

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL  
EN MUJERES CON HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA, EN EL  
HOSPITAL COMUNITARIO DE SAN BERNARDINO CONTLA, EN  
TLAXCALA, TLAXCALA.

TESINA  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERIA PERINATAL

PRESENTA  
APOLONIA PADILLA MOLINA

CON LA ASESORIA DE LA  
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

TLAXCALA, TLAX.

ABRIL DEL 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario asesora de esta Tesina por todas las enseñanzas de la Metodología de Investigación y corrección de estilo que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por las enseñanzas de la Especialidad en Enfermería Perinatal con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros.

Al Hospital Comunitario de Contla, Tlaxcala, al haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista de Enfermería Perinatal y así brindar cuidados especializados de Enfermería, con calidad profesional.

## DEDICATORIAS

A mis padres: Macaria Molina Vásquez y Agustín Padilla Méndez por estar siempre conmigo, por su amor, apoyo incondicional y a quienes debo lo que soy.

A mis hijos: José Manuel y Joaquín Isaac Vásquez Padilla, quienes han sido el principal motor de mi vida para culminar esta meta profesional, a pesar de haberles restado tiempo de presencia en aras de la Especialidad.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA</u> .....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	7
1.5.1 General.....	7
1.5.2 Específicos.....	8
2. <u>MARCO TEÓRICO</u> .....	9
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA.....	9
2.1.1 Conceptos básicos.....	9
- De hemorragia.....	9
- De Hemorragia Postparto.....	10
- De Hemorragia Postparto precoz o primaria.....	10
2.1.2 Etiología de la Hemorragia Postparto Primaria.....	11
- Por atonía uterina.....	11
- Por retención de restos placentarios.....	12

- Por desgarros o laceraciones del trato genital.....	13
• Clasificación de los desgastes perineales.....	13
- Por trastornos de coagulación.....	14
2.1.3 Epidemiología de la Hemorragia Postparto Primaria.....	15
- En el mundo.....	15
- En U.S.A.....	16
- En México.....	17
2.1.4 Clasificación de la Hemorragia Postparto Primaria.....	17
- Primaria o precoz.....	17
- Tardía o secundaria.....	18
2.1.5 Factores de riesgo de la Hemorragia Postparto Primaria.....	18
- Maternos.....	18
• Edad materna avanzada.....	18
• Multiparidad.....	19
• Trabajo de parto prolongado.....	19
• Primigestas.....	20
• Sobredistensión uterina.....	20
• Administración de fármacos.....	20
2.1.6 Sintomatología de la Hemorragia Postparto Primaria.....	21
- Taquicardia e hipotensión.....	21

- Hemorragia.....	21
- Mareo.....	22
2.1.7 Diagnóstico de la Hemorragia Postparto Primaria.....	23
- Médico.....	23
• Exploración física.....	23
a) Inspección y palpación.....	23
- De gabinete.....	25
• Ultrasonido pélvico.....	25
- De laboratorio.....	25
• Biometría hemática.....	25
• Tiempos de coagulación.....	26
• Solicitar pruebas cruzadas.....	26
2.1.8 Tratamiento de la Hemorragia Postparto Primaria.....	27
- Médico.....	27
• Masaje uterino.....	27
• Revisión de cavidad uterina.....	27
• Retención de restos placentarios.....	28
• Reparación del trauma.....	28
a) Suturas con Catgut y ácido poliglicólico.....	29
• Compresión de la aorta.....	30

- Farmacológico.....	31
• Oxitocina.....	31
• Metilhergonovina / Ergonovina.....	31
• Carbetocina.....	31
• Misoprostol.....	32
- Quirúrgico.....	32
• Ligadura de arterias uterinas.....	32
• Ligadura de arterias hipogástricas.....	33
• La histerectomía subtotal y total.....	33
2.1.9 Complicaciones de la Hemorragia Postparto Primaria....	34
- Anemia.....	34
- Shock Hipovolémico.....	35
- Insuficiencia renal.....	36
- Muerte.....	36
2.1.10 Intervenciones de Enfermería Especializada	
Perinatal en mujeres con Hemorragia	
Postparto Primaria.....	37
- En la prevención.....	37
• Orientar a la embarazada sobre el control prenatal.....	37
• Realizar valoración en el tercer periodo de trabajo de parto.....	38
• Efectuar episiotomía solo en caso necesario.....	38



- En la atención.....	39
• Reconocer la causa específica de la hemorragia...	39
• Monitorizar signos vitales.....	40
• Instalar dos vías de grueso calibre.....	41
• Restablecer el volumen circulatorio.....	41
• Colocar oximetría de pulso.....	43
• Administrar oxígeno.....	44
• Colocar sonda Foley.....	45
• Solicitar laboratorios.....	46
• Valorar el estado de conciencia con la Escala de coma de Glasgow.....	47
• Preparar a la paciente en caso de cirugía.....	48
- En la rehabilitación.....	48
• Monitorizar a la paciente.....	48
• Valorar laboratorios de control.....	49
• Mantener a la paciente en reposo absoluto.....	50
• Valorar el estado hematológico.....	50
• Proporcionar la dieta prescrita.....	51
• Brindar apoyo psicológico.....	52
• Brindar consejería sobre métodos de planificación familiar.....	52

3. <u>METODOLOGÍA</u> .....	54
3.1 VARIABLES E INDICADORES.....	54
3.1.1 Dependiente: Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.....	54
- Indicadores:	
- En la prevención.....	54
- En la atención.....	54
- En la rehabilitación.....	55
3.1.2 Definición operacional: Hemorrágica Postparto Primaria.....	55
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	59
3.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA.....	60
3.2.1 Tipo.....	60
3.2.2 Diseño.....	61
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS.....	62
3.3.1 Fichas de trabajo.....	62
3.3.2 Observación.....	62
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> .....	63
4.1 CONCLUSIONES.....	63
4.2 RECOMENDACIONES.....	68

5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u> .....	78
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u> .....	88
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	100

## ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

	Pág.
ANEXO N° 1: MASAJE UTERINO BIMANUAL EN UNA EMBARAZADA.....	79
ANEXO N° 2: REVISIÓN Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD UTERINA.....	80
ANEXO N° 3: REPARACIÓN DE UN DESGARRO EN EL CANAL DE PARTO.....	81
ANEXO N° 4: COMPRESIÓN DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA.....	82
ANEXO N° 5: LIGADORA DE ARTERIAS UTERINAS.....	83
ANEXO N° 6: ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	84
ANEXO N° 7: MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	85
APENDICE N° 1: FACHADA DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE CONTLA.....	86
APENDICE N° 2: ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE LA ENFERMERA PERINATAL.....	87

## INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal, en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria, en el Hospital Comunitario de Contla, en Tlaxcala, Tlax.

Para realizar esta Investigación documental, se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan: En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación-problema, identificación del problema, justificación de la Tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos: General y Específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria, a partir del estudio y análisis de la Información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados, que tienen que ver con las medidas de atención de Enfermería en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria. Esto significa que el apoyo del Marco teórico ha sido Invaluable para recabar la Información necesaria que apoyen el problema y los objetivos de esta documentación documental.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria, así como también los

Indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la Tesina, así como también las técnicas e instrumentos de Investigación utilizados, entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se pueda contar de manera clara con las Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria para proporcionar una atención de calidad a este tipo de pacientes.

## 1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital Comunitario de San Bernardino Contla es una organización de primer nivel de atención que está ubicado en calle Emiliano Zapata No. 5, Sección séptima, en el municipio de Juan Cuamatzi, Tlaxcala. El objetivo primordial de este Hospital Comunitario, es el de brindar atención preventiva integral, consulta externa y atención médico quirúrgica, a aquellos pacientes que así lo requieran.

Para 1999 el Hospital comunitario empezó, como un Centro de Salud contando entonces con solo 3 médicos, 1 dentista y el servicio de medicina Preventiva y desde luego, el servicio de Enfermería. En ese entonces, el director era el Dr. Cristóbal Juárez Hernández. La misión principal del hospital es desde entonces, la atención primaria. Posteriormente se realizaron modificaciones, ampliando el número de consultorios para poder brindar una atención de calidad.<sup>1</sup> (Ver Apéndice No. 1: Hospital Comunitario de Contla)

En enero de 2006 deja de ser un Centro de salud, para convertirse en Hospital Comunitario, mejorando las instalaciones y con la anuencia del Dr. Julián Velázquez Llorente, entonces, Secretario de salud de Tlaxcala. A partir de esta fecha, se abre las instalaciones con una nueva

---

<sup>1</sup> Hospital Comunitario de Contla. Diagnóstico Situacional del Departamento de Enfermería. Tlaxcala, Tlax. 2009. p. 5.

imagen y una nueva infraestructura, dando servicio desde a finales del 2006 a 11 secciones pertenecientes al Municipio.

Actualmente, el Hospital Comunitario cuenta con médicos Generales, médicos Especialistas, personal administrativo y Enfermeras que han sido en todo momento el recurso prioritario del Hospital. Los servicios que provee el Hospital son: Medicina preventiva, salud reproductiva y Odontología. En el área de servicios generales se cuenta con mantenimiento, farmacia, comedor y caja. Desde luego, para la atención medico quirúrgica el hospital tiene otros servicios como: Pediatría, Ginecobstetricia, Laboratorio, Trabajo social, Rayos x en los turnos matutino y vespertino. De hecho, son 150 personas las que ya tiene el Hospital Comunitario de San Bernardino Contla, actualmente.

Dentro de todos estos servicios el personal de Enfermería constituye más del 60% del total del personal. Existen alrededor de 45 Licenciadas en Enfermería, 10 Enfermeras generales y 5 Especialistas.

Todas las Licenciadas en Enfermería así como las Especialistas brindan un servicio profesional a los pacientes aunque todavía sustentan la categoría de Auxiliares de Enfermería porque no han conseguido su nivelación profesional por la carencia de plazas.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ibid. p. 6.



Lo anterior que pudiera constituirse en un problema, se convierte en una oportunidad de preparación especializada para poder coadyuvar en las patologías que presentan los pacientes y tratar de evitar las complicaciones graves y puedan tener las mujeres embarazadas con trabajo de parto prolongado.<sup>3</sup>

Por ello, es sumamente importante contar con personal de enfermería especializado que coadyuve en el tratamiento de las mujeres embarazadas con Hemorragia Postparto Primaria y también en la prevención de esta patología, para evitar riesgos innecesarios a los pacientes.

Por lo anterior, en esta Tesina se podrán definir en forma clara cuál es la participación de la Enfermera Especialista Perinatal para coadyuvar en la atención de las mujeres embarazadas con Hemorragia Postparto Primaria.

## 1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermera Especialista Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria, en el Hospital Comunitario de San Bernardino Contla, en Tlaxcala?

---

<sup>3</sup> Id.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones: En primer lugar, se justifica porque las mujeres con Hemorragia Postparto Primaria son una verdadera urgencia médica y la principal causa de muerte en México.

Esta patología es provocada con frecuencia por atonía uterina, retención de restos placentarios y laceraciones del tracto genital. Por ello, el aspecto preventivo es de suma importancia para evitar que las pacientes lleguen a sufrir algún tipo de sangrado obstétrico.

En segundo lugar esta investigación documental se justifica porque se pretende valorar la identificación y control de los factores de riesgo para así contribuir a la prevención de las Hemorragias Postparto. Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal debe llevar un buen control prenatal y al momento del trabajo de parto, llevar a cabo el manejo activo del tercer periodo, para que se pueda prevenir la Hemorragia Postparto.

Por ello, en esta tesis es necesario sustentar las bases de lo que la Enfermera Especialista debe realizar, a fin de proporcionar medidas tendentes a disminuir la morbi-mortalidad de mujeres por Hemorragia Postparto Primaria.

#### 1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Obstetricia y Enfermería.

Se ubica en Obstetricia porque esta especialidad médica se encarga de atender las situaciones fisiológicas y fisiopatológicas que tienen que ver con el embarazo, parto y puerperio, así como dar solución a las complicaciones presentadas en cada etapa.

Se ubica en Enfermería porque este personal, siendo Especialista de Enfermería Perinatal, debe suministrar intervenciones en mujeres con Hemorragia Postparto dando una atención desde los primeros síntomas, para evitar entonces, la muerte de las pacientes. Por ello, la participación de la Enfermera Especialista Perinatal es de vital importancia tanto en el aspecto preventivo, curativo y de rehabilitación, para evitar la mortalidad de las pacientes puérperas.

#### 1.5. OBJETIVOS

##### 1.5.1. General

Analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria en el Hospital Comunitario de San Bernardino Contla, en Tlaxcala.

### 1.5.2. Específicos

- Identificar las principales Intervenciones que la Enfermera Especialista Perinatal debe realizar en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación, en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.
- Proponer las diversas intervenciones que el personal de Enfermería Especializado debe llevar a cabo en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN MUJERES CON HEMORRAGIA POSTPARTO PRIMARIA

#### 2.1.1. Conceptos básicos

##### - De Hemorragia

Se define a la hemorragia, como la pérdida sanguínea, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150ml / min.<sup>4</sup>

Para A. Adell la define como el sangrado excesivo que provoca síntomas de debilidad, vértigo, síncope y/o signos de hipovolemia con hipotensión, taquicardia u oliguria.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica. México, 2013. p. 8. Disponible <http://www.cenetec.salud.gob.mx/> Consultado el 20 de abril de 2013.

