



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**EFICACIA EN EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A  
UN PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL  
EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL  
NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2022**

**PRESENTADO POR:**

**RENE CONDORI ALANOCA**

**OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y  
DESASTRES**

**JULIACA – PERÚ**

**2024**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**EFICACIA EN EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
A UN PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL  
EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL  
NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2022**

**PRESENTADO POR:**

**RENE CONDORI ALANOCA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y  
DESASTRES**

**APROBADA POR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – EG09**



## UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°281-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 03 de setiembre del 2024

#### VISTO:

El Expediente N°2024-09122 de la Egresado (a): **CONDORI ALANOCA RENE** con DNI N°40166669 y Código N°1610200534 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, Sub Sede PUNO, Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

#### CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, Sub Sede Puno de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y  
En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

#### SE RESUELVE:

**PRIMERO.- NOMBRAR** a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a): **CONDORI ALANOCA RENE** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** en la Sub Sede PUNO de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

<b>Presidente</b>	:	<b>Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE</b>
<b>Primer Miembro</b>	:	<b>Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA</b>
<b>Segundo Miembro</b>	:	<b>M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ</b>

**SEGUNDO.- DETERMINAR** que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Fecha</b>	:	<b>Viernes 06 de setiembre del 2024</b>
<b>Hora</b>	:	<b>11:00 am</b>
<b>Lugar</b>	:	<b>Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA</b>

**TERCERO.- AUTORIZAR** la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
DIRECCIÓN  
JULIACA - PUNO  
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Casti  
DIRECTOR (e)

C.c/ Arcv. EPG-2024 (02)  
CARGO (01)  
LWCC/mha



## EFIGACIA EN EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2022

### INFORME DE ORIGINALIDAD

**22%**

INDICE DE SIMILITUD

**21%**

FUENTES DE INTERNET

**2%**

PUBLICACIONES

**12%**

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez</b> Trabajo del estudiante	<b>10%</b>
<b>2</b>	<b>www.scielo.org.co</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.uancv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>www.umng.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>1library.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>inba.info</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.upla.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>es.unionpedia.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>



## Metadatos complementarios – UANCV

TITULO DE LA TESIS	
EFICACIA EN EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2022	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	RENE CONDORI ALANOCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40166669
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-6242-9363">https://orcid.org/0009-0003-6242-9363</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	NO APLICA
Tipo de documento de identidad	NO APLICA
Numero de documento de identidad	NO APLICA
URL de ORCID	NO APLICA
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29216323
<b>Miembro Del Jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02401506
<b>Miembro Del Jurado 2</b>	



Nombres y apellidos	LOAYZA LOPEZ MARÍA ANTONIETA
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02064784
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS SEG09
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Carabaya  <b>Distrito:</b> Macusani</p> <p><b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 15°50'31.2"S  <b>Longitud:</b> 70°01'18.5"W</p> <p><b>URL maps:</b>  <a href="https://tinyurl.com/2av4sphy">https://tinyurl.com/2av4sphy</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	10 octubre 2022 – 6 setiembre 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html#3.02.00">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html#3.02.00</a>	<p><b>CIENCIAS DE LA SALUD</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00</a></p> <p><b>CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO  
 ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Consaya  
 DIRECTOR  
 INVESTIGACIÓN - EPG



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Rene Condori Alanoca, identificado con DNI Nro. 40166669 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

Enfermería en cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres,

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

"Eficacia en el Plan de atención de enfermería a un paciente con hemorragia uterina anormal en el hospital regional Manuel Nuñez Butron Puno - 2022"

Asesorado por: \_\_\_\_\_

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 11 de noviembre del 2024

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASESOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Agradezco profundamente a nuestro Padre omnipotente por concederme vida, salud y sabiduría para progresar cada día hacia el cumplimiento de mi propósito.

A mi madre, cuyo apoyo inquebrantable impulsa mi crecimiento personal y profesional, le agradezco su constante presencia y aliento en mi vida diaria.



## AGRADECIMIENTO

Quisiera extender mi más sincero agradecimiento a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por permitirme la oportunidad de realizar mi segunda especialización profesional en atención de enfermería en emergencias y desastres.

Me gustaría expresar mi agradecimiento al Hospital Manuel Núñez Butrón por brindarme la oportunidad de utilizar los conocimientos que adquirí en la universidad en un entorno práctico. La dedicación y asistencia de todo el personal han sido cruciales para lograr el éxito en nuestros esfuerzos académicos.



## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE .....	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
OBJETIVOS .....	x
OBJETIVO GENERAL.....	x
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	x

### CAPÍTULO I

#### VALORACIÓN

1.1 DATOS DE FILIACIÓN .....	1
1.2. MOTIVO DE CONSULTA .....	2
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL.....	2
1.4 ANTECEDENTES.....	2
1.5 ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO .....	3
1.6 EXÁMEN FÍSICO.....	3
1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	4
1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO .....	4
1.9 DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	5
1.10 TRATAMIENTO MÉDICO .....	5
1.11 VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES.....	6

### CAPÍTULO II

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS .....	10
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	10
2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS.....	12

### CAPÍTULO III

#### PLANIFICACIÓN

3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES .....	13
3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.....	13



3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN .....17

**CAPÍTULO IV**

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA: .....24

**CAPÍTULO V**

**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

5.1 DEFINICIÓN .....28

5.2 ETIOPATOGENÍA.....30

5.3 FISIOPATOLOGÍA.....33

5.4 CLASIFICACIÓN .....35

5.5 FACTORES DE RIESGO.....46

5.6 CUADRO CLÍNICO .....46

5.8 EXAMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA .....48

5.9 TRATAMIENTO: .....50

5.10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....55

CONCLUSIONES .....56

RECOMENDACIONES.....58

REFERENCIAS .....60

ANEXOS.....65



## INTRODUCCIÓN

El HMNB - Puno presta atención a pacientes que acuden al servicio de emergencia con diferentes diagnósticos como es el del presente caso la hemorragia uterina anormal, para lo cual se cuenta con especialista como es el Ginecólogo, Enfermero y Técnico de Enfermería, en la cual el personal de enfermería cumple una función crucial en la atención desde el ingreso del paciente durante y después de la atención por lo que la atención fue oportuna y eficaz para evitar las complicaciones y/o secuelas irreversibles que perjudiquen y/o disminuya las actividades normales y afecten a la economía en el hogar del paciente. En el presente caso el paciente con hemorragia uterina activa corre el riesgo de presentar un shock hipovolémico y perder la vida en segundos, por lo que la atención del paciente con hemorragia deberá ser en el menor tiempo posible.

El presente trabajo clínico contiene: el capítulo I valoración, capítulo II diagnóstico, capítulo III planificación, capítulo IV ejecución y evaluación, culminando el trabajo con la fundamentación teórica, las conclusiones y recomendaciones.



## RESUMEN

El trabajo académico tiene como **objetivo**, evaluar la atención integral biopsicosocial al paciente de forma eficaz y oportuna minimizando las complicaciones y secuelas en el paciente con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal atendido en el hospital Manuel Núñez Butron de Puno. **Método**, para llegar a responder las propuestas planteadas se elaboró un PAE; esto de acuerdo a los parámetros, indicaciones y cronograma establecido. **Conclusión**, la atención integral biopsicosocial brindada a pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno ha demostrado ser eficaz y oportuna al minimizar complicaciones y secuelas. A través de un plan de atención de enfermería basado en la identificación temprana de signos de alerta, la implementación de cuidados estandarizados según la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y la evaluación continua de las intervenciones, se logró mejorar el pronóstico y recuperación de los pacientes. Además, el apoyo familiar desempeñó un papel fundamental en el proceso de recuperación, contribuyendo al bienestar general del paciente. **Recomendación**, para garantizar la eficacia del plan de atención de enfermería en pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, se recomienda fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería en la identificación temprana de signos de alarma, el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y la implementación de protocolos actualizados de atención. Además, se debe promover la participación activa del entorno familiar en el proceso de recuperación del paciente, asegurando un enfoque integral y de apoyo biopsicosocial.

**Palabras claves:** coagulación, hemoglobina, hemorragia, glucosa.



## ABSTRACT

The aim of this academic work is to evaluate the comprehensive biopsychosocial care provided to patients in an effective and timely manner, minimizing complications and sequelae in patients with a diagnosis of abnormal uterine bleeding treated at the Manuel Núñez Butrón Hospital in Puno. Method: In order to respond to the proposed measures, a PAE was developed; this was done according to the established parameters, indications and schedule. Conclusion: the comprehensive biopsychosocial care provided to patients with abnormal uterine bleeding at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno has proven to be effective and timely by minimizing complications and sequelae. Through a nursing care plan based on the early identification of warning signs, the implementation of standardized care according to the NANDA-NIC-NOC taxonomy, and the continuous evaluation of interventions, it was possible to improve the prognosis and recovery of patients. In addition, family support played a fundamental role in the recovery process, contributing to the general well-being of the patient. Recommendation: To ensure the effectiveness of the nursing care plan for patients with abnormal uterine bleeding at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno, it is recommended to strengthen the ongoing training of nursing staff in the early identification of warning signs, the use of the NANDA-NIC-NOC taxonomy, and the implementation of updated care protocols. In addition, the active participation of the family environment in the patient's recovery process should be promoted, ensuring a comprehensive approach and biopsychosocial support.

Keywords: coagulation, hemoglobin, hemorrhage, glucose.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la atención integral biopsicosocial al paciente de forma eficaz y oportuna minimizando las complicaciones y secuelas en el paciente con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal atendido en el hospital Manuel Núñez Butron de Puno

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Identificar de forma oportuna los signos y síntomas del paciente que comprometan la vida.

OE2. Implementar prácticas de cuidado de enfermería de forma ordenada y sistematizada según la taxonomía NANDA-NIC Y NOC.

OE3. Evaluar los resultados de la aplicación de las intervenciones de enfermería como también propiciar el apoyo familiar en la recuperación del paciente.



## CAPÍTULO I VALORACIÓN

### 1.1 DATOS DE FILIACIÓN

- NOMBRE Y APELLIDOS : LD. V.C.
- EDAD : 39 años.
- ETAPA DE VIDA: : Adulto
- SEXO : Femenino.
- FECHA DE NACIMIENTO : 06-01-1983
- GRADO DE INSTRUCCIÓN : Secundaria completa.
- OCUPACIÓN : Empleada
- DOMICILIO : Jr. Floral 320
- PROCEDENCIA : Puno
- ESTADO CIVIL : conviviente.
- NÚMERO DE HIJOS : Tres
- IDIOMA : Castellano
- RELIGIÓN : católico.
- FECHA DE INGRESO : 06/01/2022
- HORA DE INGRESO : 09.28 horas
- INFORMANTE : Esposo
- H.CL. : 41641439
- SERVICIO : Emergencia



## 1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Una paciente de 39 años llega a urgencias en silla de ruedas, acompañada, refiere tener sangrado transvaginal desde hace 24 horas cada vez ha ido aumentando la cantidad del sangrado, acompañado de dolor tipo cólico a nivel hipogastrio que irradia hacia la zona lumbar

## 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Presenta sangrado genital de forma activa en regular cantidad presenta dolor tipo cólico a nivel del hipogastrio con irradiación a la zona lumbar

## 1.4 ANTECEDENTES

### FISIOLÓGICOS:

- Nacido : De parto Institucional
- Lactancia materna : Hasta 1 año de edad
- Calendario de vacunas : Vacunas completas
- Alimentación : Mixta con predominio a carbohidratos

### FAMILIARES

- Familia : Funcional
- Padres : Vivos
- Abuelos : vivos

### PERSONALES NO PATOLÓGICO

- Café : No
- Alcohol : En ocasiones



- Fuma : No
- Drogas : No

## 1.5 ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO

- Vivienda : Concreto.
- Agua y luz : Si
- Eliminación de basura : recolector de basura

## 1.6 EXÁMEN FÍSICO

- Piel : Piel tibia
- Cabeza : Normocéfalo
- Ojos : Pupilas foto reactivas
- Nariz : Fosas Nasales Permeables
- Boca : Húmedos
- Tórax : Simétrico
- Corazón : Ruidos cardiacos normo fonéticos
- Abdomen : Blando Depresible con dolor a la palpación
- Genitourinario : genitales con presencia de sangrado
- Miembros Inf. Y Sup. : Simetricas sin particularidades



## SIGNOS VITALES:

Temperatura : 37°C.

Presión Arterial : 60/45 mmhg.

Frecuencia Respiratoria : 23x`

Pulso : 140x`

SaO2 : 86%

## ANTROPOMETRIA:

Peso: 64 kg.

Talla: 1.56

## 1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Una paciente de 39 años presenta sangrado genital moderado desde hace aproximadamente 24 horas.

