerimientos de hemostasia uterina, es por esto que el presente estudio de caso clínico realizado en Hospital Universitario de Guayaquil, demuestra el papel fundamental que ejercen los profesionales de enfermería en cada una de las áreas Gineco-obstétricas que tiene por objetivo brindar atención de calidad y calidez y cuidar del bienestar físico, mental y psicológico de cada mujer, para lograrlo el personal de enfermería independientemente de sus conocimientos científicos y prácticos necesita de un protocolo sistemático y ordenado para lo cual se emplea el proceso de atención de enfermería como herramienta principal en el estudio para lograr la disminuir las complicaciones en el puerperio.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

- Elaborar un proceso de atención de enfermería que aporte en la prevención de complicaciones por hemorragia post parto más anemia severa

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Evaluar los cuidados de enfermería por hemorragia post parto en relación con las necesidades reales del paciente.
- Analizar la sintomatología mediante examen físico y la valoración de enfermería según los patrones de Marjorie Gordon, en paciente con hemorragia post parto.
- Identificar los factores de riesgo que contribuyen a desarrollar hemorragia postparto.

### **1.3. Datos generales**

**Nombres y Apellidos:** N/N

**Fecha de nacimiento:** 12/12/2000

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Provincia:** Guayas

**Sexo:** Femenino

**Raza:** mestizo

**Estado civil:** soltera

**Grupo sanguíneo:** ORH +

**Lugar de nacimiento:** Guayaquil

**Lugar de Residencia:** Guayaquil, Coop unidos venceremos Mz F V24

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Ingresa paciente de sexo femenino de 20 años de edad en puerperio inmediato, de parto eutócico ingresa como código rojo del centro de salud recreo 2 a las 02:30 am se la recibe en condiciones clínicas inestables, deshidratadas, con síntomas clínicos de shock hipovolémico, afebril, se evidencia hematoma expansivo vulvo perineal de gran tamaño, se administró 2000 ml de solución cristaloides más 20 unidades de oxitocina, paciente con abdomen blando depresible doloroso a la palpación, se palpa útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, es valorada en ingresada al centro obstétrico del hospital universitario de guayaquil.

#### **Antecedentes patológicos personales**

Gestas 2, aborto espontaneo en el primer embarazo.

#### **Alérgicos**

No refiere

#### **Quirúrgicos**

Apendicetomía hace 5 años.

#### **Traumatismo**

No refiere

#### **Toxicológico**

No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiares**

Padre padece hipertensión arterial

Madre padece hipotiroidismo

### 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente hemodinámicamente inestable afebril, somnolienta, con dificultad respiratoria, niega sintomatología neurológica, oligúrica, con signos vitales PA 88/60 FC 146 FR 22 TEMP 35.8 C SAT 88% con signos de shock hipovolémico



tipo III, refiere dolor en región genital en el cual se evidencia hematoma expansivo vulvo perineal, se solicitan 2 unidades de paquetes globulares y plasma fresco congelado.

## **2.3 Examen físico**

### **Signos vitales**

- Presión arterial: 88/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 146 Lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 Rpm
- Temperatura: 35.8 °C
- Saturación de oxígeno: 88 %

### **Valoración céfalo caudal**

- Cabeza: Normocéfalo.
- Cara: mucosas orales deshidratadas, facies pálidas.
- Cuello: no adenopatía no ingurgitación yugular.
- Tórax: simétrico, expandible, mamas normo insertadas, secretoras, pezones óptimos, para lactar, sin estertores, ruidos cardiacos sin soplos.
- Abdomen: globuloso, a expensas del útero en Sub-involución, con globo de seguridad de pinard aumentado, para el puerperio actual, doloroso a la movilización.
- Genitales: se evidencia hematoma vulvo perineal de labio mayor y menor izquierdo, que se origina en la cavidad vaginal y se extiende a ambos glúteos severamente doloroso sin necesidad de palpación
- Extremidades: simétricas, todas presentes, eutróficas sin edema.