<sup>5</sup> A. Adell y Cols. *Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva*. México, 2013. p.43. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net/> Consultado el 14 de abril del 2013.

- De Hemorragia postparto

Para F. Gary Cuning y Cols han definido la hemorragia postparto la perdida de 500ml o más de sangre después que se completa el tercer periodo de trabajo de parto.<sup>6</sup> De Igual forma, para J. Roberto Ahued Ahued y Cols la Hemorragia Postparto se define como la pérdida sanguínea mayor de 1000 ml después del nacimiento, sea parto o cesárea.<sup>7</sup> Así mismo para Mabel Rivero y Cols, es la pérdida sanguínea mayor de 500ml o un descenso del 10% o más del hematocrito durante las primeras horas después del parto.<sup>8</sup>

- Hemorragia postparto precoz o primaria

La Hemorragia Posparto Primaria (HPP) puede producirse en cualquier momento después del parto hasta pasadas cuatro semanas del mismo. De este modo, se clasifica en precoz porque se presenta en las primeras 24 horas.

---

<sup>6</sup> F. Gary Cunningham y Cols. *Williams Obstetricia*. Ed. McGraw-Hill. 23. ed. México, 2006. p. 759.

<sup>7</sup> José Roberto Ahued Ahued y Cols. *Ginecología y Obstetricia aplicadas*. Ed. Manual Moderno. 2<sup>a</sup>. ed. México, 2003. p. 659.

<sup>8</sup> Mabel Rivero y Cols. *Hemorragia postparto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento*. México, 2013. p.12. Disponible en <http://www.unne.edu.ar> Consultado el 22 de abril del 2013

Así, la hemorragia precoz es más frecuente y ocurre aproximadamente en el 5% de los partos.<sup>9</sup> Se considera primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina en el 80% de los casos.<sup>10</sup>

### 2.1.2. Etiología de la Hemorragia Postparto Primaria

- Por atonía uterina

La atonía uterina es un término utilizado en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por la retención de restos placentarios o por una infección. Por lo general, la contracción del miometrio comprime los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina.<sup>11</sup>

Entonces, una carencia de contracciones uterinas postparto pueden causar una hemorragia obstétrica que son causadas por atonía uterina, sobredistención uterina prolongada que a su vez es causada por

---

<sup>9</sup> Laura Jiménez y Cols. *Obstetricia II*. 2ª. ed. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Antología: México, 2008. p. 444.

<sup>10</sup> Secretaría de Salud. *Guía de práctica clínica*. México, 2013. p. 8. Disponible <http://www.cenetec.salud.gob.mx/> Consultado el 30 de abril del 2013.

<sup>11</sup> Jaime Botero V. y Cols. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Tinta Fresca. 8va. ed. México, 2008. p. 211.

embarazo múltiple o polihidramnios lo que puede producir una alteración en la fuerza contráctil del útero, tras el alumbramiento, pudiendo producir al final, la hemorragia postparto.

- Por retención de restos placentarios

La retención de los restos placentarios se dan cuando hay un alumbramiento incompleto y que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea. Su frecuencia es variable y está relacionada con las habilidades y experiencia del personal que realiza la atención obstétrica.

Si al revisar la placenta después del alumbramiento se nota que falta uno o varios cotiledones o fragmentos de las membranas, se puede hacer el diagnóstico de alumbramiento incompleto. Entonces, si se aprecia la retención de algunos fragmentos o membranas, se efectuará un legrado manual suave con gasa hasta constatar que no existan restos placentarios.<sup>12</sup>

En caso de que la paciente presente sangrado transvaginal fresco con coágulos acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posterior al parto, se podrá sospechar en la retención de restos placentarios o de infección puerperal.

---

<sup>12</sup> Mousa HA, Alfirevic Z. *Tratamiento para la hemorragia postparto primaria*. Chichester, Reino Unido. 2008. p. 432. Disponible en <http://www.update-software.com/> Consultado el 25 de abril del 2013.



- Por desgarros o laceraciones del tracto genital

Los desgarros o laceraciones del tracto genital son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto. La severidad de estas lesiones, varía de acuerdo con su extensión, y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa, hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.<sup>13</sup>

- Clasificación de los desgarros perineales

El desgarre perineal se puede clasificar en: Primero, segundo y tercer grado. El primer grado comprende solamente la mucosa vaginal, la horquilla y la piel del periné. El segundo grado comprende el cuerpo perineal, lesionando el músculo transverso del periné y exponiendo el esfínter y el tercer grado abarca el cuerpo perineal, con lesión al esfínter rectal y los músculos perineales profundos. Si sólo lesionan el esfínter se les llama incompletos y si el recto se encuentra abierto, se les considera completos.

---

<sup>13</sup> Secretaría de Salud. *Urgencias Obstétricas en primer nivel*. México, 2013. p. 36. Disponible <http://www.salud.gob.mx> Consultado el 28 de mayo del 2013

- Por trastornos de la coagulación

Durante el embarazo existe un delicado equilibrio entre la coagulación y la anticoagulación que se ve alterado con cierta facilidad en el puerperio, bien en un sentido en las hemorragias, como en otro en las trombosis. De hecho, las coagulopatías hemorrágicas pueden ser congénitas o adquiridas (desprendimiento de placenta, preclamsia, feto muerto, sepsis, etc.), y cuando son graves o mantenidas, pueden provocar a su vez, un cuadro que las agrava llamado Coagulopatía de Consumo, producido por el agotamiento de los factores de coagulación.<sup>14</sup>

Por tal motivo, el éxito del tratamiento de la hemorragia postparto está relacionado con la rapidez en cómo se realiza el diagnóstico y en la instauración inmediata de la conducta adecuada. Las situaciones graves como la Coagulopatía de Consumo, pueden corregirse mediante la reposición urgente de los productos sanguíneos (plasma y crioprecipitados necesarios) y al mismo tiempo, debe actuarse sobre la causa etiológica que la ocasionó.

---

<sup>14</sup> Charles R. B. Beckmann y Cols. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Lippincott Williams. 6ta ed. Washington, 2010. p. 133.

### 2.1.3. Epidemiología de Hemorragia Postparto Primaria

- En el mundo

La muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio constituye un evento común alrededor del mundo. Cada año, 99% de las 529.000 muertes maternas estimadas y 98% de las 5,7 millones de muertes perinatales estimadas ocurren en países en vías de desarrollo.<sup>15</sup>

Así, cada año ocurren 166,000 muertes maternas por hemorragia (25% de la mortalidad materna a escala mundial) de donde el 90% de estas muertes son evitables. Recientemente se ha señalado que 14.000,000 de mujeres en el embarazo y en el parto, presentan hemorragia que ponen en peligro sus vidas, 70% de estas ocurren en las primeras 4 horas. De hecho, entre 70 y 75% de la mortalidad materna por hemorragia se presenta en el posparto.<sup>16</sup>

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más frecuentes que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos,

---

<sup>15</sup> Rodrigo Cifuentes. *Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias*. Ed. Distribuna. 2da. ed. Bogotá, 2009. p. 257.

<sup>16</sup> Danilo Nápoles. *Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto*. México, 2013. p. 23. Disponible en <http://scielo.sld.cu/>  
Consultado el 10 de abril del 2013.

han hecho que su incidencia no supere el 5%(los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados.<sup>17</sup>

- En U.S.A

En Estados Unidos de Norteamérica las probabilidades de morir por una HPP son de 1 en 100,000 partos, en Estados Unidos e Inglaterra y es 100 veces mayor en los países subdesarrollados. Puede traer muchas complicaciones incluso llevar a una histerectomía en algunos casos. La incidencia de HPP varía de acuerdo al criterio que se utilice para definirla, con un rango de 3.9% al 18%.<sup>18</sup>

De hecho, la HPP se presenta en un 5% a 8% de los partos vaginales, y constituye la tercera causa de mortalidad materna en Estados Unidos. La mortalidad está ligada con el volumen sanguíneo perdido y el estado de salud de la paciente. Además, la pobreza, estilo de vida, desnutrición y la falta de decisión sobre paridad materna, son factores que influyen el pronóstico.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> H. Karlsson. *Hemorragia Postparto*. México, 2013. p.12. Disponible en <http://Scielo.isciii.es/> Consultado el 10 de abril del 2013.

<sup>18</sup> Krisha McCoy. *Hemorragia Postparto*. México, 2013. p. 22. Disponible en <http://keckmedicalcenterofusc.org/> Consultado el 12 de abril del 2013.

<sup>19</sup> Andrés Sarmiento y Cols. *Ginecología y Obstetricia*. Ed. Celsus. Bogotá, 2011. p. 229.

- En México

En México se considera que la incidencia es de 2% a 4%, pero muy probablemente se encuentre muy por encima de este porcentaje, ya que existen factores que hay que tomar en cuenta.<sup>20</sup> De hecho, en México la HPP es la segunda causa de muerte materna, y esto es lamentable ya que una gran porción de estas muertes son prevenibles en su totalidad. La decisión y el tratamiento oportuno hacen la diferencia entre salvar la vida sin secuelas o desarrollar algún daño a órgano e incluso morir. Esto depende del abordaje de la hemorragia posparto.<sup>21</sup>

#### 2.1.4. Clasificación de la Hemorragia Postparto Primaria

- Primaria o precoz

Se llama Hemorragia Posparto Primaria, si esta ocurre en las primeras 24 horas después del parto. Esta HPP más frecuente y ocasiona mayor morbimortalidad materna.

---

<sup>20</sup> Roberto Ahued Ahued. Op. cit. p. 660

<sup>21</sup> Luis Espinosa Torres. *Parto: mecanismo, clínica y atención*. Ed. Manual Moderno. México, 2009. p. 279

- Tardía o secundaria

Se denomina Hemorragia Posparto tardía o secundaria si ocurre desde las 24 horas hasta la sexta semana del parto.<sup>22</sup>

#### 2.1.5. Factores de riesgo de la Hemorragia Postparto Primaria

- Maternos
  - Edad materna avanzada

En una comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años se mostró que en las últimas existe mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preclamsia, hemorragia del tercer trimestre, parto por cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Además, hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años.<sup>23</sup>

Entonces, al realizar una regresión logística para determinar la influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y

---

<sup>22</sup> Jensen M. Castillo Lechado. *Hemorragia postparto*. México, 2013. p.12. Disponible en: <http://www.slideshare.net/> Consultado el 24 de mayo del 2013

<sup>23</sup> Verónica Chamyp y Cols. *Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años*. México, 2013. p .1. Disponible en: <http://www.scielo.cl/> Consultado el 23 de abril del 2013

eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. En conclusión la edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos ya que hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.

- Multiparidad

Las pacientes de mayor edad y multíparas, tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de Hemorragia Posparto, en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad.<sup>24</sup>

- Trabajo de parto prolongado

También el trabajo de parto prolongado es un factor de riesgo desde la detención del trabajo de parto, luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las

---

<sup>24</sup> H. Karlsonn, Pérez Sanz y Cols. *Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multípara: estudio retrospectivo observacional*. México, 2013. p. 2. Disponible en <http://zl.elsevier.es/> Consultado el 20 de mayo del 2013

12 horas. La frecuencia de esta anomalía es del 0.33-1.5% de los partos.<sup>25</sup>

- Primigestas

Las primigestas también son un factor de riesgo si han tenido mayor frecuencia de obesidad, preclamsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal.<sup>26</sup>

- Sobre distención uterina

La sobre distención uterina se puede presentar por embarazo gemelar, por aumento de líquido en el saco amniótico (polihidramnios) y por macrosomía fetal.<sup>27</sup>

- Administración de fármacos

La administración de fármacos también es un factor de riesgo desde el manejo prolongado de oxitocina, u otros fármacos como son: Sulfato de magnesio y Tocolíticos.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Id.

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Fernando Rivera Fortín y Cols. *Hemorragia postparto*. México, 2013. p. 23. *Disponible en* <http://www.slideshare.net/> Consultado el 14 de abril del 2013.

<sup>28</sup> Ibid.



### 2.1.6. Sintomatología de la Hemorragia Postparto Primaria

- Taquicardia e hipotensión

En la paciente con HPP se presenta la taquicardia, hipotensión arterial, palidez tegumentaria, disminución de la presión venosa central, disminución del gasto urinario, choque hipovolémico.<sup>29</sup> Al mismo tiempo, la paciente presenta también el cuadro del shock hemorrágico con: palidez, sudoración, polipnea, etc., a los que se suman los dos signos capitales: hipotensión y taquicardia, que pueden alcanzar grados extremos.<sup>30</sup>

- Hemorragia

El signo más evidente en la HPP es el sangrado vaginal abundante durante las primeras 24 horas después del parto. Si el sangrado no es evidente, otros signos pueden ser: Presión sanguínea reducida, taquicardia, conteo reducido de glóbulos rojos, anemia, inflamación y dolor en el área vaginal y perineal.<sup>31</sup> Además se presenta: taquipnea y llenado capilar retardado de tres a cuatro segundos, seguidos de alteraciones ortostáticas y limitación de la tensión arterial diferencial.

---

<sup>29</sup> Irma Mendoza Arestegui. *Ginecobstetricia Guías*. Ed. El Manual Moderno. México, 1996. p. 258.

<sup>30</sup> Ricardo Schwarcz y Cols. *Obstetricia*. Ed. El ateneo. 5ta. ed. Buenos Aires, 1996. p. 534.