## 1.8 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO

*Tabla 1 Análisis de laboratorio*

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACION
Hemoglobina	9.19g/dl	12.0-16.0g/dl	Disminuido
Hematocrito	30.40%	45-51%	Disminuido
Coagulación	2´55´´		
Sangría	2´30´´		
Protrombina	16.40		



Tiempo de tromboplastina	38.20		
Tiempo de trombina	12.10		
Fibrinógeno	325.00		
Recuento de plaquetas	389.70		
<u>Bioquímico</u>			
Glucosa	92.00 mg/dl	70-110	
Urea	27.00 mg7dl	10-50	
Creatinina	0.65 mg/dl	0.5-1.2	
Bilirrubina	0.45 mg/dl	0.2-1.2	
Bilirrubina directa	0.18 mg7dl	0.0-0.5	
Bilirrubina indirecta	0.27mg/dl	0.3-1,9	
TGO	19.00 u/l	5-34	
TGP	21.00 u/l	0.55	
PCR	1.33 mg/L	0-5	
RPR prueba rápida	No reactivo		
VIH Prueba rápida	Negativo		
Grupo y factor sanguíneo	O +		

## 1.9 DIAGNÓSTICO MÉDICO

Hemorragia uterina Anormal

## 1.10 TRATAMIENTO MÉDICO

Indicaciones:

NPO

Monitorización de funciones vitales

Doble Vía periférica



Medicación:

Cloruro de sodio al 9 x 1,000cc

Poligelina de 3.5% 500cc a goteo continuo

Acido tranexámico 01 gr. E.V.

Diclofenaco 75 mg. Im.

**Procedimiento Medico:**

Solicita Exámenes de laboratorio y Ecografía

## 1.11 VALORACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

**DOMINIO: I PROMOCIÓN DE LA SALUD:**

Estado de Higiene

**DOMINIO: II NUTRICIÓN**

Hemoglobina: 9.19 mg/dl

**DOMINIO: III ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

Paciente con Sa O<sub>2</sub> = 86%

**DOMINIO: IV ACTIVIDAD Y REPOSO**

Paciente con patrón respiratorio alterado

Frecuencia Respiratoria = 23X´

Presión Arterial: 60/45 mmhg

Frecuencia cardiaca 140 X´



## **DOMINIO: V PERCEPCION/COGNICIÓN**

Paciente con cambios en el nivel de conciencia

Valoración Glasgow = 13 puntos

## **DOMINIO: VI AUTOPERCEPCION**

No Aplica

## **DOMINIO: VII ROL/RELACIONES**

Cuenta con Apoyo familiar

## **DOMINIO: VIII SEXUALIDAD**

Este dominio aborda aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales de la sexualidad, y tiene en cuenta la salud sexual y reproductiva de los individuos.

## **DOMINIO: IX AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES**

Paciente ansiosa

## **DOMINIO: X PRINCIPIOS VITALES**

Paciente de religión católica

## **DOMINIO: XI SEGURIDAD Y PROTECCION**

Exámenes de laboratorio alterado

Hemoglobina con 9.19 (g/dL)

## **DOMINIO: XII CONFORT**

Presenta dolor tipo cólico

## **DOMINIO: XIII CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

No aplica



### 1.1 ESQUEMA DE VALORACIÓN

**TABLA 2** *Diagnóstico: hemorragia uterina anormal*

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS CLASES Y CÓDIGOS	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
Paciente presenta resultados de hemoglobina 9.19 mg/dl Frecuencia cardiaca alterada	Dominio: 4 Actividad reposo Clase: 4 Respuesta cardiovascular/Pulmonar Código: 00092	Falta de Energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas	Intolerancia a la actividad	Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno
Paciente presenta Saturación de oxígeno de 86%	Dominio: 3 Eliminación Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares Código:00204	Déficit en la oxigenación y eliminación de dióxido de carbono	Deterioro del intercambio gaseoso	Relacionado al desequilibrio Ventilación perfusión
Paciente presenta presión				



<p>Arterial de 60/45mmhg y frecuencia cardiaca 140x´</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición</p>	<p>Disminución de la circulación sanguínea.</p>	<p>Perfusión tisular Inefectiva</p>	<p>Relacionado con hipotensión, taquicardia y palidez</p>
<p>Paciente presenta sangrado genital mayor a 500ml</p>	<p>Dominio: 12 Confort Clase: 1 confort físico 00132</p>	<p>Disminución rápida de un espacio a otro del liquido.</p>	<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos. Dolor agudo</p>	<p>Relacionado con sangrado excesivo</p>
<p>Paciente presenta dolor en el hipogastrio</p>		<p>Experiencia emocional desagradable</p>		



## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

#### 2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Hemoglobina de 9.19 mg/dl

Frecuencia cardiaca de 140X´

Saturación de oxígeno = 86%

Cambios en el nivel de la conciencia Glasgow= 13 puntos

Presión Arterial de 60/45mmhg

Sangrado genital mayor a 500ml

Dolor el hipogastrio.

#### 2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

##### DOMINIO

:II : NUTRICION

Dominio : 2 : Nutrición

Clase : 05 : Hidratación



Código : 00028

Riesgo de déficit volumen de líquidos R/C sangrado excesivo

**DOMINIO: III : ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Dominio : 4 : Eliminación e intercambio

Clase : 4 : Función respiratoria

Código : 00030

Deterioro del intercambio gaseoso R/C 86%

**DOMINIO : IV : ACTIVIDAD/REPOSO**

Dominio : 4 : Actividad Reposo

Clase : 4 : Respuesta cardiovascular

Código : 00092

Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio.

**DOMINIO: IV: ACTIVIDAD REPOSO**

Dominio : 4 : Actividad Reposo

Clase : 4 : Respuesta cardiovasculares

Código : 00204

Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, taquicardia y palidez

E/p Presión arterial de 45/60mmhg y Pulso 140x´

**DOMINIO: XII : CONFORT**

Dominio : 12 : Confort

Clase : 01 : Confort físico

Código : 00132

Dolor Agudo relacionado con Agente lesivo biológico.

M/P Expresión verbal 6/10 dolor moderado.



## 2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS

TABLA 3 *esquema de diagnostico*

DOMINIO	CLASE	CODIGO	DX. ENFERMERIA
2 nutrición	5 hidratación	00028	Déficit de líquidos
3 eliminación e intercambio	4 función respiratoria	00030	Deterioro del intercambio gaseoso R/C
4 actividad reposo.	4 respuesta cardiovascular pulmonar.	00092	Intolerancia demanda de oxígeno m/p cansancio y fatiga.
4 actividad Reposo	4 respuestas cardiovasculares	00204	Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, taquicardia y palidez E/p Presión arterial de 45/60mmhg y Pulso 140x´
12 confort	1 confort Físico	00132	Dolor agudo R/c M/x expresión verbal con una EVA= 6/10



## CAPÍTULO III PLANIFICACIÓN

### 3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

1. Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, taquicardia y palidez E/p Presión arterial de 45/60mmhg y Pulso 140x´
2. Riesgo de déficit
3. Dolor agudo R/c - expresión verbal con una EVA= 6/10
4. Deterioro del intercambio gaseoso R/C 86%
5. Intolerancia a la actividad r/c

### 3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

**Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, taquicardia y palidez E/p  
Presion arterial de 45/60mmhg y Pulso 140x´**

Objetivo:

Brindar atención de enfermería mediante los procedimientos personalizados para mejorar la perfusión tisular periférica.

**Riesgo de déficit**



Administrar soluciones como coloides y cristaloides de acuerdo a la prescripción médica para disminuir el riesgo de déficit de volumen de líquidos.

### **Dolor Agudo R/C Agente lesivo biológico M/P Expresión verbal con una EVA DE 6/10**

#### **Objetivo:**

Disminuir el dolor agudo con la analgesia indicada durante la atención en emergencia.

### **Deterioro - Saturación de Oxígeno = 86%**

#### **Objetivo:**

Mejorar el intercambio gaseoso.

#### **Objetivo:**

Realizar actividades que propicien y mejoren la capacidad adaptativa Intracraneana administrando solución indicada

### **Intolerancia a la actividad r/c.**

#### **Objetivo:**

Evitar los esfuerzos físicos de ser necesario se administrará oxigenoterapia de acuerdo al requerimiento.



### 3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del Paciente: L.D.V.C.  
Servicio: Emergencia

EDAD: 39 años  
DX: Hemorragia Uterina Anormal

#### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería	NOC	NIC	Fundamento Científico	Evaluación NOC																																																
Dominio: 4 Actividad reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares Cód.: 00204  Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, Taquicardia y palidez E/p presión arterial	Dominio: Salud fisiológica III Clase Cardiopulmonar (E) Código: 0400 <b>Efectividad de la bomba cardiaca</b>	<b>Código:</b> 4258 Manejo de Shock volumen  <b>Actividades:</b>  Controlar la pérdida súbita de sangre  Organice la posición del paciente para garantizar un flujo sanguíneo óptimo.	Mejorar el flujo sanguíneo suficiente a los tejidos en un paciente con un volumen vascular significativamente reducido. Antes de cualquier intervención de enfermería, se realiza una evaluación exhaustiva para conocer los requisitos individuales de cada paciente.	Código: 0400 <b>Efectividad</b>																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040019 presión sanguínea diastólica</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040002 frecuencia cardiaca</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Indicadores	1	2	3	4	5	Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica		x				Cód.040019 presión sanguínea diastólica		x				Cód.040002 frecuencia cardiaca		x				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040019 presión sanguínea diastólica</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.040002 frecuencia cardiaca</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica				x		Cód.040019 presión sanguínea diastólica				x		Cód.040002 frecuencia cardiaca				x	
	Indicadores			1	2	3	4	5																																												
	Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica				x																																															
	Cód.040019 presión sanguínea diastólica				x																																															
Cód.040002 frecuencia cardiaca		x																																																		
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
Cód. 040001 Presión sanguínea sistólica				x																																																
Cód.040019 presión sanguínea diastólica				x																																																
Cód.040002 frecuencia cardiaca				x																																																
Puntaje basal: 06	Puntaje Final: 12 P. Diana: 15 P. Basal: 06 P. Final: 12 15.....100% 12.....x X= 80%																																																			
	<b>Interpretación:</b> Se logró un total de 12 puntos, alineación del 80%.																																																			



<p>de 45/60mmhg</p> <p>Pulso 140x'</p>		<p>Establecer y sostener una vía de acceso amplia.</p> <p>Administre líquidos calientes y productos sanguíneos según lo consideren necesario las pautas médicas.</p> <p>Lleve un registro de los niveles de hemoglobina.</p>		
--	--	--	--	--

1= D. Grave 2= D. Sustancial 3= D. Moderada 4= D. Leve 5= Sin Desviación



### ESQUEMA DE PLANIFICACION

Nombre del Paciente: L.D.V.C.

Servicio: Emergencia

Edad: 39 años

DX: Hemorragia Uterina Anormal

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería	Valoración Inicial (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)																																																
Dominio 4: Actividad /reposo Clase 4: función respiratoria Cód.: 00030 Deterioro del intercambio de Oxígeno = 86%	Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar Código: <b>0402</b> Estado respiratorio Intercambio Gaseoso <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040211 Saturación de oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040207 Somnolencia</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 7	Indicadores	1	2	3	4	5	040211 Saturación de oxígeno			X			040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión			X			040207 Somnolencia			X			<b>Código: 3140</b> Control y manejo de las vías respiratorias. Utilice el método de elevación del mentón para despejar las vías respiratorias. Ajuste la posición del paciente para optimizar su	Intercambio gaseoso Intercambio de dióxido carbono. Las capas de células que recubren los alvéolos y los capilares adyacentes están organizadas para igualar el grosor de una sola célula y están	Código: <b>0402</b> Intercambio Gaseoso <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040211 Saturación de oxígeno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040207 Somnolencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje Final: 12 Puntaje diana: 15 Puntaje Basal 07 15.....100% 12.....x X= 80% <b>Interpretación</b> se obtuvo 12 puntos, desviación leve un 80%.	Indicadores	1	2	3	4	5	040211 Saturación de oxígeno				X		040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión				X		040207 Somnolencia				X	
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
040211 Saturación de oxígeno			X																																																	
040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión			X																																																	
040207 Somnolencia			X																																																	
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
040211 Saturación de oxígeno				X																																																
040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión				X																																																
040207 Somnolencia				X																																																



		<p>capacidad de ventilación.</p> <p>Centrarse en las vías respiratorias nasofaríngeas.</p> <p>Usando una cánula binasal</p> <p>Observar la función respiratoria.</p>	<p>estrechamente asociadas entre sí.</p> <p>El oxígeno atraviesa la barrera aire-sangre y entra al torrente sanguíneo.</p>	
--	--	--	--	--

1= D. Grave 2= D. Sustancial 3= D. Moderada 4= D. Leve 5= Sin Desviación



**ESQUEMA DE PLANIFICACION**

Nombre del Paciente: L.D.V.C.