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES - MARJORY GORDON**

### **1. Patrón de percepción-manejo de la salud**

El manifiesta haber acudido a 5 controles, manifiesta haber cumplido con el régimen terapéutico, alimentación que le indicaban en sus controles prenatales.

**Hábitos higiénicos:** goza de higiene bucal

**Vacunas:** esquema de DT completo

**Alergias:** No refiere

**hábitos tóxicos:** No refiere

### **2. Patrón nutricional-metabólico.**

Según los datos proporcionados en la anamnesis refiere ingerir alimentos altos en carbohidratos.

Actualmente mantiene un régimen nutricional de nada por vía oral, con signos de deshidratación por sangrado vaginal.

**Altura:** 1.62 cm

**Peso:** 74.1 kg.

**IMC:** 28.5

Paciente presenta sobrepeso

**Temperatura:** 35,8 °C

### **3. Patrón de eliminación:**

**Función excretora:** evacuación vesical normal, 3 veces al día, en cantidad de 900 a 1100 diarios, con aspecto amarillo ámbar.

**Eliminación Intestinal:** Deposiciones en cantidad de 2 veces al día, de color marrón y semi sólida.

Piel, semi pálida, fría al tacto, mucosas deshidratadas.

### **4. Patrón de actividad y ejercicio:**

Paciente refiere mantener una vida sedentaria, actualmente se evidencia estado hipotónico, hipotensa, taquicárdica. Paciente en reposo absoluto.

### **5. Patrón sueño - reposo.**

Refiere descansar 6 horas diarias.

#### **6. Patrón Cognitivo Perceptivo:**

Niega sintomatología neurológica, no refiere tener problemas visuales ni auditivos, refiere dolor por encima de cicatriz umbilical.

#### **7. Patrón autopercepción-auto concepto**

Refiere sentirse bien consigo mismo.

#### **8. Patrón rol y relaciones**

No colaboradora durante el trabajo de parto.

#### **9. Patrón sexualidad;**

Presencia de hematoma en la pared vaginal del labio izquierdo en gran tamaño más sangrado vaginal difuso además se evidencia posible riesgo de infección.

#### **10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés:**

Grado de estrés elevado debido al estado y condición de su salud

#### **11. Patrón valores y creencias:**

No refiere

**según los datos obtenidos en la valoración se deduce los patrones alterados en forma priorizada son:**

- Patrón nutricional-metabólico.
- Patrón Seguridad y protección
- Patrón Sexualidad
- Patrón Cognitivo perceptivo

#### **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

<b>Tabla 2.</b>		
<b><i>Hemograma completo</i></b>		
<b>Crterios</b>	<b>Resultados</b>	<b>Valores referenciales</b>
Leucocitos	15.79	4 – 12
Neutrófilos	70.1	60-80

linfocitos	2.96	0.8 – 7
Hemoglobina	6.9	12-16
Hematocrito	21	36 – 45
Plaquetas	243	100 – 300
Monocitos	6.4	0.12 – 1.2
Basófilos	0.3	0-1
Hematíes	2.51	3.5 – 5.2
Eosinófilo	0.70	0.02 – 0.8
<b>Nota. Fuente:</b> Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.		

**Tabla 3.**

***Bioquímica sanguínea***

Urea	13.3	14-40
------	------	-------

**Nota. Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

**Tabla 4.**

***Serología***

Chagas igG	Negativo
------------	----------

Sífilis	Negativo
---------	----------

Vih	Negativo
-----	----------

**Nota. Fuente:** Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnostico presuntivo:** Atonía uterina
- **Diagnóstico diferencial:** retención placentaria, trastorno de coagulación, atonía uterina, lesión del canal del parto
- **Diagnóstico definitivo:** puerperio fisiológico inmediato más anemia y hematoma vulvar
- **Diagnóstico de enfermería:** déficit del volumen de líquidos, riesgo de infección.