<sup>31</sup> Krisha McCoy. Op. cit. p. 3

Los signos tardíos son: hipotensión arterial (menos de 90/60mm de hg), oliguria (menos de 30 ml/hora o de 0,5 ml/kg/hora).<sup>32</sup>

- Mareo

El mareo es una alteración del equilibrio que se acompaña de sensaciones desagradables de vacío en la cabeza, inseguridad e inestabilidad, sensación de malestar y de desmayo inminente, acompañado todo ello, de náuseas, vómitos, sudoración fría y palidez.<sup>33</sup>

Aunque se suele hablar indistintamente de uno y de otro, el vértigo no es lo mismo que la sensación de mareo, ya que las personas con éste problema sienten como si realmente estuvieran girando o moviéndose, o como si el medio ambiente mismo estuviera girando. La principal diferencia entre ambos, es que el vértigo hace referencia siempre a una alteración del sistema vestibular (alojado en el oído interno y cuyo centro neurológico está en el tronco del encéfalo), mientras que el mareo es un trastorno del equilibrio no siempre relacionado con dicho sistema. Un mareo se presenta cuando al cerebro no aporta suficiente sangre, lo cual puede suceder si: se presenta una disminución repentina en la presión arterial, si el cuerpo no tiene suficiente agua o si se levanta demasiado rápido después de estar en estado de reposo.

---

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Id.

### 2.1.7. Diagnóstico de la Hemorragia Postparto Primaria

- Médico
  - Exploración física
    - a) Inspección y palpación

En la inspección se valora la presencia de hemorragia posterior al alumbramiento, en el parto vaginal. Entonces se deberá descartar la hipotonía uterina, la presencia de desgarros del cérvix, vagina y la ruptura uterina. En la cesárea, la hipotonía uterina y el acretismo placentario y en ambos, alteraciones de la coagulación.<sup>34</sup>

Es muy útil realizar un enfoque etiológico teniendo en cuenta si la placenta fue o no expulsada y la nemotecnia de las 4T (tono, trauma, tejido y trombina) así como tener presente las causas más frecuentes: Por ejemplo, la atonía y los traumatismos del canal del parto producen el 90% de todas las hemorragias postparto, por lo cual siempre

---

<sup>34</sup> Secretaría de Salud. *Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención*. México, 2013. p. 4. Consultado el 14 de mayo del 2013.

lo primero a examinar debe ser el tono uterino y la integridad del canal del parto.<sup>35</sup>

En el postparto inmediato, la presencia de sangrado transvaginal, abundante, rojo rutilante, constante y útero flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual, son datos de atonía uterina.<sup>36</sup> El diagnóstico suele ser evidentemente, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera).<sup>37</sup>

Si en el tratamiento no se actúa oportunamente, la anemia y la insuficiencia circulatoria causan palidez, sudoración, pulso rápido y caída de la presión arterial, también puede haber insuficiencia respiratoria. Si el útero está atónico, parte de la sangre puede permanecer dentro de él y hacer que el fondo se eleve.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Gizela Gutiérrez de la Hoz. *Protocolo: manejo para las hemorragias postparto*. México, 2013. p. 7. Disponible en <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/> Consultado el 18 de mayo del 2013

<sup>36</sup> Tito Sergio Anaya Coeto y Cols. *Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato*. México, 2013. p. 13. Disponible en <http://www.conetec.salud.gob.mx/> Consultado el día 22 de mayo del 2013

<sup>37</sup> H. Karisson y Cols. Op. cit. p.162.

<sup>38</sup> Sir Stanley G. y Cols. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Ed. El Manual Moderno. México, 1991. p. 115.

Es más frecuente basar el diagnóstico en: la clínica (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea) y en los datos analíticos (descenso del 10% o más del hematocrito entre una determinación realizada a la admisión y el período postparto).<sup>39</sup>

- De gabinete
  - Ultrasonido pélvico

El Ultrasonido pélvico puede apoyar esa impresión al reconocer la presencia de tejido en la cavidad uterina.<sup>40</sup>

- De laboratorio
  - Biometría hemática

Se requiere una Biometría hemática completa para evaluar la hemoglobina y el hematocrito y cuenta de plaquetas. Hay que tomar en cuenta que en pacientes con hemorragia aguda existe hemoconcentración, por lo que se debe repetir el estudio 8 o 10 horas después para valorar realmente el estado de la paciente. La biometría

---

<sup>39</sup> JM Arenas y Cols. *Fundamentos de obstetricia*. Ed. Grupo Ene. Madrid, 2007. p. 758.

<sup>40</sup> Julio Fernández Alba. *Obstetricia clínica*. Ed. McGraw-Hill. 2da. ed. México, 2009. p. 531.

hemática demuestra disminución del hematocrito y hemoglobina, con anemia normocrómica variable según el tiempo y la magnitud de la hemorragia.<sup>41</sup>

- Tiempos de coagulación

También se requiere el tiempo de Protrombina y tiempo parcial de Tromboplastina para evaluar las alteraciones en la coagulación. Además, los productos de degradación de la fibrina, los cuales servirán para valorar la magnitud de las alteraciones en la coagulación y descartar una coagulopatía por consumo.

- Solicitar pruebas cruzadas

Se requiere también contar con Grupo sanguíneo y RH para cruzar sangre y plasma.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Roberto Ahued Ahued. Op. cit. p. 660.

<sup>42</sup> Irma Mendoza Arestegui. Op. cit. p. 258.

### 2.1.8. Tratamiento de la Hemorragia Posparto Primaria

- Médico
  - Masaje uterino

En pacientes con HPP una técnica de masaje llamada masaje uterino bimanual puede controlar el sangrado. Se debe colocar una mano en la vagina para empujar el útero, mientras se realiza presión sobre el abdomen con la otra mano. Esto genera la contracción del útero relajado, lo que hace más lento el sangrado.<sup>43</sup> (Ver Anexo No. 1: Masaje uterino bimanual)

- Revisión de cavidad uterina

El examen de la placenta después de una extracción normal puede revelar pérdida de cotiledones, de manera que la exploración manual de la cavidad uterina debe ser realizada para verificar si la remoción de la placenta es completa.<sup>44</sup> (Ver Anexo No. 2: Revisión y limpieza de la cavidad uterina)

---

<sup>43</sup> Krisha McCoy y Cols. Op. cit. p. 4.

<sup>44</sup> Andrés Calle y Cols. *Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima, 2008 p. 237. Disponible en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/> Consultado el día 10 de abril del 2013.

- Retención de restos placentarios

La retención de restos placentarios suceden cuando uno o más lóbulos placentarios quedan retenidos, lo cual impide que el útero se contraiga eficazmente.<sup>45</sup> Entonces, si el alumbramiento fue normal, pero la extracción de la placenta difícil, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina no importa que la pérdida sanguínea sea normal. Lo mismo sucede cuando el examen de la placenta revela algún grado de defecto como es la falta de un cotiledón o la ruptura.<sup>46</sup>

- Reparación de trauma.

Por lo general, la hemorragia por laceraciones vaginales se puede controlar con suturas que se aplican en forma precisa para asegurar que se aproximen toda la longitud del área lesionada. Es esencial un asistente para exponer las laceraciones si la hemorragia es excesiva o la vagina superior está afectada.<sup>47</sup>

Por lo general, la hemorragia continua se puede controlar después de las suturas, mediante la presión con un empaque vaginal firme. Se

---

<sup>45</sup> Analía Valeria Ortiz Gailan y Cols. *Hemorragia puerperal*. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Buenos Aires, 2008. p. 19. Disponible en <http://med.unne.edu.ar/>. Consultado el día 12 de abril del 2013.f

<sup>46</sup> Jaime Botero Uribe. Op. cit. p. 309.

<sup>47</sup> J. Robert Willson y Cols. *Ginec obstetricia*. Ed. El Manual Moderno. México, 1991. p. 479.



deben reparar las laceraciones cervicales sin importar si presentan hemorragia. Las hemorragias profundas que se extienden hacia arriba, al segmento uterino inferior, con frecuencia presentarán hemorragia profusa; a menos que el extremo superior de la laceración se pueda identificar y suturar. Por lo general, la histerectomía es necesaria para controlar la hemorragia por rotura uterina. (Ver Anexo No 3: Reparación de un desgarro del canal de parto)

#### a) Suturas con Catgut y ácido poliglicólico

El Catgut simple se elabora a partir de colágeno derivado de los intestinos de mamíferos sanos (ovinos y bovinos) y se ha informado que causa una respuesta inflamatoria en los tejidos debido al hecho de que es degradado por las enzimas proteolíticas y por fagocitosis. Es un material muy inestable e imprevisible en cuanto al tiempo de absorción, especialmente si hay infección de la herida o desnutrición. El catgut puede ser tratado con sales de cromo (catgut cromado) para evitar que absorba tanta agua como catgut simple, lo cual retrasa el proceso de absorción y reduce la reacción inflamatoria. En 2001, luego de la discusión con la Medical Devices Agency, el Catgut dejó de estar disponible en el mercado del Reino Unido; sin embargo, todavía se usa en países no europeos.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Christine Kettle y Cols. *Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado*. México, 2013. p. 2. Disponible en <http://www.updatesoftware.com/> Consultado el 23 de mayo del 2013.

Por otra parte, las suturas de poliglactina 910 estándar (*Vicryl*<sup>®</sup>) están preparadas a partir de un copolímero de glicólido y láctido en un cociente de 90/10 y las sustancias se derivan de los ácidos glicólico y láctico. El material es trenzado para mejorar su manipulación y se recubre con una combinación de un copolímero de láctido y glicólido en un cociente de 65/35 y un cociente igual de estearato de calcio para reducir la adherencia bacteriana y el arrastre tisular. Las suturas de ácido poliglicólico (*Dexon*<sup>®</sup>) se producen a partir de un homopolímero de glicólido y no se agrega ningún colorante, de manera que el material resultante es de color marrón claro. El polímero se transforma en un material de sutura trenzado que es muy similar en su composición a la poliglactina 910 estándar.<sup>49</sup>

- Compresión de la aorta

La compresión de la aorta a través de la pared abdominal, con el puño cerrado, puede ser una alternativa al masaje bimanual para tratar de disminuir el sangrado.<sup>50</sup> (Ver Anexo No 4: Compresión de la arteria hipogástrica)

---

<sup>49</sup> Ibid. p. 23.

<sup>50</sup> Jaime Botero U. y Cols. Op. cit. p. 214.

- Farmacológico

- Oxitocina

La oxitocina se debe infundir 20 U.I en un litro de líquidos a 60 gotas por minuto. O Por vía I.M. 10 a 20 unidades. Seguidas en los casos graves, de perfusión intravenosa con 20 a 40 unidades un litro de solución, dosis máxima no más de 3 litros de líquidos iv que contengan oxitocina, no se administra en bolo I.V.

- Metilhergonovina/Ergonovina.

La Metilhergonovina o Ergonovina se aplica lentamente 0.2 mg y como dosis continua repita 0.2 mg IM después de 15 minutos, si se requiere se debe administrar 0.2 mg IM O IV (lentamente) cada 4 horas y como dosis máxima hasta 5 dosis con un total de 1.0mg. Está contraindicada en Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía, y no se administra en bolo IV.

- Carbetocina

La Cabetocina se administra en 100mcg una sola vez en bolo, en un lapso de 1 minuto y ya no se administra después en dosis continua. La

dosis máxima es de 100 mcg (una ampolleta de 1 ml). Está contraindicado en hipertensión crónica, insuficiencia coronaria.<sup>51</sup>

- Misoprostol

El Misoprostol se administra por vía oral o sublingual es única dosis y la dosis máxima es de 600mcg. Está contraindicado en pacientes con asma.<sup>52</sup>

- Quirúrgico

- Ligadura de arterias uterinas

La ligadura de las arterias uterinas es un procedimiento poco dificultoso que puede ser altamente efectivo en controlar el sangrado. Se ha informada hasta 95 % de eficacia con este procedimiento. Esta ligadura ha pasado a ser la técnica de primera elección, desplazando a un segundo plano la ligadura de las arterias ilíacas internas (arterias hipogástricas), debido a su mejor accesibilidad y a su localización no tan próximas a uréteres o venas ilíacas,<sup>53</sup> lo que le confiere un mayor

---

<sup>51</sup> Thomas F. Baslcett. *Manual básico de las urgencias obstétricas*. Ed. Limusa. México. 2000. p. 211

<sup>52</sup> Edgardo Abalos y Cols. *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto*. México, 2013. p. 13. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/> Consultado el 30 de abril del 2013

<sup>53</sup> Harrison H. y Cols. Op. cit. p.165.

porcentaje de éxito al disminuir complicaciones iatrogénicas.<sup>54</sup> (Ver Anexo No. 5: Ligadura de arterias uterinas)

- Ligadura de arterias hipogástricas

La ligadura de arterias hipogástricas son un recurso que se utiliza cuando han fracasado las otras medidas. Debe efectuarse inmediatamente por debajo del tronco posterior. Después del procedimiento, que debe ser bilateral, se observa la contracción del útero, la disminución de la hemorragia, de la presión del pulso y de la tensión arterial media.<sup>55</sup>

- La histerectomía subtotal y total

La histerectomía subtotal y total puede estar indicada si fallan todos los otros métodos para controlar la hemorragia. No se debe retrasar hasta que la paciente este agonizando. Cuando está indicada la histerectomía, la técnica subtotal es la de elección para asegurar menor pérdida sanguínea, tiempo quirúrgico y anestésico,<sup>56</sup> pero cuando existen soluciones de continuidad que comprometen la hemostasia en útero, segmento y cuello, se debe realizar la histerectomía total.