Servicio: Emergencia

Edad: 39 años

DX: Hemorragia uterina anormal

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Diagnóstico de Enfermería	NOC	NIC	Fundamento Científico	Evaluación NOC																																											
Dominio: XII Confort Clase: 1 Confort físico Cód.: 00132  Dolor Agudo Agente lesivo físico manifestado por Expresión verbal analógica = 7 puntos	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q) Código: 1605 <b>Controlar el dolor</b>	Código: 1400 <b>Manejo dolor</b> Evaluación exhaustiva del dolor abarque ubicación específica, aparición y duración, frecuencia, calidad y cualquier factor que pueda desencadenarlo	El dolor —según la International no deseada vinculada a una lesión tisular real o posible, o articulada en relación con esa lesión. El dolor es inherentemente subjetivo y se reconoce cada vez que un paciente siente malestar. (5)	Código: 1605 <b>Control del dolor</b>																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód. 160501 Reconoce factores causales</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160507 Síntomas incontrolables</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód. 160501 Reconoce factores causales			X			Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor			X			Cód.160507 Síntomas incontrolables			X						<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cód. 160501 Reconoce factores causales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Cód. 160501 Reconoce factores causales				X		Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor				X	
	Indicadores	1	2	3	4	5																																									
	Cód. 160501 Reconoce factores causales			X																																											
	Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor			X																																											
Cód.160507 Síntomas incontrolables			X																																												
Indicadores	1	2	3	4	5																																										
Cód. 160501 Reconoce factores causales				X																																											
Cód.160502 Reconoce el comienzo del dolor				X																																											
Puntaje basal: 09																																															
					Puntaje Final: 12 15.....100% 12.....x X= 80% <b>Interpretación</b> Se obtuvo un total de 12 puntos, lo que refleja un cambio de una desviación moderada de la norma a una leve, lo que resultó en un logro del 80%.																																										

1= D. Grave 2= D. Sustancial 3= D. Moderada 4= D. Leve 5= Sin Desviación



## CAPÍTULO IV

### EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

#### 4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA:

##### SOAPIE Nº 01

Nombres y Apellidos : L.D.V.C  
Edad : 39 años  
Hora : 09:28  
Fecha : 06/01/2022

**“S”** ” Paciente “refiere tengo mucho sangrado vaginal”

**“O”** En aparente mal estado general, con sangrado genital mayor a 500ml, dolor en el hipogastrio con irradiación lumbar, ritmo cardiaco alterado, frecuencia respiratoria alterada.

**“A”** Perfusión tisular inefectiva R/C hipotensión, taquicardia y palidez E/p  
Presión arterial de 45/60mmhg y Pulso 140x´



**“P”** Mejorar la perfusión tisular inefectiva durante la atención en el  
Servicio de emergencia

**“I”** Se brinda los cuidados de enfermería:

09:35 Se realiza control de funciones Vitales.

$T^{\circ}=37^{\circ}\text{C}$  P/A= 45/60mmhg, Pulso=140x` , FR= 23x` SaO2 : 86%

Peso=64 kilos Talla = 1.56

**Código:** 4258

Manejo de Shock volumen

**Actividades:**

Controlar la pérdida de sangre

Controlar el descenso de la presión arterial

Administrar líquidos y hemoderivados caliente según indicación medica

Monitorizar el nivel de Hemoglobina

**“E”** 10:30 paciente estable con funciones vitales siguientes:

$T^{\circ} 37.0^{\circ}\text{c}$ , P/A= 80/60 FR= 20 X´ Pulso = 100X´ SaO2= 87%

---

Lic. RENE CONDORI ALANOCA  
CEP: 57635



## SOAPIE Nº 02

- “S”** no puede respirar bien siento.
- “O”** Paciente de sexo femenino, con palidez cutánea, sangrado genital mayor a 500ml, dolor en el hipogastrio con irradiación lumbar, ritmo cardiaco alterado, frecuencia respiratoria alterada.
- “A”** Deterioro del intercambio de gases. Saturación de Oxígeno = 86%
- “P”** Mejorar el intercambio gaseoso.
- “I”** cuidados de enfermería :

### **Código: 3140**

Manejo de vías aéreas

actividades:

Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de la barbilla

Colocar al paciente que permita que el potencial de ventilación sea el máximo

Abordar la vía aérea nasofaríngea

Con cánula binasal

Vigilar el estado respiratorio

Se gestiona exámenes de laboratorio

- “E”** 09:50 paciente estable presenta mejoría en la Saturación de oxígeno con 90% con doble vía periférica permeable.

---

LIC. RENE CONDORI ALANOCA  
CEP: 57635





## CAPÍTULO V

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 5.1 DEFINICIÓN

El sangrado uterino anormal se refiere a cualquier sangrado que se desvía del ciclo menstrual típico en términos de frecuencia, volumen y duración. (1)

El sangrado uterino anormal, presente en el 30% de las mujeres, puede surgir de 1 de 4 amplias categorías etiológicas: etiologías relacionadas con el embarazo, de patología anatómica directa del útero, de secuelas de anovulación mediadas por endocrino y de trastornos de la coagulación. Se revisa la literatura actual, en la base de datos de OVID, PubMed y Cochrane library, y las evidencias para sustentar un manejo clínico razonable sobre diagnóstico y tratamiento a favor de la salud y economía de las mujeres de la manera más eficiente y menos invasiva posible.

El sangrado uterino anormal (SUA) se caracteriza por un sangrado uterino irregular que ocurre fuera del ciclo menstrual normal o que es excesivo en volumen o duración en comparación con el sangrado menstrual típico. Esta afección se encuentra entre los problemas ginecológicos más frecuentes, y afecta especialmente a las mujeres en edad reproductiva y a las que se



acercan a la menopausia, aunque puede surgir en cualquier momento de la vida de una mujer. (1)

Las causas del sangrado uterino anormal (SUA) son variadas y pueden ir desde desequilibrios hormonales en el sistema endocrino hasta problemas estructurales en el sistema reproductivo, incluidos pólipos, fibromas o, potencialmente, cáncer de endometrio. Los cambios hormonales suelen ser especialmente frecuentes entre las mujeres jóvenes y durante la transición a la menopausia, ya que los niveles hormonales pueden variar significativamente durante estas fases de la vida. Por el contrario, en las mujeres mayores, los cambios estructurales o las condiciones de salud preexistentes suelen tener un impacto significativo. (1)

Desde un punto de vista médico, la evaluación del sangrado uterino anormal (SUA) implica una combinación de evaluación clínica, exámenes de laboratorio y, en ocasiones, pruebas de diagnóstico por imágenes. El objetivo es identificar la causa raíz para establecer un plan de tratamiento eficaz, que puede variar desde terapias médicas que incluyan medicamentos hormonales o antiinflamatorios hasta intervenciones quirúrgicas cuando los cambios estructurales requieran una acción. (1)

En numerosos casos, la AHU puede provocar anemia debido a una pérdida de sangre importante, lo que genera más complicaciones que requieren un enfoque colaborativo y multidisciplinario para el tratamiento. (1)

En la práctica de enfermería, es fundamental crear un plan de atención adaptado a las necesidades individuales del paciente. Esta estrategia debe abordar no solo el manejo de los síntomas físicos, sino también brindar

apoyo emocional y educar a los pacientes sobre los factores de riesgo y la importancia de la supervisión médica continua. (1)

## 5.2 ETIOPATOGENÍA

Aproximadamente el 90% de los casos se deben a problemas relacionados con la ovulación. Esto significa que los ovarios no liberan un óvulo de manera constante durante el proceso de ovulación. Como resultado, la probabilidad de concepción se reduce. Sin embargo, dado que los ovarios a veces pueden liberar un óvulo, es esencial utilizar un método anticonceptivo si no se desea el embarazo. La razón detrás de la disfunción ovárica a menudo no está clara.

El sangrado uterino anormal ocurre con frecuencia cuando los niveles de estrógeno se mantienen elevados en lugar de disminuir, que es la respuesta típica después de que se libera un óvulo y no se fertiliza. El nivel elevado de estrógeno no se contrarresta con suficiente progesterona. En este escenario, no se producen óvulos, lo que lleva al engrosamiento continuo del revestimiento uterino (endometrio) en lugar de su desprendimiento durante un ciclo menstrual típico. Este aumento inusual de grosor se conoce como hiperplasia endometrial. Ocasionalmente, el revestimiento denso no se expulsa por completo y lo hace de manera



desigual, lo que provoca sangrado. El sangrado es inconsistente, prolongado y, en ocasiones, intenso. (2)

La etiopatogenia del sangrado uterino anormal (SUA) implica comprender las causas y los mecanismos que llevan a este tipo de sangrado anormal en el útero. Este proceso incluye factores hormonales, estructurales y sistémicos que afectan al sistema reproductor femenino. En términos generales, el SUA puede tener un origen disfuncional, relacionado con alteraciones hormonales, o un origen estructural, asociado a cambios físicos en el útero y su entorno. (2)

Los factores hormonales juegan un papel importante, sobre todo en mujeres jóvenes y en etapa de perimenopausia, donde los niveles de estrógeno y progesterona pueden no estar adecuadamente regulados. Esto genera ciclos anovulatorios, es decir, ciclos sin ovulación, lo que afecta el revestimiento del útero y conduce a sangrados anormales. En otras mujeres, la etiología puede estar ligada a trastornos como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), donde la desregulación hormonal es una característica central, afectando directamente el ciclo menstrual y causando sangrados irregulares. (2)



Por otro lado, existen causas estructurales que incluyen condiciones como miomas, pólipos endometriales e hiperplasia endometrial. Estas alteraciones físicas dentro o cerca del útero crean obstrucciones o modificaciones en el flujo sanguíneo y el tejido endometrial, lo que puede resultar en episodios de sangrado anormal. También pueden presentarse otras condiciones graves, como el cáncer de endometrio, que aunque menos frecuente, representa una causa importante a descartar en mujeres con UAH, especialmente en aquellas en etapa posmenopáusica. (2)

Finalmente, factores sistémicos o de salud general, como trastornos de la coagulación, obesidad y enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, pueden contribuir al desarrollo de UAH. Estos factores influyen en la capacidad del cuerpo para regular el flujo sanguíneo y el estado del tejido uterino, creando un ambiente en el que los episodios de sangrado anormal son más probables. (2)

En resumen, la etiopatogenia del SUA es multifactorial, combinando factores hormonales, estructurales y sistémicos, cada uno contribuyendo de diferentes maneras a la aparición de este trastorno. La identificación precisa de estos factores es esencial para un diagnóstico y tratamiento adecuados, permitiendo un enfoque de atención que considere todas las posibles causas en el manejo del SUA. (2)



### 5.3 FISIOPATOLOGÍA

En un ciclo anovulatorio, el cuerpo lúteo no se desarrolla. Como resultado, se altera la liberación cíclica regular de progesterona, lo que conduce a una estimulación sin oposición del endotelio por parte de los estrógenos. En ausencia de progesterona, el endometrio continúa creciendo y eventualmente se vuelve más grueso de lo que su suministro de sangre puede soportar. Esto da como resultado una muda incompleta y puede provocar un sangrado irregular que puede ser abundante o prolongado. Cuando este proceso inusual ocurre constantemente, el endometrio puede volverse hiperplásico y contener potencialmente células atípicas o malignas.