## 2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

**Biológicos:** Existe un riesgo biológico inminente por infección bacteriana debido a una episiotomía mal realizada en la labor de parto y cirugía programada, por lo tanto, se administrará antibióticos como profilaxis bajo prescripción médica con el objetivo de evitar complicaciones.

**Física:** Riesgo de caída por la movilización de la paciente desde la sala de parto hasta centro quirúrgico, existe lesión física (ruptura del canal del parto), se empleará el uso de barandales y señalización del riesgo de caída, además se administró 2000 ml de lactato ringer con el objetivo de evitar estados hipovolémicos.

**Ambientales:** riesgo de hipotermia (temperatura corporal en 35.8 C) producto de la hemorragia vaginal.

**Sociales:** No colaboradora durante su labor de parto.



nanda: 00027  
noc: 0413  
nic: 4120

## Dominio 2. Nutrición

00027 déficit del volumen de líquido – Clase 5. Hidratación

**R/C:** sangrado excesivo.

**E/P:** hemorragia vaginal difusa.

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal		x		x	
Estado de las facies		x		x	
Presión arterial			x		x
Frecuencia cardíaca		x		x	
Temperatura corporal			x		x

### ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.
3. Acceso de una vía endovenosa de grueso calibre 14G o 18 G
4. Administración de Hemoderivados (concentrado de glóbulos rojos y plasma)
5. Vigilar la presencia de reacciones alérgicas a la transfusión
6. Reportar cualquier novedad y registrar en la historia clínica.

**Dominio II:** (2) salud fisiológica

**Clase:** E: Cardiopulmonar

**Etiqueta:** 0413 Severidad de la pérdida de sangre

**Campo:** (II) fisiológico complejo

**Clase:** N – Control de la perfusión tisular

**Etiqueta:** 4120 Manejo de la pérdida de líquidos

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

nanda: 00004  
noc: 1842  
nic: 6540

**Dominio 11. Seguridad y protección**  
**(00004) Riesgo de infección – clase 1. Infección**

**R/C:** Alteración de la integridad de la piel

**E/P:** herida de 3 cm en la pared vaginal y perineo

M  
E  
T  
A  
S

Dominio IV: conocimientos y conducta en salud

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Se evita exponerse a amenazas de salud (infecciones)			x		x
Se adoptan estrategias para el tratamiento de la infección				x	x
Conocer los signos y síntomas de la infección				x	x

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Clase S:** conocimientos sobre la salud

**Etiqueta:** 1842 conocimiento: control de la infección

- ACTIVIDADES**
1. Verificar la textura, color, olor y apariencia de la herida
  2. Enseñar al paciente los signos de alarma de una herida infectada
  3. Instruir al paciente a la toma del tratamiento antibiótico prescrito por el medico
  4. Investigar cuidados de enfermería actualizados que garanticen una buena cicatrización de la herida.
  5. Realizar curaciones de la herida con técnica antiséptica, según corresponda.

**Campo IV:** Seguridad

**Clase V** -control de riesgo

**Etiqueta:** 6540 Control de infecciones



<b>Objetivo</b>	<b>Acción interdependiente</b>	<b>Acción Dependiente</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Justificación científica</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Oxigenoterapia</b>	Pedir prescripción médica de cantidad, tiempo y flujo de oxígeno administrar	Reunir el material necesario, colocar en una posición adecuada para la perfusión de oxígeno	Brindar oxígeno suplementario mediante mascarilla a alto flujo	La administración de oxígeno suplementario ayudará a evitar estados hipoxémicos de largos periodos y prevendrá complicaciones neurológicas a futuro.	se evidencia mejoría en la oximetría, color de piel y mucosas
<b>Colocar accesos venosos periférico</b>	Seguir pautas universales de bioseguridad	Reunir material para realización del procedimiento	Realizar venopunción con técnica adecuada y comprobar las permeabilidades de los catéteres	Mediante 2 accesos endovenosos periférico permite administrar medicación parenteral, planes de hidratación del RN	Acceso periférico permeable pasando medicación prescrita y transfusión sanguínea