---

<sup>54</sup> Andrés Calle y Cols. Op. cit. p. 240.

<sup>55</sup> Jaime Botero Uribe y Cols. Op. cit. p. 309.

<sup>56</sup> Robert Willson y Cols. Op. cit. p. 479.

### 2.1.9. Complicaciones de la hemorragia postparto primaria.

#### - Anemia

Las señales clínicas de la anemia, muchas veces, no son percibidas. De hecho, en algunos países en desarrollo, la mayoría de las personas aparentemente normales están anémicas. El médico debería siempre considerar que la anemia es un indicador de una enfermedad subyacente. De hecho la anemia se define generalmente como la reducción de la concentración de hemoglobina. El límite para diferenciar al paciente anémico del normal es dos desvíos estándar por debajo de la media para la población normal.<sup>57</sup>

El diagnóstico inicial del paciente con anemia incluye una historia clínica detallada, seguida de un examen físico completo y un número limitado de estudios. Cuando se justifique, pueden realizarse otros procedimientos de laboratorio. De esta manera y luego de caracterizar la etiología de la anemia, se podrá instaurar el tratamiento correspondiente. Por ejemplo la Biometría Hemática.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Danilo Nápoles Méndez. Op. cit. p.16.

<sup>58</sup> Irma Mendoza Arestegui. Op. cit. p. 259.

- Shock hipovolémico

El shock es un síndrome multifactorial, siempre secundario a una patología desencadenante que es claramente evidente en la mayoría de los casos. El cuadro de shock compromete la vida de los pacientes y se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que dependen de la enfermedad subyacente, más los originados por la insuficiencia circulatoria aguda, la hipoperfusión periférica y los trastornos funcionales y metabólicos de los distintos órganos afectados.<sup>59</sup>

Las células necesitan energía para una función adecuada, por lo que el resultado final será una alteración en el metabolismo celular, con alteración de la integridad funcional de las células constituyentes órgano-específicas, desencadenándose la liberación de mediadores humorales y celulares.

Así el shock hipovolémico, está caracterizado por la pérdida del volumen eficaz circulante (se necesita una disminución rápida de la volemia, de hasta un 15-25%, para producir síntomas o signos clínicos de shock). Se incluyen bajo este término; el shock hemorrágico y el shock hipovolémico no hemorrágico. Destaca en ambos, la caída de la presión venosa central (PVC), presión capilar pulmonar (PcP) y gasto cardiaco (GC), con disminución acompañante del transporte y del

---

<sup>59</sup> Ángel Moreno Sánchez y Cols. *Manejo del paciente en situación de shock*. México, 2013. p. 11. Disponible en <http://www.medynet.com/> Consultado el día 25 de mayo del 2013

consumo de O<sub>2</sub>, aunque esto no sucede desde un primer momento, debido al efecto compensador inicial del aumento de extracción de O<sub>2</sub>.

- Insuficiencia renal

La insuficiencia renal es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada. La etiología es múltiple y aún en la actualidad la morbilidad y mortalidad es elevada. La retención de sustancias nitrogenadas es secundaria a una disminución de la función renal fisiológica debido a una disminución de la perfusión renal, como ocurre en la deshidratación, hipotensión arterial, hemorragia aguda, insuficiencia cardíaca congestiva, e hipoalbuminemia severa, etc.<sup>60</sup>

- Muerte

Una hipovolemia no corregida origina pérdida de conciencia fracaso renal y muerte.<sup>61</sup> Las muertes maternas por hemorragia postparto ocurren en un 3.9% anteparto, en un 15.5% intraparto y 60.6% en el postparto inmediato y en caso de no producir la muerte, se asocia a complicaciones severas como: shock hipovolémico, insuficiencia renal

---

<sup>60</sup> Goldman L, Schafer AI. *Insuficiencia renal aguda*. México, 2013. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/> Consultado el día 24 de mayo del 2013

<sup>61</sup> Laura Jiménez Trujano. Op. cit. p.454



aguda, disfunción hepática, coagulación intravascular diseminada y muerte.<sup>62</sup>

#### 2.1.10. Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

- En la prevención
  - Orientar a la embarazada sobre el control prenatal

La información del control prenatal a la embarazada, implica todas las acciones y procedimientos médico y de Enfermería que se concretan en entrevistas y/o visitas programadas con el equipo de salud, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Esto se hace con el fin de realizar seguimiento de la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la salud de la futura madre y el feto.<sup>63</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe orientar y explicar el propósito del control prenatal que tiene como objetivo mantener la salud materna y fetal.

---

<sup>62</sup> Rodrigo Cifuentes y Cols. Op. cit. p. 257

<sup>63</sup> Secretaria de salud. *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*. Op. cit. p. 8.

- Realizar valoración en el tercer periodo de trabajo de parto

El alumbramiento dirigido en el tercer periodo del parto ayuda a prevenir la hemorragia posparto. Se realiza administrando 5 U.I. de oxitocina en bolo IV o 10 U.I. I.M. Si no se dispone de Oxitocina, se usa una ampolla de Metilergonovina vía intramuscular, o Ergometrina 0.2 mg después de asegurarse que no existe otro feto en el útero. Se espera unos minutos, hasta que el útero empiece a retraerse. En ese momento se debe traccionar el cordón suavemente mientras que con la otra mano se va rechazando el útero por encima de la sínfisis, hasta que la placenta es expulsada con mínimo sangrado.

Después, hay que revisar cuidadosamente la placenta y membranas, ver si está completa y si existe o no patología, en cuyo caso deberá ser enviado a anatomía patológica.<sup>64</sup>

- Efectuar episiotomía solo en caso necesario

La episiotomía debe efectuarse cuando el polo cefálico está coronando, el periné esté completamente adelgazado y durante una contracción, antes de que ocurra el desgarro. Si el parto no sucede de inmediato, los

---

<sup>64</sup> Juan Miguel Martínez-Galiano. *Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento*. México, 2013. p. 20. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/> Consultado el 4 de junio del 2013.

vasos deberán pinzarse con pinzas hemostáticas ligarlos, manteniendo firme una compresa de gasa en el área de episiotomía. Por ello, es de suma importancia dirigir el nacimiento y colocando la mano en la cabeza del recién nacido para evitar que la episiotomía se extienda.<sup>65</sup>

Por lo tanto la Enfermera Especialista Perinatal debe conocer cuándo y a quienes realizárselas por ejemplo se realiza cuando hay un perine poco elástico, cuando existe una musculatura atrófica, prematuridad, macrosomia, y cuando existe alguna presentación anómala. La Enfermera Especialista Perinatal debe conocer el objetivo de la episiotomía el cual consiste en ensanchar el tercio inferior de la vagina, anillo vulvar y periné, para de esta manera acortar el expulsivo y evitar desgarros de III y cuarto grado.

- En la atención
  - Reconocer la causa específica de la hemorragia

Es importante identificar la causa de la hemorragia por medio de la valoración, medir y registrar signos vitales, valorar el estado de

---

<sup>65</sup> Cristián Herrera R y Cols. *Intervención sobre las conductas clínicas para mejorar el cuidado obstétrico relacionado al parto: un estudio controlado randomizado en racimos*. México, 2013. p. 214-215. Disponible en <http://www.scielo.cl/> Consultado el 25 de mayo del 2013

conciencia con la escala de Coma Glasgow la cual evalúa la respuesta verbal, respuesta motora y apertura ocular.<sup>66</sup>

Por lo tanto, la Enfermera especialista debe identificar la causa de la Hemorragia para actuar oportunamente y establecer las medidas establecidas para evitar una complicación más grave.

- Monitorizar signos vitales

La estimación de signos vitales debe basarse en mediciones confiables, objetivos y gráficas digitalizadas basados en fenómenos reproducibles. Son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante. Los cuales son: la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial. En personas sanas estos signos no varían pero en enfermos, pueden variar considerablemente.<sup>67</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal mediante la observación y el registro continuo de los parámetros fisiológicos, debe valorar el estado actual de la paciente, su evolución y la repercusión de la terapéutica. Para una evaluación hemodinámica ya que el registro de estos datos debe ser minucioso para poder evaluar de una forma

---

<sup>66</sup> Charles Saunders. *Diagnóstico y tratamiento de urgencias*. Ed. El Manual Moderno. 3ª ed. México, 2000. p. 48.

<sup>67</sup> Susana Rosales Barrera y Eva Reyes. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Manual Moderno. 3ª ed. México, 2004. p.179.

correcta la respuesta al tratamiento. Por ello la hoja de enfermería de cuidados críticos es estandarizada.

- Instalar dos vías de grueso calibre

Según Sandra Nettina el líquido inicial a aplicar a las pacientes con HPP es el lactato de Ringer, el segundo es la solución salina normal, ya que si se utiliza una gran cantidad de ésta podría sobrevenir una acidosis hipoclorémica. La velocidad de la infusión depende de la gravedad de la pérdida de sangre y de la evidencia clínica de hipovolemia por lo que se debe administrar concentrado eritrocitario en caso de Hemorragia.<sup>68</sup>

Para ello, la Enfermera Especialista Perinatal debe instalar las venoclisis indicadas, de manera apropiada, evitando la multipunción de la paciente. De esta forma se permitirá el suministro de soluciones parenterales y medicamentos, etc.

- Restablecer el volumen circulatorio

#### a) Cristaloides

Charles Saunders menciona que para restablecer el volumen circulatorio se ha usado el Cloruro de sodio hipertónico de manera

---

<sup>68</sup> Sandra Nettina. *Enfermería Práctica*. Ed. McGraw-Hill. 6ª ed. México, 1999. p. 213.

experimental para el choque hipovolémico debido a la hemorragia. Estos líquidos toman agua de modo osmótico de los espacios extravasculares y pueden expandir el volumen sanguíneo con rapidez. Cuando se usan cristaloideos isotónicos para la reanimación se requiere la administración de cerca de tres a cuatro veces el déficit vascular para compensar la distribución entre los espacio intra y extra vasculares. Esta distribución se produce típicamente dentro de un plazo de 30 minutos después de que se administra el líquido. En el transcurso de dos horas, menos del 20% del líquido administrado, permanece en el espacio intravascular.<sup>69</sup>

En el caso de las soluciones coloides éstas contienen de peso molecular elevado que no se difunde con facilidad a través de la membrana capilar normal. Esta propiedad les permite ser retenidas por más tiempo en el espacio intravascular. Las soluciones coloides también aumentan la presión oncótica del plasma que según la Ley de Starling, debe extraer líquido del espacio instercial hacia el intravascular para expandir más el volumen. Así los coloides son soluciones que dependen del peso molecular alto de las sustancias para su efecto osmótico. Debido a que la barrera entre los espacios intra y extravasculares es parcialmente permeable al paso de estas moléculas, los coloides tienden a permanecer en el espacio intravascular durante periodos más prolongados que los cristaloideos.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> Charles Saunders. Op. cit. p. 55.

<sup>70</sup> Id

En cuanto a la sangre, Charles Sanders opina que los pacientes con choque hemorrágico moderado o grave necesitan sangre de tipo específico RH negativo o de donador universal (O negativa con títulos bajos contra antígenos eritrocitarios) si el choque persiste después de haber administrado más de 2 o 3 litros de soluciones cristaloides.<sup>71</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe restablecer el volumen circulatorio mediante infusión de cristaloides o coloides y transfusión sanguínea porque la reposición de líquidos es uno de los tratamientos para este tipo de patología.

- Colocar oximetría de pulso

La tecnología de la oximetría de pulso permite la vigilancia continua de la saturación de oxígeno arterial (saO<sub>2</sub>) ya que los sensores del oxímetro contienen emisores de luz roja como infrarroja y un foto detector que registra la luz que pasa a través del lecho vascular, que es la base para la determinación del microprocesador de la saturación de oxígeno. Los pacientes con alcalosis o con cifras bajas de CO<sub>2</sub> presentan oxigenación tisular inadecuada, aun con valores altos de saturación, lo que permite que la hemoglobina se fije más fácilmente con el O<sub>2</sub> en estas condiciones. Así, la oximetría de pulso es necesaria

---

<sup>71</sup> Id

para valorar continuamente la saturación de oxígeno e identificar de inmediato los decrementos que pueda indicar afección pulmonar.<sup>72</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe colocar el oxímetro a la paciente para estar monitorizando la saturación de oxígeno porque en una hemorragia se consume demasiado oxígeno y depende de ello, la buena recuperación de la paciente. De igual forma debe conocer las medidas del oxímetro de pulso y saber qué hacer en caso de una saturación menor de 95%. El nivel de oxígeno puede variar dependiendo de muchas cosas, por ejemplo: fumar, drogas, el hacer ejercicio, nadar, etc. Un rango de entre 95% y 100% se considera normal.

- Administrar oxígeno

La oxigenoterapia es un procedimiento terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia aumentando el contenido de oxígeno en la sangre arterial. Los factores que influyen en la oxigenación tisular son fundamentalmente la transferencia de oxígeno a través de la membrana alveolo-capilar, la concentración de hemoglobina en sangre y el volumen minuto cardíaco. La existencia de una alteración en alguno de estos factores, puede producir hipoxia. La necesidad de oxigenoterapia se determina mediante análisis y vigilancia oximétrica, así como mediante un examen clínico, considerando la enfermedad, condición

---

<sup>72</sup> Juan Luckman. *Cuidados de Enfermería*. Ed McGraw-Hill. México, 2000. p. 360



física y edad del paciente, que ayuda a definir el método más apropiado de administración.<sup>73</sup>

Los métodos más frecuentes para la administración de oxígeno, son puntas nasales, mascarilla facial y oxígeno transtraqueal. Joan Luckma comenta que esto aumenta la capacidad de transportar oxígeno a los tejidos y las células para prevenir acidosis por hipoxia.