En casos de sangrado uterino ovulatorio anormal, hay una liberación prolongada de progesterona, lo que conduce a un desprendimiento endometrial irregular. Esta irregularidad probablemente surge de niveles persistentemente bajos de estrógeno que se acercan al umbral para desencadenar el sangrado, similar a lo que se observa durante la menstruación. En mujeres con sobrepeso, los niveles elevados de estrógeno pueden provocar un sangrado uterino ovulatorio anormal, lo que podría provocar un patrón de amenorrea intercalado con episodios de sangrado irregulares o prolongados. (3)

Los mecanismos subyacentes del sangrado uterino anormal (SUA) están estrechamente relacionados con desequilibrios hormonales, cambios en el tejido endometrial y, ocasionalmente, transformaciones estructurales dentro del sistema reproductivo. Para comprender este proceso es



necesario examinar los cambios en las funciones fisiológicas típicas que crean un patrón de sangrado distinto de la menstruación normal, tanto en términos de duración como de gravedad. (3)

En un ciclo menstrual típico, las hormonas sexuales, principalmente el estrógeno y la progesterona, controlan el desarrollo y la desintegración del endometrio, el revestimiento interno del útero. En casos de sangrado uterino anormal (SUA), pueden producirse ciclos anovulatorios, es decir, ciclos en los que no se produce la ovulación, lo que da como resultado una producción insuficiente de progesterona por parte del cuerpo. En ausencia de esta hormona, el endometrio continúa proliferando bajo la influencia del estrógeno, sin el efecto equilibrador de la progesterona. Esto da como resultado un crecimiento excesivo y una formación caótica del tejido endometrial. Finalmente, este tejido se libera de manera irregular, lo que da lugar a un sangrado excesivo o prolongado. (3)

Otro cambio fisiopatológico surge de las irregularidades en la angiogénesis, el mecanismo responsable de la formación de nuevos vasos sanguíneos en el endometrio. En los casos de hiperuricemia urinaria, el desarrollo vascular puede ser atípico, lo que da lugar a una red frágil de vasos sanguíneos susceptibles a hemorragias espontáneas. Estos cambios se observan a menudo en casos de hiperplasia endometrial, así como en la presencia de pólipos o fibromas, que son crecimientos no cancerosos que alteran la organización y la estabilidad del tejido endometrial. (3)

Además, la fisiopatología de la hiperuricemia (HUA) se ve afectada por los factores de coagulación, así como por el estado de salud general de la

paciente. Por ejemplo, las mujeres que padecen trastornos de la coagulación o enfermedades crónicas pueden experimentar una hemostasia comprometida, lo que significa que sus cuerpos luchan por controlar eficazmente el sangrado. Esto indica que incluso una separación menor del endometrio puede provocar un sangrado prolongado y difícil de controlar. (3)

En conjunto, estos elementos fisiopatológicos ilustran cómo las alteraciones de los niveles hormonales, la estructura de los vasos sanguíneos endometriales y los procesos de coagulación convergen para provocar un sangrado uterino irregular. Comprender estos mecanismos es fundamental para orientar el tratamiento, ya que ayuda a identificar la fuente exacta del sangrado y permite la aplicación de intervenciones que restablezcan el equilibrio fisiológico esencial para un ciclo menstrual regular. (3)

#### **5.4 CLASIFICACIÓN**

En las mujeres, la afección suele surgir debido a traumatismos (54 %), casos de abuso sexual, privación por consumo involuntario de huesos o alimentos contaminados, así como afecciones como cáncer genital y pubertad de inicio temprano. En las adolescentes, no es inusual encontrar anomalías müllerianas, problemas hematológicos y endocrinos, infecciones y, naturalmente, embarazo. Durante los años reproductivos, es común encontrar sangrado asociado con el embarazo, dispositivos intrauterinos, adenomiosis, fibromas, trastornos hormonales anovulatorios y cáncer. En las etapas perimenopáusicas y posmenopáusicas, las causas más comunes de sangrado uterino, enumeradas por prevalencia, incluyen atrofia endometrial,



pólipos, cáncer e hiperplasia. También pueden surgir factores iatrogénicos, generalmente relacionados con el tratamiento de afecciones que conducen al sangrado uterino, incluido el uso de anticoagulantes, inhibidores de la recaptación de serotonina y corticosteroides.

Las diversas y numerosas causas de hemorragia uterina, tanto sistémicas como locales, parecen complicar la evaluación clínica. De hecho, existen numerosas clasificaciones de etiología (4) (5). Sin embargo, Hatasaka (6) las ha categorizado convenientemente en cuatro fuentes principales: aquellas asociadas con el embarazo, problemas uterinos orgánicos o estructurales, factores hematológicos y condiciones endocrinas. Esta clasificación omite el sangrado uterino disfuncional, que se caracteriza por sangrado anormal donde se han excluido las causas locales (uterinas orgánicas) y sistémicas. Esta condición a menudo está vinculada a trastornos endocrinos relacionados con la anovulación, particularmente la anovulación disfuncional asociada con condiciones como el síndrome de ovario poliquístico y la disfunción hipotálamo-hipofisaria. Además, abarca casos de sangrado donde la causa permanece sin identificar. El objetivo de la clasificación es desafiar el término inadecuadamente definido "disfuncional" y alentar la exploración de factores hematológicos y endocrinos subyacentes, permitiendo su tratamiento simultáneo junto con terapias complementarias. Confiar exclusivamente en adyuvantes para abordar la menorragia hematológica y endocrina puede en última instancia requerir intervenciones quirúrgicas complejas.



## Hemorragia uterina relacionada con el embarazo

Es necesario abordar dos categorías de problemas: el sangrado durante el primer trimestre del embarazo y el sangrado después del parto. El primero, en particular, puede confundirse con otros tipos de sangrado uterino anormal. En consecuencia, para todas las mujeres en edad reproductiva que tienen ciclos regulares y son sexualmente activas, cualquier caso de retraso menstrual seguido de sangrado debe llevar primero a considerar posibles problemas relacionados con el embarazo, incluidos el aborto espontáneo, el embarazo ectópico o la enfermedad trofoblástica. Durante el examen físico se observaron indicios como signo de Chadwick, útero sospechoso indicado por el signo de Hegar y restos de óvulo encontrados en cuello uterino o vagina. se puede ubicar. La prueba de embarazo que mide los niveles de  $\beta$ -HCG y la ecografía son herramientas fundamentales para el diagnóstico. Tras el diagnóstico, el tratamiento debe adaptarse con precisión.

El sangrado uterino posparto puede ocurrir en cualquier momento desde las 24 horas posteriores al parto hasta 12 semanas después. En los países desarrollados, esta afección afecta al 2% de las mujeres en el posparto y casi la mitad de los casos requieren intervención quirúrgica. Junto con las hemorragias relacionadas con el parto, representa el 50% de la mortalidad materna. Los factores subyacentes incluyen retención de tejido placentario, infecciones y laceraciones, todos los cuales tienen métodos de tratamiento establecidos. Una revisión Cochrane realizada hasta diciembre de 2003, que abarcó 45 artículos, no identificó ningún estudio que comparara varios tipos de intervenciones médicas y quirúrgicas actuales en esta área.(7)



Los mecanismos subyacentes del sangrado uterino anormal (SUA) están estrechamente relacionados con desequilibrios hormonales, cambios en el tejido endometrial y, en ciertos casos, modificaciones estructurales dentro del sistema reproductivo. Para comprender este proceso es necesario examinar cómo cambian las funciones fisiológicas típicas, lo que da como resultado un patrón de sangrado que varía de la menstruación estándar tanto en duración como en gravedad.(7)

En un ciclo menstrual típico, las hormonas sexuales, principalmente el estrógeno y la progesterona, controlan el desarrollo y el desprendimiento del endometrio, el revestimiento uterino. En casos de sangrado uterino anormal (SUA), pueden producirse ciclos anovulatorios, es decir, ciclos en los que no se produce la ovulación y el cuerpo no produce niveles suficientes de progesterona. En ausencia de esta hormona, el endometrio continúa engrosándose únicamente debido a la influencia del estrógeno, sin el efecto regulador de la progesterona, lo que da como resultado un crecimiento descontrolado y caótico del tejido endometrial. Finalmente, este tejido se expulsa de forma errática, lo que provoca un sangrado excesivo o prolongado.(7)

Otro cambio fisiopatológico se produce cuando hay irregularidades en la angiogénesis, el mecanismo responsable de la formación de nuevos vasos sanguíneos en el endometrio. En los casos de atrofia uterina uretral, la estructura vascular puede desarrollarse de forma anormal, lo que da lugar a una red de vasos sanguíneos delicados que son susceptibles a hemorragias espontáneas. Estos cambios se observan con frecuencia en casos de hiperplasia endometrial, así como en presencia de pólipos o fibromas, que



son formaciones no cancerosas que alteran la estructura y la estabilidad del tejido endometrial.(7)

Además, la fisiopatología de la atrofia uterina uretral se ve afectada por los factores de coagulación, así como por el estado de salud general de la paciente. Por ejemplo, las mujeres que padecen trastornos de la coagulación o enfermedades crónicas pueden experimentar dificultades para preservar una hemostasia suficiente, que es la capacidad del cuerpo para detener el sangrado. Esto indica que incluso un desprendimiento menor del endometrio puede dar lugar a un sangrado prolongado y difícil de controlar.(7)

En conjunto, estos elementos fisiopatológicos explican cómo interactúan una alteración de los niveles hormonales, la disposición de los vasos sanguíneos endometriales y los procesos de coagulación para provocar un sangrado uterino anormal. Comprender estos mecanismos es fundamental para dirigir el tratamiento, ya que facilita la identificación de la causa subyacente del sangrado y la implementación de intervenciones que restablezcan el equilibrio fisiológico esencial para un ciclo menstrual regular.(7)

El sangrado uterino durante el embarazo es un problema importante que genera una ansiedad considerable tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, dados los peligros potenciales que plantea para la salud de la madre y el desarrollo del feto. El sangrado durante el embarazo puede manifestarse en varias etapas, y sus causas, síntomas y riesgos asociados difieren según el momento en que se produzca. En el primer trimestre, problemas frecuentes como aborto espontáneo, embarazo

ectópico y embarazo molar requieren un diagnóstico rápido y preciso para prevenir complicaciones.(7)

Durante el segundo y tercer trimestre, el sangrado puede indicar problemas graves como placenta previa, desprendimiento de placenta o ruptura uterina. Estas complicaciones plantean peligros importantes no solo para la madre, con riesgo de pérdida de sangre sustancial, sino también para el feto, que puede sufrir sufrimiento, parto prematuro o, en situaciones graves, pérdida de la vida.(7)

El enfoque para controlar el sangrado uterino durante el embarazo está determinado por la causa subyacente y la etapa de gestación, que va desde el reposo y la observación atenta hasta procedimientos quirúrgicos urgentes. En la atención de enfermería, es fundamental mantener un seguimiento continuo y desarrollar un plan de atención que tenga en cuenta el bienestar físico y emocional de la paciente, además de educarla para reconocer los signos de advertencia que requieren atención médica inmediata. Comprender los factores y los efectos del sangrado uterino relacionado con el embarazo facilita una estrategia de manejo proactiva y preventiva, destinada a reducir los riesgos y salvaguardar el bienestar tanto de la madre como del feto.(7)

### **Hemorragia uterina orgánica o estructural**

Las lesiones orgánicas que con mayor frecuencia provocan sangrado son(8):

Anomalías müllerianas que implican fusión vertical o lateral, acompañadas de tabiques parciales.



Las infecciones incluyen cervicitis, endometritis, piómetra y tuberculosis.

Las afecciones no cancerosas del útero incluyen ectropión cervical, pólipos, miomas, adenomiosis, hiperplasia y malformaciones arteriovenosas.

Condiciones malignas del útero: cánceres de cuello uterino, endometrio o miometrio.

Las lesiones pueden incluir la presencia de un objeto extraño, complicaciones de un dispositivo intrauterino, perforación uterina o agresión sexual.

El sangrado uterino orgánico o estructural se refiere al sangrado que surge de cambios físicos o estructurales dentro del útero o los tejidos circundantes. A diferencia del sangrado hormonal o funcional, este tipo de sangrado está relacionado con anomalías estructurales del útero, incluidos fibromas, pólipos, adenomiosis y, aunque con menor frecuencia, cáncer de endometrio. Estas anomalías con frecuencia alteran las condiciones internas del útero, lo que provoca irregularidades en el revestimiento endometrial y aumenta el riesgo de sangrado inusual.(7)

Los fibromas son tumores no cancerosos que se desarrollan en la pared uterina. Su tamaño y posición pueden provocar un aumento de la presión o cambios en la circulación sanguínea, lo que puede provocar sangrado. Asimismo, los pólipos endometriales (formaciones no cancerosas en el revestimiento uterino) pueden provocar sangrado anormal al interrumpir la regeneración típica del tejido endometrial. En la adenomiosis, el tejido endometrial penetra en el músculo uterino, lo que provoca inflamación, malestar y sangrado excesivo.(7)



El tratamiento eficaz del sangrado uterino orgánico requiere una evaluación integral para determinar la raíz del problema estructural. Las opciones de tratamiento pueden variar desde terapias médicas destinadas a minimizar el sangrado hasta procedimientos quirúrgicos cuando los cambios estructurales son considerables o amenazan la salud de la paciente. En este marco, la contribución del equipo de salud, en particular a través de la atención de enfermería, es crucial para brindar un apoyo integral, que abarque no solo el manejo del sangrado sino también la orientación emocional y la educación sobre la afección. Comprender la naturaleza del sangrado uterino orgánico permite una estrategia dirigida a identificar y abordar los cambios físicos subyacentes que causan el sangrado.(7)

### **Hemorragia uterina de causa hematológica**

El sangrado uterino puede deberse a alteraciones en cualquiera de las tres etapas de la coagulación: hemostasia primaria, hemostasia secundaria y fibrinólisis.(9) Entre ellas, la enfermedad de von Willebrand, que afecta a la proteína de adhesión plaquetaria, es la más prevalente y contribuye al 11% al 20% de los casos de hemorragia uterina anormal y al 65% de los casos de hemorragia hematológica. Por lo general, comienzan con el inicio de la menarquia, acompañada de antecedentes de petequias, sangrado mucocutáneo, menorragia, tiempos de sangrado prolongados, disminución de la curva de agregación plaquetaria y disminución del cofactor ristocetina(10) (11). El acetato de desmopresina se administra en forma de aerosol nasal en cada fosa nasal durante dos o tres días durante la menstruación. Este tratamiento a menudo se complementa con opciones adicionales como anticonceptivos orales, ácido tranexámico, ácido



mefenámico o un dispositivo intrauterino (DIU) liberador de levonorgestrel para personas que desean prevenir futuros embarazos. La trombocitopenia es otra modificación de la fase de agregación plaquetaria y puede requerir intervenciones como transfusiones de plaquetas, entre otros tratamientos.