<p><b>Emplear un catéter urinario</b></p>	<p>Educar al familiar sobre los cuidados del catéter urinario</p>	<p>Reunir el material para el procedimiento de cateterización urinaria</p>	<p>colocar el catéter urinario con técnicas asépticas y normas de bioseguridad además de comprobar su correcto posicionamiento</p>	<p>A través de la cateterización urinaria se evitará la incontinencia urinaria, se podrá cuantificar la diuresis horaria para controlar la función renal</p>	<p>Se coloca el catéter y se comprobó la posición anatómica adecuada evidenciado por la salida de orina a la funda recolectora</p>
---	---	--	--	--	--

## **2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

### **Oxigenoterapia:**

Contribuye a la mejora del patrón respiratorio, aumentar la saturación de oxígeno para prevenir la hipoxia

### **Posición semi fowler:**

Se busca la expansión del tórax mejorando el flujo de aire a los pulmones

### **Hidratación:**

El objetivo de esta intervención es reponer el déficit de líquidos y evitar la hipovolemia.

### **Hemoderivado:**

Prevenir el shock hipovolémico y asistolia en el paciente empleando paquetes sanguíneos con factor RH compatible, además de vigilar constantemente si hay la presencia de reacciones adversas antes durante y después de la transfusión.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

**12/07/2021**

Ingresa paciente de sexo femenino de 20 años de edad como código rojo del centro de salud recreo 2 con diagnóstico de hemorragia vaginal más hematoma de la pared central de la vagina a las 02:30 con hematoma de labio izquierdo de gran tamaño, se administró 2000 ml de solución cristaloides más 20 unidades de oxitocina, paciente alerta afebril orientada en 3 esferas cognitivas, sistema cardiopulmonar conservado, abdomen blando depresible doloroso a la palpación, se palpa útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical

### **Medidas generales**

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería

- Exámenes de laboratorio: grupo sanguíneo, biometría hemática, factor RH, TP, TTP, HIV
- Ringer lactato 1000 ml, solución salina 0.9%
- Pase a preoperatorio
- Comunicación a jefe de guardia
- Se solicita 2 unidades de concentrado de glóbulos rojos

**12/07/2021**

### **Prequirúrgico**

Paciente femenino de 20 años en puerperio inmediato de parto eutócico por vía vaginal, se la recibe en condiciones clínicas generales, hidratada afebril, hemodinámicamente inestable, somnolienta, ventilando espontáneamente aire, niega sintomatología neurológica, respiratoria o urinaria con signos vitales PA 103/65 FC 146 FR 20 TEMP 36C SAT 100% paciente oligúrica con signos de shock hipovolémico tipo III, se recibió con hematoma expansivo vulvo perineal, se solicitan 2 unidades de paquetes globulares y plasma fresco congelado.

### **Medidas generales**

- Activación de clave roja
- Preparación del quirófano 2
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales
- Control de loquios uterinos cada 15 minutos
- Masaje uterino cada 15 minutos
- Colocación de medias anti embolicas
- Cuantificar diuresis horaria
- Balance hídrico y aseo vaginal
- Asesoría en lactancia materna exclusiva
- Asesoría en planificación familiar
- Verificación de los consentimientos informados e informar a los familiares