Es por la falta de oxígeno de la paciente por lo que la Enfermera Especialista Perinatal debe garantizar un intercambio gaseoso adecuado revisando constantemente los cambios en la saturación de oxígeno, en los sonidos y ritmos respiratorios.

- Colocar sonda Foley

La extracción de la orina por sonda Foley es una técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior. Las indicaciones son: el control cuantitativo de la diuresis, la obtención de una muestra limpia de orina cuando no se puede obtener por los medios habituales, la recogida de orina de varias horas en pacientes inconscientes y la retención de orina.<sup>74</sup> La cantidad media de orina en 24 horas, oscila

---

<sup>73</sup> Id

<sup>74</sup> Id

entre 1200 y 1500 ml cifras que varían de acuerdo con la ingestión de líquidos las pérdidas cutánea y respiratoria. La densidad específica suele oscilar entre 1.003. La orina tiene un olor aromático peculiar el cual es característico. Normalmente tiene un PH de 5.5 a 6.5.<sup>75</sup>

De esta forma, la Enfermera Especialista Perinatal debe cuantificar diuresis horaria ya que es un dato importante y fidedigno para medir si existe perfusión renal o si es mínima considerando que es una de los principales signos de shock Hipovolímico.

- Solicitar laboratorios

Para una gran cantidad de estudios que requieren muestras sanguíneas, en algunos casos se debe conservar condiciones de ayuno, el cual puede prolongarse como mínimo 6 horas y en ocasiones, durante doce horas. Así los estudios de laboratorio permiten valorar la magnitud de los daños sufridos por el organismo a causa del estado hemorrágico y evaluar las intervenciones de enfermería encaminadas a buscar soluciones y cuidados. La sangre debe recolectarse en tubos de vidrio o plástico estériles (preferentemente tubos al vacío).<sup>76</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe tener sumo cuidado al recolectar las muestras de sangre con jeringa y agujas

---

<sup>75</sup> Judith L. Myers. *Enfermería Principios y Práctica*. Ed. Panamericana. Madrid, 2000. p. 214.

<sup>76</sup> Juan Luckman. Op. cit. p. 358.

estériles deben llenarse los tubos con precisión y agilidad, evitando en todo momento realizar procedimientos bruscos que puedan producir rompimiento de las células sanguíneas (hemolisis).

- Valorar el estado de conciencia con la Escala de Coma Glasgow

La escala de Coma Glasgow es una escala neurológica que permite medir el nivel de conciencia y evalúa 3 parámetros: apertura ocular, respuesta verbal, y respuesta motora. De acuerdo a la respuesta de la paciente se otorga un valor a cada parámetro. La suma de los tres valores constituye el resultado final de la Escala de Glasgow. Al analizar la apertura ocular el puntaje debe de ir desde 1 (la paciente no responde) hasta 4 (la apertura se produce de manera espontánea). En el caso de la respuesta verbal, los valores comienzan en 1 (no responde y llega a 5 (respuesta orientada). Por último, en cuanto a la respuesta motora, la escala completa va de 1 (sin respuesta) hasta 6 (la paciente obedece a órdenes verbales).<sup>77</sup> (Ver Anexo No 6: Escala de Coma de Glasgow).

---

<sup>77</sup> Laura M<sup>a</sup> Castelo Corral. *Escala de coma de Glasgow*. México, 2013. Disponible en <http://www.meiga.info/> Consultado el día 22 de mayo del 2013

- Preparar a la paciente en caso de cirugía

El período preoperatorio es el lapso que transcurre desde la decisión para efectuar la intervención quirúrgica a la paciente, hasta que es llevada a la sala de operaciones. La decisión tomada puede ser de manera urgente. La preparación preoperatoria en cirugía de urgencia se limita a detalles esenciales básicos, tales como canalizar una vena de grueso calibre, y realizar un vendaje de miembros inferiores y toma de laboratorios.<sup>78</sup>

Por tanto, la Enfermera Especialista Perinatal, debe preparar a la paciente para cirugía si lo requiere. Si la hemorragia es continua, la Especialista debe hacer presión en algún área específica acompañando a la paciente hasta la sala de operaciones.

- En la rehabilitación
  - Monitorizar a la paciente

La monitorización de la paciente se hace mediante la observación y el registro continuo de los parámetros fisiológicos para valorar el estado de la paciente y su evolución. Siempre se debe monitorizar a la paciente para detectar algún tipo de arritmias cardíacas que suelen complicar la

---

<sup>78</sup> Susana Rosales y Eva Reyes. Op. cit. p. 448.

hemorragia y desencadenar una arritmia ventricular que ponen en peligro la vida de la paciente.<sup>79</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal de ser necesario, debe preparar a la paciente para cirugía ya que si continúa la hemorragia, la cirugía ayudará a minimizar la pérdida de líquidos en forma masiva.

- Valorar laboratorios de control

Para una gran cantidad de estudios que requieren muestras sanguíneas, en algunos casos se debe conservar condiciones de ayuno puede, el cual puede prolongarse como mínimo 6 horas y en ocasiones hasta 12 horas. En cualquiera de los casos, deben seguirse las indicaciones generales a saber. De hecho, la sangre debe recolectarse en tubos de vidrio o plástico estériles, preferiblemente tubos al vacío. Así, los estudios de laboratorio permiten valorar la magnitud de los daños sufridos por el organismo a causa del estado hemorrágico y evaluar las intervenciones encaminadas al tratamiento.<sup>80</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal deberá realizar en la paciente los exámenes respectivos solicitados que corroboren el estado actual de salud y que además valore cada uno de ellos para corroborar la respuesta al tratamiento indicado, y seguido por la paciente, como

---

<sup>79</sup> Juan Luckman. Op. cit. p. 360.

<sup>80</sup> Juan Luckman. Op. cit. p. 358.

son: biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos completos, EGO, y tiempos de coagulación.

- Mantener a la paciente en reposo absoluto

El mantener a la paciente en reposo absoluto evita que ésta haga grandes esfuerzos y pueda complicarse su estado. El reposo absoluto puede ser desde quedarse absolutamente en cama levantándose solamente para ir al sanitario o simplemente estar en cama con permiso de levantarse de vez en cuando a caminar por la habitación. En cualquier caso, se puede observar una gran mejoría en el momento de iniciar el reposo ya que el organismo agradece que el cuerpo este relajado.<sup>81</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe brindar comodidad a la paciente manteniéndola en reposo en cama en decúbito lateral y mantener la habitación semi oscura y sin ruidos.

- Valorar el estado hematológico

Debe recordarse, que el nivel de hemoglobina y el hematocrito no descienden inmediatamente con la pérdida de una gran cantidad de sangre porque se pierde plasma junto con las células. La sangre que queda en el compartimiento intravascular tendrá, inicialmente una concentración normal de eritrocitos. Como el riñón retiene agua en

---

<sup>81</sup> Sandra Nettina. Op. cit. p. 476.

respuesta a la pérdida de sangre, la sangre se diluye y hay un descenso del nivel de hemoglobina y de hematocrito. Además, en los pacientes con hemorragia, se debe vigilar la aparición de la Coagulación Intravascular Diseminada.<sup>82</sup>

De hecho, la Enfermera Especialista Perinatal debe ser la primera en observar si la paciente sangra demasiado tiempo tras una punción de cualquier índole, por lo que debe informar al médico especialista para realizar estudios de laboratorio como son: Biometría hemática, química sanguínea y de factores de coagulación y revalorar si se comienza a presentar una Coagulación Intravascular Diseminada.

- Proporcionar la dieta prescrita

Las personas que han sufrido una hemorragia necesitan una gran cantidad de calorías extras. Al menos que la hemorragia se revierta con rapidez, la persona debe ser alimentada enteralmente con sonda nasogástrica, o bien por vía parenteral a través de una vía central.<sup>83</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe recomendar una alimentación saludable ingiriendo alimentos nutricionales, y usando diversas combinaciones del plato del bien comer el cual se divide en tres; frutas, verduras, cereales, tubérculos, leguminosas y alimentos de

---

<sup>82</sup> Bárbara Long y Cols. *Enfermería médico quirúrgica*. Ed. McGraw-Hill. Vol. 1.2a ed. México, 1994.p. 262

<sup>83</sup> Sandra Nettina. Op. cit. p. 948.

origen animal. En caso de no poder ingerir vía oral hacerlo parenteralmente de acuerdo a la indicación médica para restaurar las calorías perdidas durante esta patología.

- Brindar apoyo psicológico

La enfermera Especialista debe valorar el estado de la paciente tras haber padecido hemorragia obstétrica y las consecuencias psicológicas que trajo su incapacidad física propia vivida por la paciente, y la relación con su familia, que hayan causado inestabilidad emocional, por lo que se debe brindar apoyo psicológico.<sup>84</sup>

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe saber escuchar a la paciente para conocer su estado de ánimo y conocer lo que piensa de su padecimiento y así poder aportar opiniones y no consejos, animar a la paciente a que en lo más pronto posible se valga por sus propios medios, para así sobrevivir a su enfermedad y si fuese necesario canalizarla con el especialista para una pronta recuperación.

- Brindar consejería sobre métodos de planificación familiar

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. Es el proceso mediante el cual se ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas,

---

<sup>84</sup> Id.



voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. En muchas ocasiones, las mujeres y hombres o parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. Para llevar a cabo tales planes, la planificación familiar es lo indicado.<sup>85</sup> (Ver Anexo No 7: Métodos de Planificación familiar)

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe brindar Consejería en Planificación Familiar, no solo para evitar un embarazo, si no para espaciarlos por motivos personales o de salud. De igual forma se le debe mostrar los métodos más convenientes a las parejas.

---

<sup>85</sup> Feliciano Víctor Gutarra. *Consejería de planificación familiar*. México. 2013. Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec:8080> Lima, 2009. p. 19 Consultado el 14 de mayo del 2013.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. VARIABLES E INDICADORES

##### 3.1.1. Dependiente: Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria

- Indicadores
  - En la prevención
    - Orientar a la embarazada sobre el control prenatal
    - Realizar valoración del tercer período de trabajo de parto
    - Efectuar episiotomía solo en caso necesario
  - En la atención
    - Reconocer la causa específica de la hemorragia
    - Monitorizar signos vitales
    - Instalar dos vías de grueso calibre
    - Restablecer el volumen circulatorio
    - Colocar oximetría de pulso

- Administrar oxígeno
  - Colocar sonda Foley
  - Solicitar laboratorios
  - Valorar el estado de conciencia con la Escala de coma de Glasgow
  - Preparar a la paciente en caso de cirugía
- En la rehabilitación
- Monitorizar a la paciente
  - Valorar laboratorios de control
  - Mantener a la paciente en reposo absoluto
  - Valorar el estado hematológico
  - Proporcionar la dieta prescrita
  - Brindar apoyo psicológico
  - Brindar consejería sobre métodos de planificación familiar

### 3.1.2. Definición Operacional Hemorrágica Postparto Primaria

- Concepto de Hemorragia Postparto Primaria

La Hemorragia Postparto Primaria es un sangrado excesivo mayor de 500ml después del nacimiento en un parto fisiológico ó 1000 ml en una cesárea.

- Etiología

La Hemorragia Postparto Primaria se debe principalmente a una causa uterina, dentro de las cuales están: Atonía uterina, inversión uterina, retención de restos placentarios y acretismo placentario. Las causas extrauterinas pueden ser por desgarros o Laceraciones del tracto Genital.

- Epidemiología

La muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio constituye un evento común alrededor del mundo. Así cada año, el 99% de las 529.000 muertes maternas estimadas y 98% de las 5.7 millones de muertes perinatales estimadas ocurren en países en vías de desarrollo. En algunas áreas, las mujeres de países subdesarrollados tienen 140 veces más riesgo de fallecer por causas relacionadas con el embarazo, comparadas con gestantes en países desarrollados.

- Sintomatología.

La sintomatología clásica de la Hemorragia Postparto Primaria es: Taquicardia, hipotensión, mareo, vértigo y hemorragia excesiva.

- Diagnóstico.

El diagnóstico médico suele ser evidentemente clínico al preguntar a la paciente acerca de los síntomas, y al realizar un examen físico, revisando el perineo, vagina, cuello uterino y útero para detectar sangrado transvaginal. Otras pruebas pueden incluir monitorear el número de toallas y medir la presión arterial.

- Tratamiento.

El tratamiento de la Hemorragia Postparto Primaria requiere de un enfoque multidisciplinario. En la mayoría de los casos, la Hemorragia se debe a la Atonía uterina, después de excluir las laceraciones del tracto genital Inferior. Para el tratamiento de la Hemorragia Postparto Primaria atónica, en el siglo diecinueve se introdujeron como tratamiento de primera línea los agentes uterotónicos que aumentan la eficiencia de la contracción uterina, incluidas la Ergometrina y la Oxitocina. Las mujeres que después del tratamiento continuaron con hemorragia, requerirían además otras evaluaciones e intervenciones adicionales.

- Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico implica una cirugía conservadora, que consiste en la ligadura de las arterias uterinas lo que reduce el flujo sanguíneo hasta en 75% o la ligadura de las arterias hipogástricas que reduce el flujo sanguíneo en un 50%. En caso de no cohibir la hemorragia será

necesario realizar histerectomía, recomendado de preferencia y si las condiciones hemodinámicas de la paciente lo permiten, la Histerectomía total. En caso contrario, se debe realizar Histerectomía subtotal.

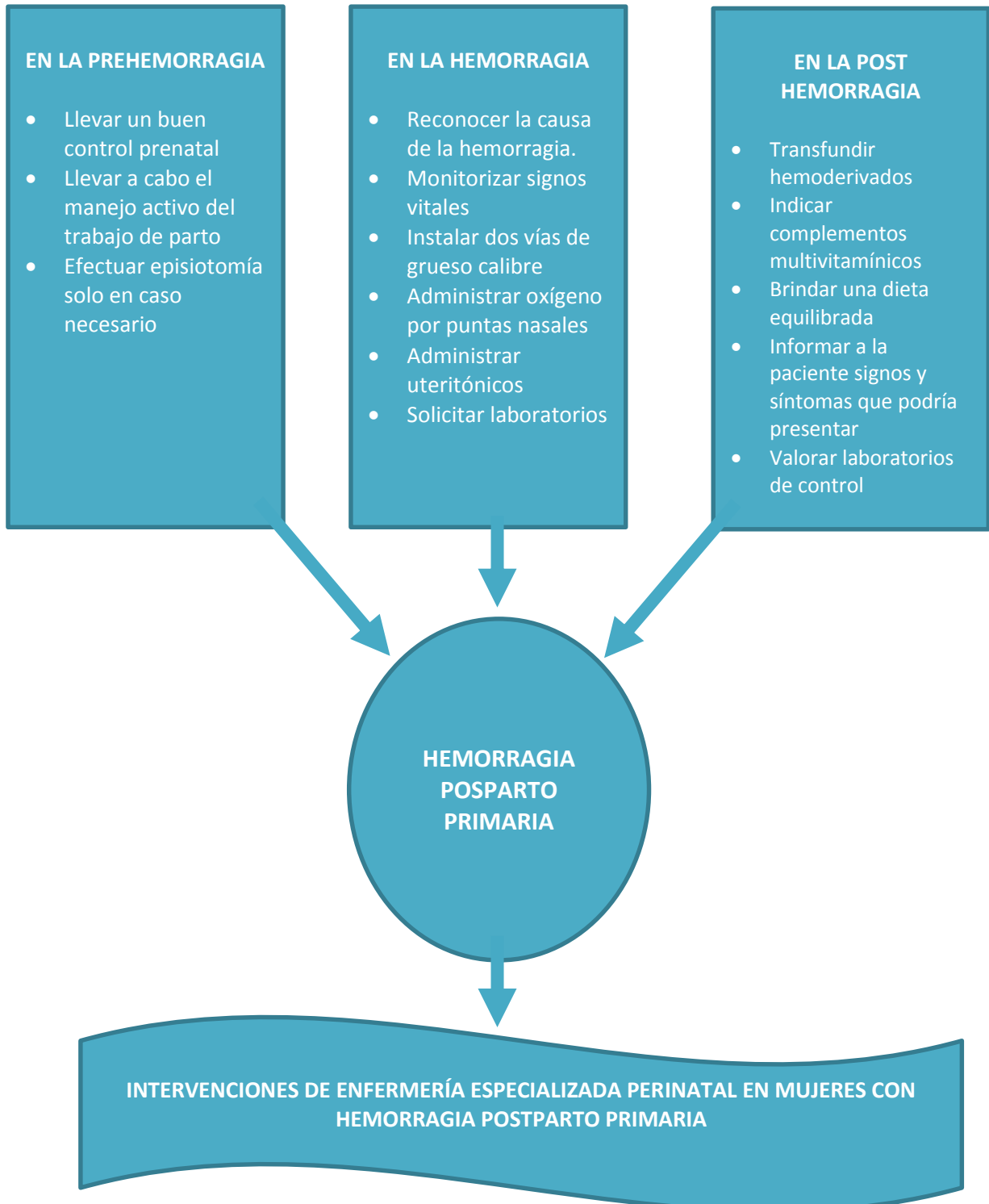
- Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal

En la prevención la Enfermera Especialista Perinatal debe informar a la paciente de llevar un buen control prenatal, brindar orientación en manejo activo del tercer período de trabajo de parto y realizar episiotomía, solo en caso necesario.

En la atención, la Enfermera Especialista Perinatal debe identificar la causa específica de la hemorragia, monitorizar signos vitales, instalar dos vías de grueso calibre, reponer volumen, medir saturación de oxígeno, administrar oxígeno y colocar una sonda Foley. Además debe tomar laboratorios y preparar a la paciente para cirugía.

En la Rehabilitación, la Enfermera Especialista Perinatal debe monitorizar los signos vitales, valorar laboratorios de control, mantener a la paciente en reposo absoluto, valorar el estado hematológico, proporcionar dieta a la paciente y brindar apoyo psicológico. Además la especialista debe brindar consejería a la embarazada sobre los métodos de planificación familiar.

### 3.1.3. Modelo de relación de influencia de la variable



## 3.2. TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

### 3.2.1. Tipo de la tesina

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en Mujeres con Hemorragia Postparto Primaria ha sido necesario descomponerla en sus Indicadores básicos: En la prevención, en la atención y en la rehabilitación.

Es transversal porque esta Investigación documental se hizo en un período corto de tiempo. Es decir en los meses de Abril, Mayo y Junio del 2013.

Es diagnóstica porque se realizó un Diagnostico situacional de la variable Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto, en el Hospital Comunitario de San Bernardino, Contla, Tlaxcala.



Es propositiva porque para intervenir a una mujer con trabajo de parto prolongado fue necesario proponer una serie de Intervenciones Especializadas de Enfermería en: la prevención, en la atención y en la rehabilitación de las mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

### 3.2.2. Diseño de la Tesina

El diseño de la tesina se ha estructurado, siguiendo estos aspectos:

- Asistencia a un Seminario Taller de Elaboración de Tesinas en las Instalaciones del Hospital Infantil de Tlaxcala, en Tlaxcala.
- Búsqueda de una problemática de investigación de Enfermería Especializada relevante en las intervenciones de la Especialidad de Enfermería Perinatal.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina así como el Marco teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco Teórico conceptual y referencial de la Hemorragia Postparto Primaria, en la Especialidad en Enfermería Perinatal.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

### 3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

#### 3.3.1. Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial, de tal forma que las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de enfermería Especializada Perinatal, en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

#### 3.3.2. Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Perinatal en la atención de las mujeres con Hemorragia Postparto Primaria, en el Hospital Comunitario de San Bernardino, Contla, en Tlaxcala.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de esta tesina al poder analizar las intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal en mujeres con Hemorragia Postparto Primaria. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Perinatal, en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de las mujeres con Hemorragia Postparto Primaria.

A continuación se darán a conocer las intervenciones de la Especialista Perinatal en la atención de las pacientes. Por ejemplo, en servicios, en la docencia, en la administración y la investigación, como a continuación se explica.

- En servicios

En materia de servicios la Enfermera Especialista perinatal tiene tres áreas fundamentales que atender con las pacientes en la prevención, atención, rehabilitación.

En la prevención la Enfermera Especialista Perinatal debe orientar a la embarazada sobre el control prenatal, realizar valoración en el tercer período de parto, y efectuar episiotomía, solo en caso necesario.

En la atención la Enfermera Especialista Perinatal debe estar siempre atenta y preparada para valorar a las pacientes para evitar un shock mediante la monitorización y el registro continuo de los trazos electrocardiográficos. También debe de tomar y registrar signos vitales, mantener la oxigenoterapia y valorar la administración de medicamentos endovenosos necesarios. En aquellas pacientes que se le estén administrando medicamentos uterotónicos, la Especialista Perinatal deberá estar valorando la consistencia del globo de Pinar y tomar muestras de laboratorio para estar visualizando los tiempos de coagulación.

En la rehabilitación la Enfermera Especialista Perinatal debe explicar a la paciente la importancia del tratamiento antihemorrágico en casa y también hacerle hincapié en los signos y síntomas de una hemorragia y hacerle entender la importancia de regresar al hospital en caso de presentar algún síntoma para continuar una vigilancia estrecha. En aquellas pacientes que fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos de ligadura de arterias uterinas y/o hipogástricas o histerectomía, la Especialista Perinatal debe explicar a la paciente y familiares la importancia e interés en los datos de posible infección de la herida quirúrgica como: rubor, tumefacción, salida de líquido purulento y fiebre.

- En docencia

El aspecto docente de las Intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal incluyen la enseñanza y el aprendizaje de las pacientes y sus

familiares. Para ello, la Especialista debe explicar a la paciente el funcionamiento normal del útero y canal vaginal durante el tercer período de trabajo de parto y como estos se trastornan en su fisiología normal con una hemorragia postparto primaria. La explicación incluye hacerles dibujos del útero y tracto genital y como éstos pueden verse afectados en caso de que los músculos uterinos no hagan una buena contracción. Además la Especialista debe explicarle a la paciente, lo que sucede cuando el tracto genital presente laceraciones que da origen a la Hemorragia Postparto Primaria.

También la Especialista se le debe dar una amplia explicación del porqué es necesaria la administración de la fluidoterapia y los uterotónicos ya que estos actúan a nivel de los músculos uterinos. La parte fundamental de la capacitación que reciben las pacientes de la Enfermera Especialista Perinatal son las modificaciones de los factores de riesgo que son necesarios cambiar para lograr la salud y bienestar de las pacientes. Por ejemplo: aquellas pacientes con obesidad deben realizar algún tipo de ejercicio moderado de bajo impacto, que las ayude a bajar de peso.

Aunado a lo anterior, es necesario también hacer cambios en los hábitos dietéticos para reducir la ingestión de grasas, reducción de sal y preservación del peso corporal y de manera adicional, un Programa de actividad física así como un curso de psicoprofilaxis el cual tiene efectos benéficos en el desempeño durante en trabajo de parto.

Otro aspecto indispensable que se le debe enseñar a las pacientes y familiares es la utilización de los fármacos que buscan aumentar el hierro en sangre. Para ello, es necesario explicarles que alimentos contienen ésta vitamina y los cuales deben consumir. Por ejemplo, verduras de hoja verde y vísceras porque estas tienden a aumentar los glóbulos rojos y por consiguiente, va haber aumento de hemoglobina en sangre y con esto, se evita la anemia.

De igual forma es necesario informarles que deben pasar al servicio de nutrición para llevar una dieta complementaria rica en hierro que tiene efectos benéficos en su hemoglobina. Además, se le debe dar a conocer que los multivitamínicos prescritos son indispensables tomarlos porque son beneficiosos. Se les explica su uso, la dosis y los momentos correctos para ingerir los medicamentos además de los efectos colaterales. De manera adicional, las sesiones de enseñanza y asesoría también van dirigidos a todos los miembros de la familia a quienes debe explicárseles el trastorno y las medidas preventivas para enfrentar la Hemorragia Postparto Primaria.

- En la administración

La Enfermera Especialista Perinatal ha recibido durante la carrera de enfermería enseñanzas de administración de los servicios. Por ello, es necesario que la Enfermera planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de enfermería en beneficio de las pacientes.

Por ello, es necesario que la Enfermera Especialista Perinatal con base en la valoración que ella realice de la paciente debe planear los cuidados teniendo como meta principal el minimizar los riesgos a la paciente y asegurar su pronta recuperación. De hecho, las intervenciones especializadas así como se planean, se podrán evaluar. Esta evaluación está encaminada a retroalimentar y corregir todas las desviaciones de la actuación profesional, para lograr una evolución positiva de la paciente.

- En investigación

La investigación permite a la Especialista Perinatal hacer proyectos, diseños de investigación o protocolos derivados de la actividad profesional que la Enfermera realiza. Por ejemplo: la Especialista puede estudiar los factores de riesgo de las pacientes con Hemorragia Postparto Primaria, la obesidad, las mujeres primíparas, los recién nacidos macrosómicos así como también la valoración psicosocial de la paciente y su familia.

De igual forma, la Especialista Perinatal también puede investigar en materia de investigación como afronta la paciente y familiares la Hemorragia Postparto, que complicaciones tiene esta patología, los diagnósticos de enfermería de riesgo de este tipo de pacientes y los planes de atención etc. Son temáticas que la Especialista Perinatal debe analizar en sus investigaciones en beneficio de las pacientes.

## 4.2. RECOMENDACIONES

- En la pre hemorragia postparto primaria.
- Orientar de la importancia a la embarazada de llevar un buen control prenatal, tomando una consulta por mes el primer trimestre, en el segundo trimestre, una consulta cada quince días y en el tercer trimestre una consulta cada semana. Esto se hace para así poder identificar los posibles factores de riesgo.
- Brindar tratamiento a la embarazada por afecciones crónicas, como: diabetes, asma, hipertensión, problemas cardíacos, alergias, depresión u otro tipo de malestar, para que no afecte el embarazo.
- Realizar una exploración general a la embarazada la cual incluye toma de tensión arterial, peso, talla y una valoración de los principales órganos del cuerpo.
- Proporcionar un carnet o documento de salud a la embarazada en la cual se registren cada una de las consultas a las que acuda, concentrando información personal y donde se lleven a cabo acciones específicas del embarazo.