El sangrado uterino hematológico es un sangrado inusual en el útero causado por problemas con la coagulación de la sangre o trastornos sanguíneos que dificultan que el cuerpo controle el sangrado. En estas situaciones, el problema no está directamente relacionado con el sistema reproductivo, sino que proviene de otros problemas de salud que afectan la coagulación de la sangre. Estos pueden incluir problemas con las plaquetas, hemofilia y otros trastornos hemorrágicos con los que una persona nace o desarrolla más adelante.(7)

Las mujeres que tienen problemas de coagulación tienen más probabilidades de experimentar sangrados abundantes o prolongados porque su sistema sanguíneo no detiene el sangrado de manera efectiva cuando debería. Esto puede provocar períodos muy prolongados o abundantes y causar otros sangrados inesperados entre períodos, lo que puede dañar la salud y el bienestar general de la persona. Algunos problemas comunes relacionados con esta afección son la enfermedad de von Willebrand, los niveles bajos de factores de coagulación de la sangre y la toma de medicamentos anticoagulantes que aumentan la posibilidad de sangrado.(7)



El manejo del sangrado del útero debido a trastornos sanguíneos requiere trabajo en equipo entre los médicos que se especializan en la salud de la mujer (ginecólogos) y los que se centran en los problemas sanguíneos (hematólogos). Ambos trabajan juntos para tratar el sangrado y la causa del problema. La atención de enfermería es muy importante en este proceso. Implica vigilar el sangrado, enseñar al paciente a cuidarse y ayudarlo a notar cualquier síntoma. Descubrir la razón relacionada con la sangre de un problema es importante para un tratamiento adecuado. Esto ayuda a los médicos a crear planes para reducir el sangrado y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.(7)

### **hemorragia uterina de causa endocrina**

En el 95% de los casos, este tipo de hemorragia se debe a los mismos factores que conducen a la anovulación, mientras que sólo el 5% puede atribuirse a una ovulación disfuncional, como un folículo luteinizado no roto o un cuerpo lúteo de bajo rendimiento, que a menudo son signos tempranos de la hemorragia. condiciones antes mencionadas. Todos estos casos presentan alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-ovárico. El síndrome de ovario poliquístico representa el 70 % de los problemas anovulatorios; sin embargo, es importante tener en cuenta los otros siete factores clave: hipotiroidismo, hiperprolactinemia (como los prolactinomas), hiperplasia suprarrenal, tumores secretores de andrógenos, lesiones en la región hipotalámico-hipofisaria (como los adenomas) y disfunciones de la región hipotalámico-hipofisaria. sistema. Glándulas pituitarias (observadas con frecuencia durante la adolescencia y la menopausia). Además, un factor



endocrino puede provocar hemorragias en las niñas como resultado del inicio temprano de la pubertad. (12)

Los factores de riesgo de sangrado uterino son diferentes cosas que pueden hacer que una mujer sea más propensa a tener sangrado inusual. Estos factores pueden estar relacionados con las hormonas, la estructura corporal, las condiciones sanguíneas o la salud general. Pueden ser diferentes para cada persona según su edad, historial médico, estilo de vida y problemas de salud específicos.(13)

Los factores hormonales incluyen desequilibrios en el estrógeno y la progesterona, que ocurren con mayor frecuencia durante períodos como la pubertad o el período anterior a la menopausia, cuando los niveles hormonales cambian más. Las mujeres con fibromas, pólipos o adenomiosis tienen una mayor probabilidad de tener sangrado inusual porque estas afecciones cambian la forma o la estructura del útero. Estos bultos no cancerosos en el revestimiento o las paredes del útero pueden alterar el flujo sanguíneo normal y provocar un sangrado abundante o inusual.(13)

Además, existen factores de riesgo relacionados con la sangre, como problemas con la coagulación sanguínea, que dificultan que el cuerpo detenga el sangrado, lo que aumenta las probabilidades de sangrado. Por otro lado, afecciones como la obesidad, la presión arterial alta y la diabetes pueden aumentar el riesgo de sangrado del útero. Esto se debe a que pueden dañar la salud de los vasos sanguíneos y alterar los niveles hormonales del cuerpo.(13)

Encontrar estos factores de riesgo es importante para los trabajadores de la salud porque les ayuda a crear planes de prevención y tratamiento individuales. En esta situación, el equipo de enfermería es muy importante. Brindan una atención completa, que incluye estar atento a los síntomas, educar a la paciente sobre su condición y vigilarla de cerca para reducir los problemas de sangrado.(13)

## 5.5 FACTORES DE RIESGO

El sangrado uterino anormal se refiere a una condición médica caracterizada por una pérdida significativa de sangre del útero, marcada por un aumento de volumen, frecuencia e intensidad.(13) Según sus causas subyacentes, se clasifican en dos grupos: PALM, que incluye factores estructurales, y COEIN, que engloba elementos no estructurales(14). El abordaje del tratamiento debe adaptarse a cada paciente, comenzando con una evaluación de su estabilidad hemodinámica en función de los signos vitales, y posteriormente considerando la causa subyacente, que determinará si la intervención hormonal o quirúrgica es adecuada. (15)

## 5.6 CUADRO CLÍNICO

El sangrado uterino disfuncional (DUB) se refiere al sangrado uterino no asociado con el embarazo o el período posparto y que ocurre sin ninguna enfermedad orgánica identificable. Esta afección generalmente resulta de ciclos anovulatorios o funcionamiento anormal del cuerpo lúteo. Los adolescentes representan el 20% de los casos, mientras que más del 50% se encuentran en mujeres mayores.



El sangrado uterino se ve diferente de lo normal. Ocurre con demasiada frecuencia, implica demasiada sangre o dura más que un período menstrual habitual. Las pacientes pueden tener períodos abundantes (menorragia) o sangrar en momentos distintos al período (metrorragia). Esto puede venir acompañado de otros síntomas que pueden ser diferentes según la causa del problema y su gravedad.

Uno de los principales signos es que el flujo menstrual se vuelve más abundante. En algunos casos, es tan pesado que es necesario cambiar los productos de higiene con frecuencia y en poco tiempo. También es normal tener un sangrado que dure más de siete días, lo que aumenta el riesgo de sufrir anemia debido a la pérdida continua de sangre. La anemia puede hacer que una persona se sienta muy cansada, débil y pálida, lo que puede reducir su calidad de vida.

Además, algunas mujeres pueden sentir dolor en la parte inferior del abdomen, especialmente si el sangrado está relacionado con problemas como fibromas o adenomiosis. El dolor puede ser constante o ocurrir de vez en cuando y puede empeorar durante el sangrado. En casos más graves, hay signos de presión arterial baja debido a la gran pérdida de sangre. Esta es una situación que necesita ayuda médica urgente.

Es importante notar estos síntomas a tiempo para diagnosticar y tratar adecuadamente el sangrado uterino. En esta situación, las enfermeras juegan un papel importante. No sólo observan y controlan el sangrado, sino que también enseñan a los pacientes por qué es importante buscar ayuda

médica si su sangrado cambia mucho. Esto ayuda a garantizar que el paciente reciba una atención completa para su afección.

## 5.8 EXAMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA

**Exámenes físicos.** Un examen minucioso puede descubrir sangrado que se origina en fuentes distintas al útero, como la vagina, la uretra, la vulva o lesiones cervicales. Un examen pélvico bimanual identifica irregularidades en el útero y la pelvis.(16)

**Laboratorio.** Centro de investigación Un análisis de sangre completo es esencial para evaluar la gravedad de la anemia y decidir si se requiere una transfusión.(16)

**Ecografía transvaginal.** La sensibilidad para detectar afecciones endometriales y miometriales varía del 80% al 96%, mientras que la especificidad oscila entre el 68% y el 90% (17). En una evaluación realizada por Smith y colegas, En un análisis exhaustivo que incluyó 35 estudios y 5.982 mujeres posmenopáusicas, la ecografía reveló que la prevalencia del cáncer de endometrio era del 13%, mientras que la hiperplasia y los pólipos tenían tasas del 40%. Además, se determinó que un espesor endometrial de 4 mm o menos se considera normal,  $10 \pm 3$  mm genera sospecha de hiperplasia y  $20 \pm 6$  mm es preocupante para carcinoma endometrial. (18)

**Biopsia endometrial.** Esencial para el diagnóstico histopatológico en individuos con mayor riesgo de cáncer de endometrio incluyen aquellos mayores de 35 años, obesos, diabéticos, que experimentan anovulación crónica, presentan células glandulares atípicas en la citología o tienen



antecedentes de uso de tamoxifeno. La probabilidad de cáncer de endometrio por cada 100.000 mujeres aumenta con la edad: es de 2,8 para las de 30 a 34 años, de 6,1 para el grupo de edad de 35 a 39 años y aumenta significativamente a 36,5 para las mujeres de entre 40 y 49 años. (19)

La cureta Pipelle se recomienda para procedimientos de biopsia debido a su flexibilidad y capacidad de succión, lo que la convierte en una opción menos invasiva y más eficiente en comparación con las curetas Novack y Vabra. En un metanálisis que incluyó 19 estudios con un total de 7.914 pacientes, Dijkhuizen (20) informó una sensibilidad del 99,6% y una especificidad del 91% para la detección del cáncer de endometrio, mientras que la sensibilidad y la especificidad para la hiperplasia fueron del 81% y el 98%, respectivamente.(20)

Un enfoque alternativo es realizar una biopsia por raspado mientras la paciente está bajo anestesia general en un entorno ambulatorio. Además, es fundamental controlar el sangrado cuando el hematocrito cae por debajo de 30; sin embargo, esta situación restringe la exploración del fondo uterino, lo que puede llevar a condiciones no diagnosticadas como pólipos, miomas submucosos, hiperplasia o cáncer de endometrio hasta en el 40% de los casos.(21)

**Histerosonografía.** Histeroscopia Permite la recolección de la muestra endometrial con visualización directa y facilita el tratamiento oportuno de afecciones benignas. Puede identificar afecciones que incluyen fibromas submucosos e intramurales, pólipos, hiperplasia endometrial, cáncer

localizado, entre otros. El diagnóstico de cáncer e hiperplasia endometrial tiene una tasa de precisión que varía del 93% al 100%. Sugerencia

Una revisión exhaustiva que abarcó 61 estudios y que involucró a 2.917 pacientes evaluó la eficacia de la ecografía transvaginal, la sonohisterografía y la histeroscopia. Los hallazgos indicaron que estos tres métodos son primordiales para diagnosticar sangrado uterino orgánico, exhibiendo fortalezas significativas y desventajas mínimas.(23).

**Resonancia nuclear magnética.** Resonancia magnética (RM). Este es el método preferido para diagnosticar adenomiosis y anomalías müllerianas. Según la evaluación del ginecólogo, pueden requerirse procedimientos adicionales como citología, colposcopia, biopsias cervicales y laparoscopia para diagnosticar con precisión la causa subyacente del sangrado uterino orgánico.(24)

## 5.9 TRATAMIENTO:

Tratamiento terapéutico adyuvante de la menorragia hematológica y endocrina.