### **Medicación**

- Lactato de ringer 1000 ml más oxitocina 20 UI IV a 80 ml/hr
- Concentrado de glóbulos rojos 2 unidades stat
- Plasma fresco congelado 2 unidades IV stat
- Ceftriaxona 1 gr IV stat 30 minutos antes del acto quirúrgico diluir en cloruro de sodio 0.9% 100 ml y pasar en 30 minutos
- Ranitidina 50 mg iv cada 8 horas
- Ondansetron 8mg IV cada 8 horas, diluir en solución salina 0.9% 20 ml y pasar en 5 a 10 minutos
- Ranitidina 50 mg iv cada 8 horas, diluir en solución salina 0.9% 20 ml y pasar en 5 a 10 minutos
- Acido tranexámico 1 gramo iv stat luego pasar 500 mg iv cada 8 hrs
- Metilergometrina 0.2 mg iv cada 8 horas
- Paracetamol 1 gramo iv cada 8 horas
- Laboratorio: pendiente recabar exámenes de ingreso y gasometría arterial (en este momento)

**12/07/2021**

Paciente femenino 20 años de edad con puerperio fisiológico por parto vaginal extrahospitalario más post quirúrgico de legrado uterino instrumental a las 07:45 drenaje de hematoma obstétrico, traquilorrafia bilateral más sutura de desgarro perineal grado III más sangrado aproximado de 300 ml más anemia moderada que afecta el puerperio, paciente refiere dolor en zona hipogástrica, sutura de desgarro en buen estado no presenta signos clínico de infección, herida quirúrgica no productiva, no eritema, no equimosis, útero tónico involucionado en 0-1 con loquios escasos no fétidos, diuresis clara por sonda vesical 300 ml, extremidades simétricas, no edema con reflejos osteotendinosos en ROTS 2/5.

**Laboratorio:** perfil hepático, perfil renal, LDL, uroanálisis, albumina, proteínas totales.

**Medidas generales**

- Inicio de tolerancia oral con ingesta de líquidos por vía oral
- Control de signos vitales y control de score mama cada 30 minutos
- Aplicación de hielo en la región vulvar
- Extracción de leche materna
- Cuidados de enfermería
- Cuidados de la sonda Foley y control de diuresis
- Curación de la herida quirúrgica diaria
- Aseo diario y bajar temperatura corporal por medios externos.

### **Medicación**

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml iv a 30 gotas por minuto
- Lactato de ringer 1000 ml iv a 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas
- Gentamicina 160 mg intravenoso cada día
- Clindamicina 900 mg cada 8 horas intravenoso
- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 75mg/3ml intramuscular cada 12 horas
- Ranitidina 50 mg iv cada 12 horas
- Ondansetron 8 mg iv cada 8 horas

Paciente con pase a sala

**13/07/2021**

### **Post quirúrgico**

Paciente de sexo femenino de 20 años de edad con parto espontaneo de vértice con diagnostico medico de puerperio fisiológico inmediato más hematoma de vulva perineal más desgarró cervical más desgarró perineal, paciente refiere dolor de moderada intensidad alrededor de la herida quirúrgica, orientada en las 3 esferas, orientada en tiempo espacio y persona, tórax de expansibilidad conservada, no utilización de músculos accesorios, cardiopulmonar sin alteración, abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de hipogastrio, útero contraído a nivel de -1 cicatriz umbilical, región genital loquios escasos, hemáticos, no mal olor, extremidades no edema.

Paciente que cursa 24 horas de intervención quirúrgica, al momento con deambulación asistida, se indica la administración de concentrado globular y se mantiene esquema de antibiótico, paciente recibe pase a sala general.

### **Medidas generales**

- Dieta blanda y score mama cada 2 horas
- Control de tono y sangrado uterino cada 6 horas
- Deambulación asistida
- Control de ingesta y balance hídrico
- Lactancia materna

### **Pasa a sala general medicación administrada de:**

- Solución salina 1000 ml pasar a 60 ml/hr
- Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas
- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
- Ketorolaco 30 mg iv prn
- Ranitidina 50 mg iv cada 12 horas
- Transfundir paquete globular lento en 4 hrs

## **2.9 OBSERVACIONES**

Los diagnósticos de enfermería se realizaron en base al cuadro clínico de ingreso como la hemorragia vaginal, dolor agudo, diaforesis, hipotermia, taquicardia y taquipnea, signos característicos en la hemorragia post, se brindó farmacoterapia basadas principalmente en la corrección del sangrado como el uso de oxitocina y transfusiones sanguíneas que evitaron el shock hipovolémico de la paciente, durante la estadía en centro obstétrico en las áreas del pre, trans y post operatorio inmediato el personal de enfermería brindo cuidados enfocados en los roles de la enfermería como fueron la asesoría en el manejo de la lactancia materna, planificación familiar y signos de alarma en la herida quirúrgica del Hospital universitario de guayaquil.