- Solicitar análisis clínicos a la embarazada de: sangre, orina o especiales tal como la prueba de tolerancia a la glucosa, y la prueba rápida de VIH, para que se brinde una atención oportuna.
- Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante todo el proceso del embarazo, brindándole apoyo psicológico a ambos, además de fomentar el acompañamiento de la pareja en cada una de las consultas.
- Aconsejar el cuidado odontológico de la madre, tanto en la etapa previa al embarazo como durante la gestación ya que ésta asegura un buen estado de salud bucal.
- Realizar el cuidado activo del tercer período de trabajo de parto el cual consiste en la administración de uterotónicos para ayudar a que los músculos uterinos se contraigan. La revisión de la cavidad uterina se realiza para corroborar que no existan restos placentarios e identificar posibles laceraciones y corregirlas para evitar una hemorragia.
- Explicar a la paciente los cambios físicos y psicológicos que irán surgiendo en el embarazo. Dentro de los psicológicos están las reacciones emocionales como son ambivalencia, incertidumbre, pasividad, dependencia, miedo, explicarle que los sentimientos

comentados predominan en los diferentes períodos del embarazo.

- Enseñar a la embarazada sobre la postura adecuada en posiciones de pie y también utilizar la mejor mecánica corporal para levantar objetos del piso para así evitar el sobre carga de los músculos y articulaciones.
- Instruir sobre la comodidad y descanso sobre uno de los costados de la embarazada para tener el dorso en la posición de relajación lateral, De igual manera para ponerse de pie y no sobre cargar sus músculos.
- Instruir a la paciente cómo debe ser la postura sobre la marcha, cabeza y dorso recto. Por ejemplo, con el mentón hacia arriba y la pelvis con la angulación precisa para así evitar el dolor de espalda o dorsalgia.
- Capacitar a la embarazada sobre el tipo de ejercicios que pueden realizar durante el embarazo como el caminar durante 15 o 20 minutos para mejorar la circulación y el tono muscular ya que así se estimula la comodidad física.
- Indicar el tipo de ropa a la embarazada, la cual debe ser holgada que no le apriete porque puede limitar la circulación.

- Recomendar el tipo de calzado que debe utilizar la embarazada durante el embarazo. Por ejemplo, no zapatillas o si las utilizara deber ser de tacón bajo o bien utilizar zapatos cómodos con ajuste perfecto porque los cambios posturales que surgen al agrandarse el abdomen de la mujer, pueden agravarse si utiliza zapatos de tacón alto.
- Brindar información sobre el cuidado de los dientes de las pacientes porque durante el embarazo la mujer sufre algún grado de descalcificación, que deba cepillarse los dientes tres veces al día.
- Explicar a la mujer la dieta adecuada durante el embarazo, como comer cereales, verduras de hojas verdes, leche, y más productos que aporten sales de calcio para la formación de su sistema óseo de su bebé.
- Explicar a la embarazada la importancia de consumir abundantes líquidos principalmente durante la segunda mitad del embarazo ya que en esta etapa, el producto ejerce presión en la porción inferior del intestino, factor que contribuye al estreñimiento. Esto se suele evitar ingiriendo diariamente líquidos y conservando una dieta de más raciones de fruta fresca y cereales de grano integral.

- Informar a la embarazada que en ocasiones, se suele desencadenar la aparición de hemorroides y esto es en parte como resultado del estreñimiento. Por lo tanto, hay que evitar períodos largos de pie y tomar abundantes líquidos y cereales.
- Brindar orientación acerca de la sexualidad ya que durante el embarazo no se suspende, pero si hay que recomendar sumo cuidado durante la relación sexual.
- Aconsejar a la mujer embarazada con factores de riesgo que eviten las jornadas laborales prolongadas, en especial si su actividad se realiza de pie, así como los trabajos que impliquen actividad durante las horas nocturnas.
- Aconsejar a la embarazada para que coma de forma saludable especialmente durante el embarazo, de que las calorías que ingiere, provengan de alimentos nutritivos que ayudaren al crecimiento y desarrollo de su hijo.
- Dar a la embarazada hierro, ya que en este estado necesitan ingerir aproximadamente 30 mg de hierro cada día, porque el hierro es necesario para producir hemoglobina, el cual es un componente de los glóbulos rojos, que son los encargados de transportar el oxígeno.

- Recomendar a la embarazada la ingesta de ácido fólico ya que toda mujer en edad reproductiva (sobre todo las que piensan embarazarse) debe tomar un suplemento de 400 microgramos (0,4 mg) cada día, independiente del ácido fólico ingerido a través de la dieta, ya que este es el principal multivitamínico que evita las malformaciones del tubo neural, como la espina bífida.
- Orientar a la embarazada sobre la higiene personal, ya que durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal. Es por ello la importancia del baño diario. De igual forma, el uso de cremas hidratantes para el cuerpo y aplicarlas principalmente en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento de la piel como: abdomen, muslos y senos.
  - En atención
- Identificar a la paciente en riesgo para establecer las medidas preventivas que comprendan la valoración constante del balance de líquidos. Por tanto, es necesaria una monitorización precisa de los ingresos y las pérdidas. Estos son componentes esenciales del cuidado preventivo.

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea para revisar que esta esté ocluída con ningún objeto y/o si se requiere de ayuda hay que hacerlo con una cánula de Guedel para detener la lengua a fin de mantener una vía aérea adecuada.
- Garantizar una ventilación de la paciente revisando constantemente los cambios en la saturación de oxígeno, en los sonidos y ritmos respiratorios.
- Administrar oxigenoterapia con mascarilla y/o puntas nasales al 50% o colocar tubo endotraqueal, porque de esto depende una buena recuperación de la paciente.
- Extraer muestras sanguíneas para brindar una atención oportuna a la paciente. Por ello, normalmente cuando se realiza un acceso venoso se deben tomar muestras sanguíneas para la prontitud de los resultados de laboratorio.
- Restablecer el volumen circulatorio mediante infusión de cristaloides o coloides y transfusión sanguínea, porque a veces. la reposición de líquidos es el único tratamiento que se requiere en este tipo de patología.
- Controlar la hemorragia si es posible con taponamiento uterino, masaje uterino y sutura de alguna laceración. Por ello, hay que

realizar una revisión de cavidad o intervención quirúrgica para poder regularla.

- Valorar el estado neurológico de la paciente, continuamente con la Escala de coma de Glasgow para observar los cambios en la perfusión cerebral y realizar actividades correspondientes según el caso.
- Colocar sonda vesical para cuantificar uresis horaria ya que es un dato importante y fidedigno para medir si existe perfusión renal o si esta mínima, considerando que es uno de los principales signos del shock hipovolémico.
- Evaluar a la paciente hemodinámicamente para verificar si realmente está siendo efectivo el tratamiento de reposición de líquidos o comenzar con una terapia farmacológica prescrita por el médico Especialista.
- Preparar a la paciente para cirugía de ser necesario, ya que si continua la hemorragia debido a una atonía, o trauma, la cirugía ayudará a minimizar la pérdida de líquidos masivamente.

- En la rehabilitación

- Monitorizar signos vitales para una evaluación hemodinámica de la paciente, ya que el registro de estos datos debe ser minucioso para poder evaluar de una forma correcta la respuesta de ella al tratamiento.
- Controlar los parámetros hemodinámicos a intervalos adecuados como parte del procedimiento de control. Los métodos de control no invasivos incluirán mediciones de la presión sanguínea, frecuencia y naturaleza del pulso, frecuencia y patrón respiratorio, vigilancia cardíaca, nivel de conciencia, color y temperatura de la piel. De hecho, la frecuencia de estas mediciones, determinan el estado de la paciente.
- Valorar el estado hematológico de la paciente porque es un indicador de como el riñón retiene agua en respuesta a la pérdida de sangre, dado que la sangre se diluye produciendo un descenso del nivel de hemoglobina y de hematocrito. Además, en las pacientes con hemorragia, se vigila la aparición de la (CID).
- Medir los gases en sangre para mantener una oxigenación adecuada y evitar al máximo una acidosis metabólica la cual es perjudicial para la paciente.



- Brindar apoyo psicológico a la paciente porque se le debe animar a que en lo posible, se valga por sus propios medios, para sobrevivir a su enfermedad.
- Favorecer el bienestar y el descanso de la paciente para que se sienta segura y cómoda, el tiempo que se encuentre hospitalizada, además de que le ayudará a su recuperación.

## 5. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO No. 1: MASAJE UTERINO BIMANUAL EN UNA EMBARAZADA

ANEXO No. 2: REVISIÓN Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD UTERINA

ANEXO No. 3: REPARACION DE UN DESGARRO EN EL CANAL DEL PARTO

ANEXO No. 4: COMPRESION DE LA ARTERIA HIPOGASTRICA

ANEXO No. 5: LIGADURA DE LAS ARTERIAS UTERINAS

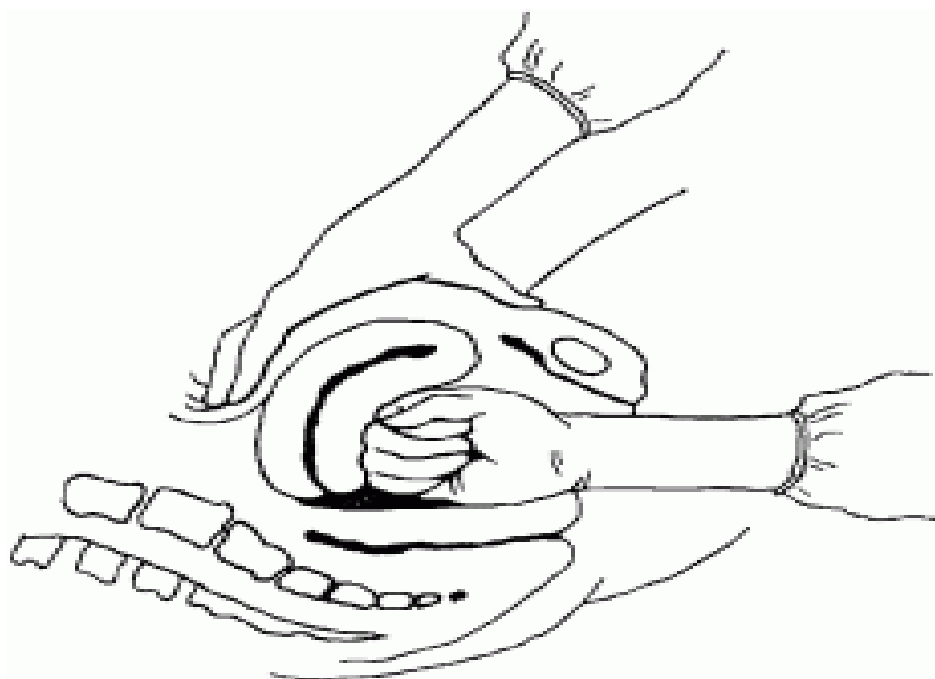
ANEXO No. 6: ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ANEXO No. 7: METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

APENDICE No. 1: HOSPITAL COMUNITARIO DE CONTLA

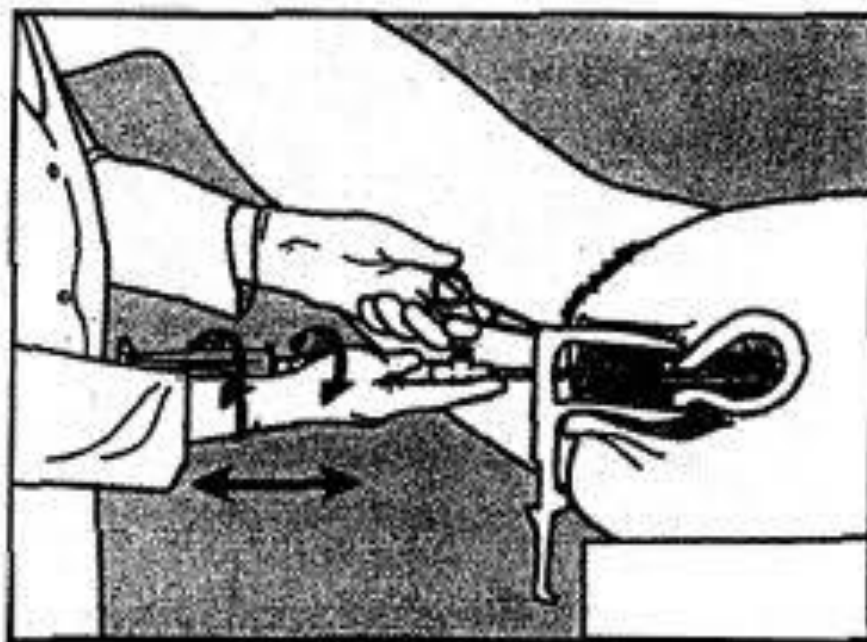
APENDICE No. 2: ATENCION ESPECIALIZADA DE LA ENFERMERA PERINATAL

ANEXO No. 1  
MASAJE UTERINO BIMANUAL EN UNA EMBARAZADA



FUENTE: Cabrera, Santiago. *Compresión uterina bimanual*. Disponible en <http://xa.yimg.com/> México, 2011, p. 26. Consultado el día 22 de abril del 2013