### **Cuando no requiere anticoncepción**

**Ácido tranexámico.** Es un antifibrinolítico que disminuye la fibrinólisis dentro del útero al bloquear.(25) Una encuesta precisa realizada por Lethaby con dos encuestas aleatorias contra el tratamiento falso encontró una disminución significativa en la menorragia, en 94 ml normales (IC del 95%, 36,5-151,4). Este tratamiento disminuye el volumen, pero no los días de muerte, y es preferible a los antiinflamatorios no esteroides con una



disminución del 50% frente al 20% en la pérdida de sangre. Es menos convincente que el dispositivo con levonorgestrel, reduciendo la muerte a los 6 meses, por así decirlo, a 50 ml frente a 100 ml ( $P < 0,001$ ). Puede provocar náuseas, vómitos, tinnitus y espasmos estomacales en un tercio de los pacientes; En cualquier caso, el 77% de los clientes se sienten satisfechos con su uso. Propuesta A endocrina y C en caso hematológico.(26)

**Ácido mefenámico.** Dirige cambios en el ajuste de tromboxano-prostaglandinas que generalmente ocurren en la menorragia al inhibir la ciclooxigenasa (Cox) y disminuir las prostaglandinas. Se pueden utilizar otros inhibidores de Cox-1 y Cox-2 para aumentar la viabilidad, según el metanálisis realizado por Lethaby. Disminuyen las muertes en una racha de entre un 22% y un 47%. Propuesta A en endocrino y C en hematología.(27)

**Estrógenos.** En cantidades elevadas, se utiliza para tratamientos de emergencia que no requieren legrado uterino. Fomentan una rápida degradación endometrial para restaurar regiones que carecen de cobertura epitelial, mejoran los niveles de fibrinógeno y facilitan la aglutinación de plaquetas. Los estrógenos conjugados se administran por vía intravenosa a una dosis de 25 mg cada cuatro horas durante uno o dos días, o hasta que se resuelva el sangrado, después de lo cual se sigue un régimen de estrógenos y progestágenos orales. Es muy recomendable proceder en casos de sangrado prolongado, cuando solo se recoge una mínima muestra de tejido durante la biopsia y si la paciente estaba recibiendo tratamiento con progestágenos pero aún presenta sangrado. Los estrógenos, junto con los progestágenos orales, se emplean habitualmente para controlar la perimenopausia, ya sea de forma cíclica o continua.

### **Danazol.**

Danazol Sus propiedades antiestrogénicas provocan amenorrea y atrofia endometrial reversible cuando se administra en dosis de 100 a 200 mg por día. Una revisión Cochrane que abarcó nueve ensayos aleatorios encontró que el danazol superó al placebo, los progestágenos, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos orales en el tratamiento de la menorragia.(28) Sugerencia A Este tratamiento es particularmente eficaz en una dosis de 400 mg por día para controlar el sangrado asociado con afecciones como anemia aplásica, púrpura trombocitopénica idiopática, hemofilia y enfermedad de Christmas. Debido a su impacto en los niveles de colesterol (específicamente aumentando las lipoproteínas de baja densidad y disminuyendo las lipoproteínas de alta densidad), su uso está actualmente restringido, ya que estos cambios pueden provocar aumento de peso, acné, seborrea e hirsutismo.

**Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).** Análogos de GnRH cuando se administran durante más de tres meses (como Leuprolide 3, 75 mg IM mensualmente o Nafarelin IN), se produce amenorrea junto con atrofia endometrial reversible en el 80% de los pacientes, según lo respalda la Recomendación A en endocrinología.

### **Manejo quirúrgico de la menorragia hematológica y endocrina**

Cuando la intervención médica para la menorragia no es factible, es fundamental considerar que el sangrado uterino puede deberse a un problema orgánico no diagnosticado. Este es el momento adecuado para reevaluar el diagnóstico y realizar una histeroscopia, que permite el



diagnóstico endometrial a través de una biopsia dirigida y, con frecuencia, permite el tratamiento rápido de afecciones benignas.(29)

Las intervenciones quirúrgicas para el manejo de la hemorragia, como la ablación endometrial o la histerectomía, son recomendables solo para pacientes de 35 a 40 años o más que no tienen intención de quedarse embarazadas en el futuro. En lo que respecta a las técnicas ablativas, todas demuestran una eficacia comparable en el tratamiento de la menorragia; sin embargo, varían en las fuentes de energía empleadas, los requisitos de anestesia, la comodidad de la paciente y los costos generales. (30)

La ablación histeroscópica se puede realizar utilizando un láser (Nd-YAG), electrocirugía con un resectoscopio o un electrodo monopolar de bola rodante. En el 10% de los casos, la presencia de un hematoma en los cuernos uterinos puede provocar complicaciones que requieran una histerectomía. Otras complicaciones comunes incluyen la perforación uterina que ocurre en 14 de cada 1.000 casos y la sobrecarga de líquidos que se observa en 2 de cada 1.000 casos.(31)

La ablación con balón térmico es un procedimiento que utiliza calor a través de un balón para tratar afecciones médicas. El procedimiento se realiza de forma ambulatoria utilizando un balón de dextrosa al 5% calentado a 88°C durante 8 minutos, administrado con sedación intravenosa y anestesia local (ThermaChoice, Cavatherm, MenoTreat), utilizando métodos de silicona (VestaBlate) o aire caliente (Vestablate). Después de dos años de seguimiento, se ha observado una mejoría del 80% al 85%, junto con un 29%

que experimenta amenorrea, un 24% con hipomenorrea y un 15% que aún enfrenta menorragia persistente.(31)

Proceso de eliminación hidrotermal. El Hydro Therma Ablator emplea fluidos dentro de la cavidad endometrial, calentándolos posteriormente a temperaturas adecuadas. Demuestra ser altamente efectivo al dirigirse a todas las superficies endometriales.(32)

Las ondas de radio NovaSure regulan de manera autónoma la profundidad de penetración endometrial evaluando la impedancia y duración del tejido. Produce una incidencia de amenorrea del 65% y reduce la necesidad de histerectomía en un 97,2%.(32)

Tecnología de láser de difusión (como ELITT o GyneLaser). Una revisión Cochrane reveló que ELITT es más efectivo que la histeroscopia para lograr la amenorrea, con tasas del 61% en comparación con el 24%, mientras que muestra una efectividad equivalente para otros objetivos de tratamiento.(33)

Ablación por microondas (MA). Un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos demostró ventajas sobre la resección histeroscópica tras doce meses de seguimiento, reportando una tasa de éxito del 96,4% frente al 92,7%, y una tasa de amenorrea del 90,3% frente al 613%. Solo puede realizarse bajo sedación.(34)

### **Crioablación Destrucción del endometrio mediante crioterapia.**

Obstrucción arterial mediante embolización. Ha demostrado ser eficaz en el abordaje de hemorragias uterinas orgánicas posparto, embarazos ectópicos cervicales, fístulas arteriovenosas uterinas, miomatosis y carcinomatosis.



Solo recientemente se ha empleado como tratamiento secundario de la menorragia idiopática (endocrino-hematológica), sirviendo como última opción para conservar el útero.(34).

Extirpación quirúrgica del útero. Es la última opción para abordar la menorragia. El método más preferido, considerando que el útero parece normal, es la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Las complicaciones se asocian con una tasa de morbilidad que varía entre el 7% y el 15% y una tasa de mortalidad de 12 por 10.000.(34)

## 5.10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Control de las funciones vitales

Comprobar el estado circulatorio

Controlar la Saturacion de Oxigeno

Control de la presión arterial

Control del pulso

Verificar los valores de laboratorio sobre todo niveles de HB Y HTC, perfil de coagulación, gasometría arterial.

Canalizar y mantener una vía intravenosa de calibre mayor

Administración de la terapia indicada

Brindar apoyo emocional

Gestionar los exámenes de laboratorio



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La atención integral biopsicosocial brindada a pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno ha demostrado ser eficaz y oportuna al minimizar complicaciones y secuelas. A través de un plan de atención de enfermería basado en la identificación temprana de signos de alerta, la implementación de cuidados estandarizados según la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y la evaluación continua de las intervenciones, se logró mejorar el pronóstico y recuperación de los pacientes. Además, el apoyo familiar desempeñó un papel fundamental en el proceso de recuperación, contribuyendo al bienestar general del paciente.

**SEGUNDO:** Respecto al OE1: La identificación oportuna de signos y síntomas que comprometen la vida del paciente fue clave para la intervención rápida y la prevención de complicaciones graves. El equipo de enfermería fue capaz de reconocer los signos de alerta tempranamente, lo que permitió la activación de protocolos de emergencia y una respuesta rápida y eficaz.

**TERCERO:** Respecto al OE2: La implementación de prácticas de cuidado de enfermería basadas en la taxonomía NANDA-NIC-NOC proporcionó un marco organizado y sistemático para la atención de los pacientes. Esto permitió a los profesionales de enfermería realizar intervenciones específicas y adecuadas para cada paciente, garantizando una atención de calidad y coherente con los estándares internacionales.

**CUARTA:** Respecto al OE3: La evaluación de los resultados de las intervenciones de enfermería mostró una mejora significativa en la condición de los pacientes, destacando la eficacia del plan de atención aplicado. Asimismo, la inclusión del



apoyo familiar en el proceso de recuperación favoreció la adherencia a las recomendaciones de cuidado, potenciando los resultados positivos en la salud del paciente y facilitando su reintegración en la vida cotidiana.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Para garantizar la eficacia del plan de atención de enfermería en pacientes con hemorragia uterina anormal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, se recomienda fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería en la identificación temprana de signos de alarma, el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y la implementación de protocolos actualizados de atención. Además, se debe promover la participación activa del entorno familiar en el proceso de recuperación del paciente, asegurando un enfoque integral y de apoyo biopsicosocial.

**SEGUNDA:** Respecto al OE1: Se recomienda la capacitación constante del personal de salud en la identificación rápida y precisa de signos y síntomas que comprometan la vida del paciente. Esto incluye la realización de talleres prácticos, simulaciones y actualizaciones periódicas sobre los protocolos de manejo de emergencias en casos de hemorragia uterina anormal, para garantizar una intervención oportuna y reducir el riesgo de complicaciones graves.

**TERCERA:** Respecto al OE2: Se debe continuar fortaleciendo la implementación de prácticas de cuidado de enfermería basadas en la taxonomía NANDA-NIC-NOC, asegurando que el personal esté bien familiarizado con este sistema estandarizado. Esto podría lograrse a través de programas de formación y la inclusión de guías de referencia rápida en las áreas de atención, permitiendo a los profesionales brindar cuidados organizados y sistemáticos, adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

**CUARTA:** Respecto al OE3: Se recomienda realizar evaluaciones periódicas del impacto de las intervenciones de enfermería para ajustar el plan de cuidado según



los resultados obtenidos. Además, se debe fomentar el apoyo familiar a través de programas educativos y sesiones de orientación, que les brinden las herramientas necesarias para participar activamente en el cuidado del paciente, contribuyendo a un entorno más favorable para la recuperación y mejorando el bienestar general del paciente.



## REFERENCIAS

1. Warner P. Derivación por problemas menstruales: encuesta transversal de síntomas, motivos de la derivación y manejo. *BMJ*. 20 de Octubre de 2002; 323 (7303): 24-8..
2. System J. Sangrado uterino anormal. [Online]; 2018. Acceso 1 de Octubre de 2022.
3. Pinkerton J. Sangrado uterino anormal debido a la disfuncion ovulatoria. [Online]; 2019. Acceso 01 de Octubre de 2022.
4. Albers J. Sangrado uterino anormal. *Am Fam Médico*. 2004; 691:915-26..
5. Oehler M. Menorragia: una actualización. *Ley Obstet Ginecol Scand*. 2003; 82:405-422..
6. H. H. La evaluación del sangrado uterino anormal. *Clin Obstet Gynecol*. 2005;48(2):258-73..
7. Alexander J. Tratamientos para la hemorragia posparto secundaria. (CD ROM). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD002867...
8. Shergill S. clinicopatológico de histerectomías. *Asociación Médica India*. 2002 abril; 100(4):238-9, 246..
9. Kadir R. Manejo del sangrado menstrual excesivo en mujeres con trastornos hemostáticos. *Fértil estéril*. 2005; 84:1352-9..



10. Shankar M. Enfermedad de von Willebrand en mujeres con menorragia: un metanálisis. BJOG. 2004 julio; 111 (7): 734-40..
11. Lukas A, et al. Trastornos de la hemostasia y sangrado menstrual excesivo: prevalencia e impacto médico. Fértil estéril. 2005;84(5):1338-44..
12. Pérez L. Anovulación oayhudEPL. Infertilidad y Endocrinología Reproductiva. 2 edición Bogotá: imprenta Hospital Militar; 2000.p.128-161..
13. Franco R. Hemorragia uterina anormal orgánica. Revista Nacional de Itaguá. 2012;4(2):15-22.
14. Parra J. Actualización sobre el sangrado menstrual abundante. [Online]; 2020. Acceso 01 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n2/RC-sangra>.
15. Sun Y. Prevalence of abnormal uterine bleeding. A cross-sectional study. Medicine. 2018;97(1):14-57. [Online]; 2018.
16. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos.. El Manejo Inicial de la Menorragia. Directrices clínicas nacionales basadas en la evidencia. (Serie en línea) 2006;RCOG. (citado el 5 de junio de 2006) (alrededor de 3 páginas).. [Online]; 2006. Acceso 23 de Setiembre de 2022. Disponible en: Disponible en: <http://www.rcog.org>.
17. TJ. C. Histeroscopia y ecografía ambulatorias en el tratamiento de la enfermedad endometrial. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 agosto; 16 (4): 305-11..