Con los exámenes de laboratorio aplicados durante el proceso fueron biometría hemática, bioquímica sanguínea, pruebas de VDRL, grupo sanguíneo, con factor RH, fundamentales para brindar un juicio clínico.



## CONCLUSION

Para finalizar el presente estudio se concluye con los siguientes puntos:

- Se elaboro un plan estandarizado de enfermería conforme a las necesidades reales de la paciente como la necesidad respiratoria, hemodinámica y eliminación urinaria, suplidas mediante la administración de O2 por cánula a alto flujo, colocación de 2 vías periféricas permeables de grueso calibre para la administración de plan y medicación parenteral y cateterización urinaria para cuantificar diuresis diaria y función renal.
- se manejó el sangrado con un abordaje precoz el cual consistió en la administración de medicamentos uterotónicos (oxitocina y Metilergometrina) mas plan de hidratación (con lactato de ringer 2000 ml) y la transfusión de 2 paquetes globulares, gracias a las intervenciones mencionadas se logró evitar estado de choque hipovolémico en la paciente.
- La educación para la salud fue un factor indispensable por que permitió aumentar el grado de conocimiento, elevar el nivel de satisfacción y en un futuro evitar factores de riesgo pongan en riesgo el estado de salud de la paciente, además se fomentó charlas educativas sobre el significado del apego precoz e importancia de la lactancia materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abramson,S.(2020).Anemias.AEFA.<http://www.aefa.es/wpcontent/uploads/2014/04/Anemias.pdf>

Murillo, A., Parrales, B., & Sabando, C. (2021). Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. Universidad estatal del sur de Manabí. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3142>

MSP. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica.Ecuador.[https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/03/Diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_de\\_la\\_anemia\\_en\\_el\\_embarazo.pdf](https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/03/Diagnostico_y_tratamiento_de_la_anemia_en_el_embarazo.pdf)

Christian, B. (2012). Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y en el posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v58n4/a10v58n4.pdf>

Braunstein,E.(2020). Introducción a la anemia. MANUAL MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-sangre/anemia/introducci%C3%B3n-a-la-anemia>

MSP. (2013). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

MSP. (2017). Score MAMÁ y claves obstétricas. Protocolo. Ecuador. <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20BSTETRICAS.pdf>

Fuchner, C., Ortiz, E., & Escobar, M. (2017). Hemorragia post parto. Flasog. Colombia. <https://www.flasog.org/static/libros/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>

Rivera, S., Chacón, C., & González,A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. [Vol. 5 núm. 6](http://www.revistasinergia.com).Costa rica. [Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno | Revista Médica Sinergia](http://www.revistasinergia.com)

Asturizaga, P., & Toledo,L.(2014). Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz. Volumen.20 N.2. Bolivia. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)