18. Smith-B. Ultrasonido endovaginal para excluir cáncer de endometrio y otras anomalías endometriales. JAMA. 1998;280:1510-1517..
19. Ries L. Revisión de estadísticas de cáncer SEER, 1975-2003. Bethesda. Instituto Nacional del Cáncer 2003 (actualizado en noviembre de 2005). [Online]; 2003. Acceso 23 de Setiembre de 2022. Disponible en: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2003/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003/).
20. Dijkhuizen F. La precisión del muestreo endometrial en el diagnóstico de pacientes con carcinoma e hiperplasia endometrial: un metanálisis. Cáncer. 2000; 89: 1765-72..
21. Bettocchi S. Enfoque diagnóstico de dilatación y curetaje. Fértil estéril. 2001; 75: 803-5...
22. Kroom. C. Histerosonografía con contraste salino en el sangrado uterino anormal: una revisión sistemática y metanálisis. Br J Obstet Gynecol. 2003; 110:938-47..
23. Farquhar C. Una revisión sistemática de la ecografía transvaginal, la sonohisterografía y la histeroscopia para la investigación del sangrado uterino anormal en mujeres premenopáusicas. Act Obstet Gynecol. Scan 2003; 82:493-..
24. G. L. Ausencia congénita combinada de vagina y cuello uterino: diagnóstico con resonancia magnética y manejo quirúrgico. Gynecol Obstet Invest. 1998; 46:65-67..



25. Lethaby A. Antifibrinolíticos para el sangrado menstrual abundante. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (serie sobre internados). 2000 Edición 4 CD000249. [Online]; 2000. Acceso 23 de Setiembre de 2022. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab000249.html>.
26. Reid P. Ensayo comparativo aleatorizado del sistema intrauterino de levonorgestrel y ácido mefenámico para el tratamiento de la menorragia idiopática. *Int J Obst Gynaecol*. 112(8):1121-5, 2005..
27. Lethaby A. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para el sangrado menstrual abundante. 1998. [Online]; 1998. Acceso 23 de Setiembre de 2022.
28. Beaumont H. Danazol para el sangrado menstrual abundante. *Cochrane Database of Systematic Review*. [Online]; 2002. Acceso 23 de Setiembre de 2022. Disponible en: [www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001017/frame.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001017/frame.html).
29. Lotfallah H. Clínica de histeroscopia integral para el sangrado posmenopáusico. *J Reprod Med*. 2005 febrero; 50(2):101-7
30. Shaamash A. Predicción del tratamiento exitoso de la menorragia después de la ablación endometrial con balón térmico. *J Obstet Gynaecol Res*. 2004 junio; 30 (3): 210-6...
31. Romer T. Ablación hidrotermal. Un nuevo método simple para la coagulación del endometrio en pacientes con hipermenorrea recurrente resistente a la terapia. *Contrib Gynecol Obstet* 2000; 20: 154-60..



32. Bongers M. Ablación endometrial por radiofrecuencia bipolar en comparación con la ablación endometrial con balón en el sangrado uterino disfuncional: impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de la..
  
33. Cooper K. Una comparación aleatoria de la ablación endometrial por microondas con la resección transcervical del endometrio; seguimiento a un mínimo de cinco años. Int J Obstet Gynaecol. 2005; 112(4):470-5..
  
35. E. J. servicio de gineco-obstetricia, Jornada ginecologica. [Online]; 2018. Acceso 01 de Octubre de 2022.



# ANEXOS



## EXAMENES DE LABORATORIO

### HEMOGLOBINA

Evalúa la concentración de hemoglobina en la sangre. Rango típico: 12 a 16 gramos por decilitro.

Comprensión:

Esta pérdida podría deberse potencialmente a varios factores: sangrado excesivo, producción inadecuada de células sanguíneas por parte de la médula ósea, mala nutrición, niveles bajos de hierro o vitamina B12 o la presencia de enfermedades crónicas.

Los niveles elevados de hemoglobina pueden ser el resultado de afecciones como hipoxia, cardiopatía congénita, cor pulmonale, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave, fibrosis pulmonar, policitemia vera o deshidratación.

### HEMATOCRITO

Es un análisis de sangre que evalúa la proporción del volumen sanguíneo total compuesto por glóbulos rojos. Está determinada por la cantidad y el tamaño de los glóbulos rojos.

Rangos típicos: Hombres: entre 40,7% y 50,3%

Mujeres: entre el 36,1% y el 44,3%

Recién nacidos: 45% a 61%

Recién nacidos: 32% a 42%

Comprender los factores detrás de los niveles bajos de hematocrito:



Hemorragia y descomposición de los glóbulos rojos. Enfermedad de células falciformes, esplenomegalia y producción reducida de glóbulos rojos. Cuestiones dietéticas relativas a la fluidoterapia intravenosa.

Factores que contribuyen a niveles elevados de hematocrito:

Defectos cardíacos congénitos, deshidratación, glóbulos rojos, niveles bajos de oxígeno, cicatrices pulmonares y policitemia vera.

## **GRUPO SANGUINEO**

Un grupo sanguíneo es una categorización de la sangre basada en los rasgos que se encuentran en las superficies de los glóbulos rojos y dentro del suero sanguíneo. Los métodos principales para categorizar los tipos de sangre humana se basan en antígenos, específicamente el sistema ABO y el factor Rh. El sistema de grupo sanguíneo ABO, identificado por Karl Landsteiner en 1901, fue la primera clasificación sanguínea reconocida. Su nombre refleja los tres grupos distintos: los que poseen el antígeno A, los que tienen el antígeno B y el grupo que carece de antígenos, denominado tipo O.

Las transfusiones de sangre entre tipos incompatibles pueden desencadenar una respuesta inmune, provocando hemólisis, anemia, insuficiencia renal, shock circulatorio o incluso la muerte.



## TARJETAS FARMACOLOGICAS

### CLORURO DE SODIO

#### Composición

Cada frasco de 1.000 mL consta de 0,9 gramos de cloruro de sodio por cada 100 mL.

(154 mmol/L sodio y cloruro), agua estéril para inyección, clasificación terapéutica

- Reponedor de volumen
- Reabastecimiento de electrolitos
- Agente que estimula la diuresis
- Agente disolvente

#### Farmacocinética

El sodio se excreta a través de los riñones, aunque una cantidad significativa se reabsorbe. Una cantidad mínima de sodio se excreta a través del sudor y las heces.

#### Indicaciones

La hiponatremia, la alcalosis hipoclorémica y la hipercalcemia se pueden abordar promoviendo la diuresis, aplicando irrigación tópica en la piel y las membranas mucosas y facilitando la dilución de las secreciones mucosas. Como disolvente de medicamentos destinados a uso inyectable.



## **Contraindicaciones**

Individuos que presentan hipercloremia e hipernatremia, junto con hipertensión arterial e intracraneal. Retención de líquidos

## **Precauciones**

Tenga precaución al usar este medicamento en casos de insuficiencia cardíaca, ya que existe un riesgo potencial de retención de agua, sodio y edema.

## **POLIGELINA**

### **Mecanismo de acción**

Solución de infusión coloidal al 35% como alternativa para la reposición del volumen plasmático.

### **Indicaciones terapéuticas**

Para compensar o prevenir un déficit. Los problemas circulatorios surgen debido a una deficiencia en el plasma o el volumen sanguíneo absoluto o relativo, como se observa en condiciones como el shock hipovolémico o el agotamiento de la sangre y el plasma, así como durante el funcionamiento de una máquina cardiopulmonar. Solución portadora para diversos productos farmacéuticos.

### **Contraindicaciones**

Historial de reacciones alérgicas a los ingredientes del tratamiento; reacciones alérgicas similares; La infusión (una forma de administrar medicamento a través de una vena) es limitada o tiene reglas especiales en los casos en que demasiado líquido en la sangre o en los tejidos del cuerpo podría dañar gravemente al paciente. Esto incluye problemas como insuficiencia cardíaca, presión arterial alta, venas inflamadas en el esófago, líquido en los pulmones, problemas de sangrado e



insuficiencia renal o problemas posteriores a problemas renales. También es importante para todos los pacientes que tienen más probabilidades de tener reacciones a la histamina, como aquellos con alergias o aquellos que han tenido reacciones adversas a la histamina anteriormente.

## **Precauciones**

Por factores fisiológicos, al igual que otras infusiones, no se debe administrar fría; Infundir sólo cuando se exponga a la luz solar. Para prevenir reacciones causadas por la liberación de histamina, se pueden administrar de forma profiláctica antagonistas de los receptores H1 y H2 (como dimetidina a 0,1 mg/kg IV y cimetidina a 5 mg/kg IV). El proceso de infusión conduce a la hemodilución, que reduce la viscosidad de la sangre y puede mejorar la microcirculación. Si bien no afecta los factores de coagulación, es importante considerar la dilución de estos factores cuando se utilizan volúmenes mayores. Este producto ha sido tratado con métodos destinados a inactivar virus y patógenos, aunque no se puede garantizar su completa eliminación. Además, debido a su alto contenido en calcio, puede producirse un ligero y temporal aumento de los niveles séricos de calcio, especialmente durante la infusión. El procesamiento rápido de volúmenes sustanciales es esencial; sin embargo, no debe combinarse in vitro con sangre o plasma citratado, ya que la presencia de calcio iónico anula el efecto anticoagulante. Por el contrario, mezclarlo con sangre heparinizada no plantea ningún problema. Cuando se realiza en condiciones estériles adecuadas, se puede mezclar con soluciones. Para infusiones que normalmente incluyen soluciones como suero fisiológico, glucosa, solución de Ringer y otras; es importante tener en cuenta que la infusión puede acelerar temporalmente la velocidad de sedimentación de eritrocitos.



## **Reacciones Adversas**

En casos poco frecuentes, pueden producirse reacciones alérgicas o anafilactoides que requieran el cese inmediato de la infusión y el tratamiento. según el nivel de gravedad.

## **ACIDO TRANEXAMICO**

El ácido tranexámico es un medicamento que inhibe la fibrinólisis y se emplea para controlar la hemostasia en los casos en que la fibrinólisis es un factor de hemorragia.

## **Mecanismo de Accion**

El ácido tranexámico actúa bloqueando la activación del plasminógeno, lo que ayuda a detener el sangrado. En cantidades mucho mayores, también previene la acción de la plasmina, teniendo efectos como el ácido aminocaproico. El ácido tranexámico es aproximadamente diez veces más fuerte que el ácido aminocaproico cuando se prueba en un laboratorio.

El ácido tranexámico, incluso en concentraciones tan bajas como 1 mg/ml, tiene el potencial de prolongar el tiempo de trombina. Sin embargo, el ácido tranexámico en concentraciones sanguíneas de hasta 10 mg/ml no afecta los niveles de plaquetas, la duración de la coagulación ni otros factores de coagulación ni en sangre total ni en sangre citratada de individuos sanos.

## **Farmacocinetica**

El ácido tranexámico se une a las proteínas plasmáticas en aproximadamente un 3% cuando se encuentra en niveles útiles en la sangre, y esta unión se debe principalmente a su interacción con el plasminógeno. El ácido tranexámico no se adhiere a la albúmina sérica.



Después de administrar 1 gramo por vía intravenosa, la cantidad del medicamento en la sangre disminuye en tres etapas y se necesitan aproximadamente 2 horas para eliminar la mitad del medicamento del cuerpo. El volumen de distribución inicial ronda los 9 a 12 litros.

La principal forma en que el cuerpo elimina los desechos es filtrándolos a través de la orina. El aclaramiento total del riñón es igual al aclaramiento total de la sangre y está entre 110 y 116 ml/min. Más del 95% de la dosis administrada se elimina a través de la orina sin cambios. Aproximadamente el 90% del ácido tranexámico abandona el cuerpo dentro de las 24 horas posteriores a su administración por vía intravenosa en una dosis de 10 mg por cada kilogramo de peso corporal.

### **Administración Intravenosa**

Administración intravenosa:

Los adultos deben recibir una dosis de 10 mg/kg justo antes del procedimiento de extracción. Después de la extracción, se debe administrar una dosis intravenosa de 10 mg/kg de 3 a 4 veces al día durante 2 a 8 días.