## **Anexos**

## Resultados

### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>HEMOGRAMA</b>			
Leucocitos	15.79	10 <sup>3</sup> /uL	4 - 12
Hemates	2.51	x 10 <sup>6</sup> /uL	3.5 - 5.2
Hematocrito	21.0	%	35.0 - 45.0 %
Hemoglobina	8.9 ↓	g/dl	12 - 16
MCV	83.6	fL	80 - 100
MCH	27.6	pg	27 - 34
MCHC	33.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	243	10 <sup>3</sup> /uL	100 - 300
VPM	9.7	fL	6.5 - 12
Neutrófilos%	* 70.1	%	50 - 70
Linfocitos%	* 18.8	%	20 - 40
Monocitos%	6.4	%	3 - 10
Eosinófilos%	4.4	%	0.5 - 5
Basófilos%	0.3	%	0 - 1
Neutrófilos#	* 11.08	10 <sup>3</sup> /uL	2 - 8
Linfocitos#	2.96	10 <sup>3</sup> /uL	0.8 - 7
Monocitos#	1.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.12 - 1.2
Eosinófilos#	0.70	10 <sup>3</sup> /uL	0.02 - 0.8
Basófilos#	0.04	10 <sup>3</sup> /uL	0 - 0.1

\* Los resultados deben ser correlacionados con la clínica del paciente para la toma de decisiones.

18.

QF. Carmen Niebla

## Resultados

### Bioquímica Sanguínea

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
BIOQUÍMICA SANGUÍNEA			
Urea	13.3	mg/dl	15 - 40
Creatinina		mg/dl	
BILIRRUBINAS			
BILIRRUBINA DIRECTA-BC		mg/dl	
BILIRRUBINA INDIRECTA-BU		mg/dl	
BILIRRUBINA TOTAL		mg/dl	

\* Los resultados deben ser correlacionados con la clínica del paciente para la toma de decisiones.

CAMA # 18.

encuentra ingresado en el Área de: \_\_\_\_\_, quien se

- Post Parto  Post Quirúrgico  Hospitalización  UCI-M  UCI-N   
UCI-N  CIN  Cuidados Básicos  Plan Canguro   
Emergencia Ginecológica  Emergencia Pediátrica  Aislamiento Respiratorio

Cama # 18, Termocuna # \_\_\_\_\_ Cunero # \_\_\_\_\_

Con Diagnóstico de: función patológica extrahospitalaria +  
Rafa de desgarro obstétrico


Se encuentra en las condiciones clínicas actuales:

- Estable
- Altas probabilidades de desarrollo  
buena formación de huentone y p. r. p. r.

Por consiguiente:

Yo, Sr (a) Jhona Falcon Villegas, de C. 0975201844  
de relación familiar o personal Esposo

Certifico que he sido informado/a de manera clara, detallada y precisa sobre el estado clínico actual de mi familiar, comprendo la información recibida y certifico que la firma y datos proporcionados en este documento son verdaderos.

  
PEDIATRICA UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL  
Dra. Cynthia Johanna Salcedo Navas  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
C.I. 1309280053

Firma del médico tratante

Jhona Falcon Villegas  
Firma del familiar o responsable

# de archivo: \_\_\_\_\_, quien se encuentra ingresado en el Área de:

Post Parto  Post Quirúrgico  Hospitalización  UCI-M  UCI-N   
UCI-N  CIN  Cuidados Básicos  Plan Canguro   
Emergencia Ginecológica  Emergencia Pediátrica  Aislamiento Respiratorio

Cama # \_\_\_\_\_ Termocuna # \_\_\_\_\_ Cunero # \_\_\_\_\_

Con Diagnóstico de: Purpúrio fisiológico inmediato + anemia + hematómetro Vulvar.

Se encuentra en las condiciones clínicas actuales: En cuidados; pese a preoperatorio

Por consiguiente:

Yo, Sr (a). Johao Falcon Villegas, de C.I. 0923281844  
de relación familiar o personal esposo

Certifico que he sido informada (o) de manera clara, detallada y precisa sobre el estado clínico actual de mi paciente comprendo la información recibida y certifico que la firma y datos proporcionados en este documento son verdaderos.

Dr. Jeanneth Dora Haro Fernández  
Ginecología y Obstetricia  
Firma del médico tratante

Johao Falcon Villegas  
Firma del familiar o responsable

Hospital Universitario de Guayaquil

23. Vía Perimetral. • Teléfono: 593 (04) 2150009 - 2594760  
www.hug.gob.ec