Administración oral:

Adultos: para prevenir y controlar el sangrado durante las extracciones dentales, tomar 2-3 comprimidos de 500 mg cada ocho horas.

### **Tratamiento y profilaxis de las hemorragias**

Administración intravenosa y oral:

Los adultos deben iniciar el tratamiento con ácido tranexámico inyectable a una dosis de 10 mg/kg antes o después de la intervención, y luego continuar con dos



comprimidos de 500 mg tres o cuatro veces al día hasta que ya no haya sangre visible en la orina.

### **Contraindicaciones**

El ácido tranexámico no debe usarse en personas que tengan hipersensibilidad conocida al ingrediente activo o cualquiera de los componentes de la formulación.

Tampoco se recomienda para pacientes con problemas de visión adquiridos, ya que esto dificulta la capacidad de evaluar un criterio de valoración que sirva como indicador de toxicidad. Se ha observado degeneración de la retina en gatos, perros y ratas después de administrar ácido tranexámico por vía oral o intravenosa en dosis que oscilan entre 250 y 1600 mg/kg/día (significativamente más altas que la dosis típica recomendada para humanos (6 a 40 veces mayor)) durante más de 20 años. períodos que van desde 6 días hasta 1 año. La aparición de estas lesiones ha oscilado entre el 25% y el 100% entre los animales tratados, siendo la dosis un factor importante. A dosis reducidas, ciertas lesiones han mostrado signos de ser reversibles.

La investigación en gatos y conejos sugiere que algunos animales pueden experimentar alteraciones de la retina en dosis tan bajas como 126 mg/kg/día, que es aproximadamente tres veces la dosis estándar para humanos, cuando se administra durante un período de varios días hasta dos semanas.

### **Reacciones Adversas**

Los efectos negativos posteriores se han informado con una frecuencia excepcionalmente baja:

Problemas gastrointestinales: síntomas que incluyen náuseas, vómitos y diarrea.



Condiciones cardiovasculares: síntomas de presión arterial baja, que pueden incluir desmayos (comúnmente asociados con inyecciones intravenosas rápidas y rara vez con la ingesta oral), así como la formación de coágulos de sangre en venas o arterias en cualquier sitio.

Condiciones del sistema nervioso: convulsiones, especialmente por uso inadecuado.

Cambios generales: reacciones alérgicas, como anafilaxia.

## **DICLOFENACO**

Estructura esquelética y muscular.

Propiedades antiinflamatorias y antirreumáticas.

Medicamentos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos.

Derivados del ácido acético y compuestos asociados.

## **Mecanismo de acción**

Inhibe la biosíntesis de prostaglandinas.

## **Administración**

Verbalmente Se recomienda tomar este medicamento antes de las comidas.

Consúmelo íntegramente junto con una bebida, sin necesidad de masticar.

Administración rectal: Es aconsejable insertar los supositorios una vez finalizada la evacuación intestinal. La administración parenteral implica administrar la solución inyectable mediante inyección intramuscular profunda en el cuadrante superior externo del área de los glúteos.

## **Contraindicaciones**



Las personas deben tener cuidado al usar diclofenaco si han tenido ataques de asma, urticaria o secreción nasal debido a la aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Tampoco es seguro para quienes padecen la enfermedad de Crohn actual, colitis ulcerosa activa o una vesícula biliar bloqueada. El texto ya es muy breve y algo confuso, pero aquí hay una reescritura más simple: "Importante; grave I. " - Problemas de coagulación de la sangre - Casos pasados de sangrado o desgarros en el estómago o intestinos causados por la tos. Alguien ha usado analgésicos como AINE antes; actualmente tiene una úlcera de estómago, está sangrando o tiene un agujero en el estómago; tienen insuficiencia cardíaca (clase II-IV de la NYHA), enfermedades cardíacas y problemas relacionados. problemas de arterias o flujo sanguíneo en las piernas o el cerebro; última parte del embarazo; inflamación del recto.

### **Precauciones**

Se debe tener en cuenta la discapacidad intelectual de leve a moderada. Se debe tener en cuenta a personas de edad avanzada que presentan una afección de leve a moderada, junto con antecedentes de porfiria o colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn, antecedentes de hipertensión y/o insuficiencia cardíaca y uso concomitante de corticosteroides orales junto con antidepresivos ISRS. En personas con asma, rinitis alérgica estacional e inflamación de la mucosa nasal (como pólipos nasales). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las infecciones respiratorias crónicas, como la rinitis alérgica, ocurren con más frecuencia que los ataques de asma, el edema de Quinke o la urticaria. Evaluar las ventajas y desventajas en relación a los factores de riesgo cardiovascular como diabetes, hipertensión, colesterol alto y tabaquismo. Evite administrar en pacientes con afecciones cardiovasculares importantes, incluida insuficiencia cardíaca, cardiopatía



isquémica o cualquier trastorno relacionado. enfermedad o afección arterial periférica. Vascular cerebral Riesgo de hemorragia gastrointestinal, úlceras o perforación.

## Historia Clínica



HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA 7023-560

Nro Historia: 41641439 - Manual      Nro Cuenta: PUNTO SIN CANCELADO  
 Apellidos Y Nombres: VALERIANO CONDORI LUZ DELIA  
 Fecha ingreso: 06/01/2022      Edad: 25 años  
 Hora ingreso: 09:28      Fecha nacimiento: 06/01/1997  
 Consultorio médico: EMERGENCIA GINECOLOGIA      Sexo: F  
 Médico: MEDICINA TURNO      DNI: 41641439  
 Teléfono:      GRAVEDAD: Emerg. leve  
 Dirección: JR AMERICA 285      Provincia: Puno  
 Departamento: Puno      Centro Poblado: USUARIO  
 Distrito: Puno  
 Acompañante: SOGA

U.S. HOSPITAL REGIONAL WIRI - PUNO  
**FACTURADO**

Dr. ANGEL R. VILCA QUISPE  
 GINECOLOGO OBSTETRA  
 C.M. 1219 - R.M. 1233  
 HOS. REG. "M.A.S. - PUNO"  
**PRONTO SOCO**  
**AD II**  
**EMERGENCIA**

CONDICIONES VITALES: 9:30.

PRESION ARTERIAL	FREC. RESPIRATORIA	PULSO	TEMPERATURA	FREC. CARDIACA
120/80 mmHg	20 x'	90 x'	37°C	

MOTIVO DE LA EMERGENCIA: paciente acude por presentar sangrado hemorrágico. Llegando a tener 3 trocitos perdidos, asociados a dolor tipo cólico de leve intensidad en hipogastrio que se irradia a región lumbar.


SINTOMAS Y SIGNOS: FUR. 26/12/21 GI P0010 Nrga ant. paloz, flegmas uterino. Pct. w. ABEG, ABEN. A.C.E.H. pelymura luvdo y Rocto. base rocto. Abumen. fluma clauda dependu de dolor a la palpaci. su. Juguelu. PNA. (+)

FUNCIONES BIOLÓGICAS: Quidals: no concuerda exoso sangrado en genital exterior. Esperuocopia: Sangrado en canal vaginal es exoso cantidad, discrepante que actuo que sale por OCT, en poco cantidad, al toate vaginal cerus castal. DIAGNOSTICOS: dismenorrea fuma OCT/OCE cerrado.

Descripción	P	D	R	Código
Causa externa				
Dx1 Hemorragia uterina Anovul.		x		N93.9
Dx2 menstruacion uterina		x		D25.9
Dx3 D/c Anovul		x		D61.9
Dx4				
Dx5				
Dx6 Plan: hospitalizaci. en GO				

- TRATAMIENTO:
- 1) Oseto blando + 1000
  - 2) Cho 9', masca y v.o.
  - 3) control de Sangrado.
  - 4) liquen uterino
  - 5) eFU + OSA
  - 6) ecografiu palvica
  - 7) S/S Hemogram, urea, creatin, glucosa, pce, bilim.
- IT. FIB, TC, TG, TP, TPE, / numeracion tumoral, PAP  
 U114, RPR


## Exámenes de Laboratorio

 **Reporte de Resultados - Examen de Laboratorio**  
**Hospital Regional Manuel Nuñez Butron**

Origen: SIS      Fecha: 14/01/2022  
Procedencia: GO      Hora: 10:43:28a.m  
      Usuario: gllanco

Solicitud: 641393      Paciente: VALERIANO CONDORI LUZ  
Fecha: 06/01/2022      Doc. Identidad: DNI 41641439      Historia: 41641439  
Atencion 362639      Sexo: F      Edad: 39      Cama:

HEMATOLOGIA Y COA			
Análisis	Resultado	Unidad	Rango Ref.
Tiempo de coagulacion	2'55"		
Tiempo de Sangria	2'30"		
Tiempo de Protrombina	16.40		
I.N.R.	1.40		
Tiempo de Tromboplastina p	38.20		
Tiempo de Trombina	12.10		
Fibrinogeno	325.00		
Recuento de glóbulos blancos	5.51	10 <sup>3</sup> /μL	
Neutrófilos (porcentaje)	65.11	%	
Linfocitos (porcentaje)	29.73	%	
Monocitos (porcentaje)	4.49	%	
Eosinófilos (porcentaje)	0.04	%	
Basófilos (porcentaje)	0.62	%	
Recuento de glóbulos rojos	3.58	10 <sup>6</sup> /μL	
Hemoglobina	9.19	g/dL	
Hematocrito	30.40	%	
Volumen corpuscular medio	84.99	fL	
Hemoglobina corpuscular m	25.68	pg	
Concentración de hemoglobi	30.22	g/dL	
Ancho de la distribución de g	16.94	%	
Recuento de plaquetas	389.70	10 <sup>3</sup> /μL	



Página 1 de 2



HOSPITAL REGIONAL (M. NÚÑEZ B.)  
J. Ricardo Palma 120 Puno  
TELÉFONO: 011-388985

14810002  
10:51 A.M.

N° Historia: (41641439) VALERIANO CONDORI Luz Delia (Sexo: Fe) (39 Años) (S.Act: EMERGENCIA GINECOLOGIA)  
Médico: MEDICO DE TURNO 06/01/2022 11:34  
Personal q realizó prueba: Otaguivel Mayta L Servicio:

### RESULTADOS

#### ANALISIS: 81001 - Examen completo de orina ECO

Examen	Resultado	Observaciones
uroanalysis	volumen	70 C.C.
uroanalysis	REACCION (PH)	ACIDO
uroanalysis	DENSIDAD	1030
uroanalysis	COLOR	AMARILLO
uroanalysis	ASPECTO	TURBIO
uroanalysis	GLUCOSA	NEG.
uroanalysis	PROTEINAS	POSITIVO
uroanalysis	UROBILINA	NEG.
uroanalysis	BILIRRUBINAS	NEG.
uroanalysis	CUERPOS CETONICOS	NEG.
uroanalysis	NITRITOS	NEG.
uroanalysis	HEMOGLOBINA	POSITIVO
uroanalysis	LEUCOCITOS	4 A 6 x campo
uroanalysis	HEMATIES	> A 80 x campo
uroanalysis	PIOCITOS	----- x campo
uroanalysis	C. EPITELIALES	3 A 4 x campo
uroanalysis	GERMENES	COCOS (+)
uroanalysis	CILINDROS	-----
uroanalysis	CRISTALES	----- x Extension
uroanalysis	OTROS	-----

Digitador: ACS



ENE	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
FER	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1
MAR	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
ABR	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1
MAY	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
JUN	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1
JUL	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
AGO	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
SET	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
OT	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
NOV	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1
DIC	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0
ENE	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0
FER	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
MAR	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
ABR	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
MAY	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1
JUN	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
JUL	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1
AGO	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
SET	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
OT	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
NOV	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
DIC	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 11-11-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Rene Condori Alanoca  
Dirección: Jr. 4 noviembre 475  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 4016669  
Teléfono: 935283524 email: marthaalanoca@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Programa de segunda Especialidad Profesional  
Escuela Profesional o Mención: \_\_\_\_\_  
Título o Grado Académico a optar: Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres  
Asesor: \_\_\_\_\_

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:  
Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: Eficacia en el Plan de atención de enfermería a un paciente con hemorragia Uterina Anormal en el hospital regional Manuel Nuñez Butrón Puno - 2022

Palabras claves, (3 a 5 términos): \_\_\_\_\_

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?  
2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.  
<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



### 2. Referencia de tesis:

Bachiller   
  Titulo   
  2da Especialidad   
  Maestría   
  Doctorado

### 3. Licencias:

#### a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.  
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 No autorizo.

#### b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo  
 No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: Ciencias del cuidado de la Salud y servicios -SEG09

           11-11-2024

Firma de Autor      huella digital      Fecha