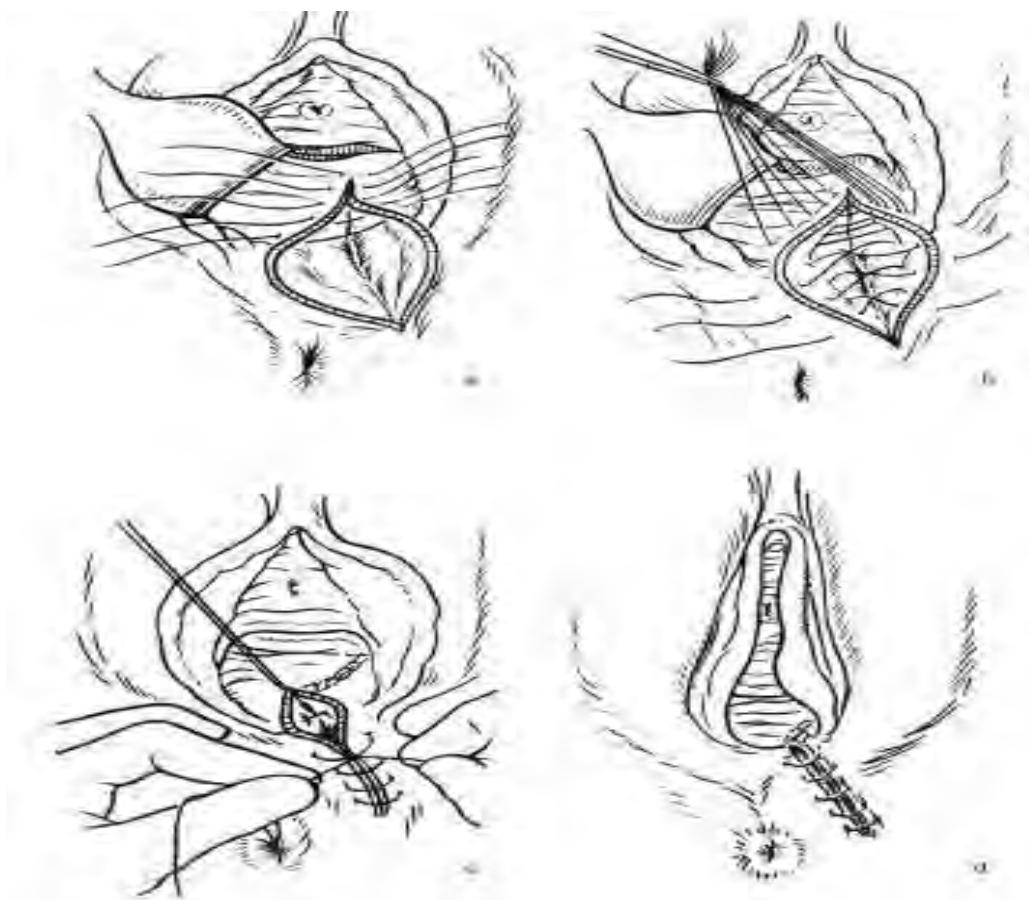
ANEXO No. 2  
REVISIÓN Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD UTERINA



Extracción del contenido uterino.

FUENTE: Botero, Jaime y Cols. *Obstetricia y ginecología*. Ed. Corporación para investigaciones Biológicas 8va. ed. Bogotá, 2008. p. 213.

ANEXO No. 3  
REPARACIÓN DE UN DESGARRO DEL CANAL DE PARTO



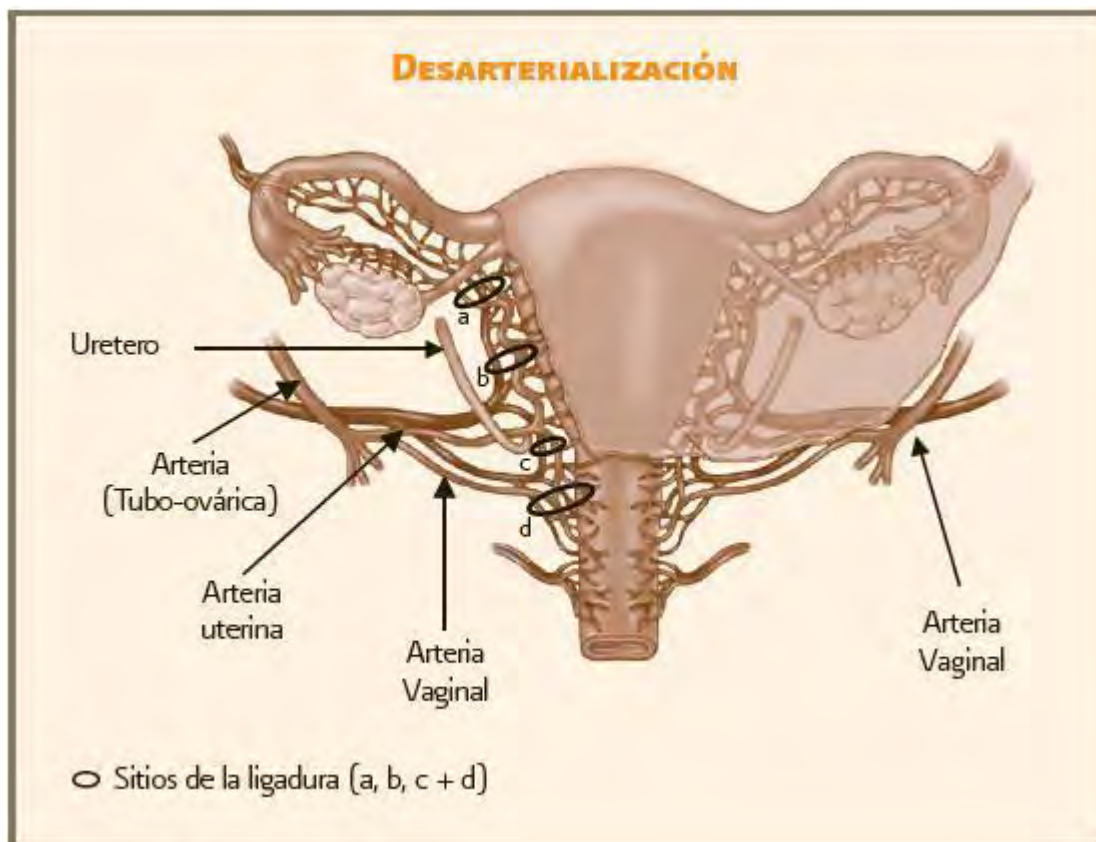
FUENTE: Félix, Carlos Armando y Cols. *Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia*. Ed McGraw-Hill Interamericana. México, 2006. p. 324.

ANEXO No. 4  
COMPRESIÓN DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA



FUENTE: Misma del Anexo No. 3. p. 243.

ANEXO No. 5  
LIGADURA DE ARTERIAS UTERINA



FUENTE: Karlson, H. *Ligadura de arterias uterinas*. Disponible en <http://scielo.isciii.es/> México, 2013.p.165. Consultado el día 18 de abril del 2013

ANEXO No. 6  
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

## ESCALA DE GLASGOW NORMAL

Nº	APERTURA - OJOS	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
6			Cumple órdenes espontáneas por voz
5		Orientado	Localización de estímulo doloroso
4	Espontánea	Desorientado	Retiro ante estímulo doloroso
3	Estímulo verbal	Palabras inapropiadas	Respuesta en flexión (Decorticación).
2	Al dolor	Sonidos inapropiados	Respuesta en extensión (Descerebración).
1	Ninguna	Ninguna	Ninguna.

FUENTE: Gren, Janet. *Manual de enfermería en el área de urgencias*. Ed. Limusa. Vol. 2. México, 2000. p. 255.



## ANEXO No. 7

### METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

	Muy seguros	Relativamente seguros	
Píldora contraceptiva combinada			Diáfragma
Inyectable hormonal combinado			Preservativo
Ligadura de trompas			Temperatura
Vasectomía		<b>Poco seguros</b>	Espemicida
Dispositivo intrauterino (DIU)	<b>Seguros</b>		Calendario
			Cotus interrumpit

FUENTE: Secretaria de Salud. Métodos de Planificación familiar. Disponible en <http://www.who.int/>. p .12 Consultado 26 de abril del 2013

APENDICE No. 1  
HOSPITAL COMUNITARIO DE CONTLA



FUENTE: Padilla, M, Apolonia. *Fachada del Hospital comunitario de Contla, Tlaxcala.* 2013.

APENDICE No. 2  
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

## 6. GLOSARIO DE TERMINOS

**ACIDO FOLICO:** Es una vitamina del complejo B. y una coenzima fundamental en la síntesis de bases púricas y piridínicas de diversos aminoácidos y para la síntesis del ADN y ARN. La Hemocisteina como se le conoce al Ácido Fólico es un aminoácido de transición, requiere mayor demanda durante el embarazo, lactancia y puerperio, ya que previene defectos del tubo neural, (cabeza, columna vertebral) Además, favorece la salud del corazón y previene la anemia.

**ALIMENTACION:** Es acto de satisfacer las necesidades de nutrientes en el organismo. Durante el embarazo, las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada y la embarazada, debe aumentar en su dieta, alimentos ricos en hierro, ácido fólico y ricos en yodo y calcio.

**ACRETISMO PLACENTARIO:** Es una adherencia anormal de la placenta al musculo uterino ó miometrio, por lo cual las vellosidades trofoblasticas se adhieren al mismo y eventualmente a órganos vecinos. De acuerdo al grado de invasión o penetración de las vellosidades en el miometrio, se clasifican en: Placenta acreta que implica la penetración superficial de vellosidades, placenta increta que es la invasión profunda del miometrio y placenta percreta que es la invasión de la serosa y órganos vecinos.

**ANEMIA:** Es la disminución de la concentración de hemoglobina o del número de eritrocitos en la sangre por debajo de los límites normales para la edad y sexo del sujeto. Puede ser debido a una pérdida o destrucción de los eritrocitos o por un trastorno en su formación. Los análisis de sangre permiten confirmar y distinguir distintos tipos de anemias. Es decir, si el volumen medio de los eritrocitos es inferior a  $80\ \mu\text{m}^3$  se trata de una anemia microcítica mientras que si la concentración de eritrocitos es inferior a 31%, la anemia es hipocrómica.

**ATONÍA UTERINA:** Es la ausencia de contracción del útero tras el parto, cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al feto y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia. Después de todo esto, se sobreviene una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos del útero, gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la madre.

**CERVIX:** Es la parte baja de la matriz o útero y normalmente, se le conoce como "cuello uterino". Se puede decir que es la boca de entrada a la cavidad del útero, su papel es importante en el mantenimiento de un embarazo normal. En las mujeres no embarazadas, el cérvix no tiene función caracterizada, aunque puede ser también importante para el disfrute sexual.

**CHOQUE HIPOVOLEMICO:** Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de choque puede

hacer que muchos órganos dejen de funcionar. Así, el Choque hipovolémico, puede estar determinado por la pérdida de sangre o por la salida hacia el extravascular o hacia el exterior de grandes cantidades de líquido.

**COAGULACION:** Es el proceso de formación de un coágulo en el que un fluido orgánico, especialmente sangre o linfa, se transforma en una masa sólida. La coagulación sanguínea es uno de los mecanismos que interviene en la detención de las hemorragias. El proceso se basa en la transformación del fibrinógeno en fibrina por acción de la trombina y otros factores plasmáticos.

**CONTROL PRENATAL:** Incluyen diversos procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto. El objetivo es prevenir, diagnosticar y eventualmente, tratar aquellos trastornos que puedan incidir en lo normal desarrollo del embarazo. El control prenatal, por lo tanto, consiste en analizar cómo avanza el embarazo para que, llegando el parto, este se produzca sin problemas, con la madre y el feto en un buen estado de salud.

**CONCENTRADOS ERITROCITÁRIOS:** Son preparados a partir de una unidad de sangre total tras la extracción de unos 200 mililitros a 250 mililitros de plasma. En volumen son aproximadamente 300 mililitros. Se puede obtener también aféresis, por centrifugación o separación gravitatoria de los eritrocitos del plasma.

**DISNEA:** Dificultad respiratoria que suele traducirse en falta de aire. Se deriva de una sensación subjetiva de malestar que suele originarse en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas y de variable intensidad. Esta experiencia se origina a partir de interacciones en las que intervienen factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales múltiples que pueden a su vez, inducir desde respuestas fisiológicas a comportamientos secundarios. La disnea se puede distinguir en: disnea de esfuerzo, de decúbito, de presencia nocturna y de reposo.

**EPISIOTOMIA:** Es la sección que se realiza en el periné en el momento del parto para evitar los desgarros, lo que facilita la expulsión fetal. Puede ser central, en el rafe medio del periné, o lateral: a derecha o izquierda del rafe medio.

**ESCALA DE GLASGOW:** La principal aplicación de esta escala se centra en el control de cambios en las respuestas motoras verbales y oculares de pacientes con lesión neurológica reciente. La puntuación global máxima es de 14, mientras que la mínima es de 3.

**FARMACO:** Es la sustancia química purificada que se utiliza para el tratamiento, la cura, la prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado. El rasgo sobresaliente y característico del fármaco es entonces, el de ser una sustancia bastante idéntica a las que produce el propio organismo.

**FLUIDO:** Es todo cuerpo que tiene la propiedad de fluir, y carece de rigidez y elasticidad, y en consecuencia, cede inmediatamente a cualquier fuerza tendiente a alterar su forma y adoptar así la forma del recipiente que lo contiene.

**FLUIDOTERAPIA:** Es la administración parenteral de líquidos y electrolitos, con el objeto de mantener o restablecer la homeostasis corporal. Las tres prioridades esenciales de la fluidoterapia son: conservar una presión osmótica plasmática normal y equilibrar las composiciones iónicas de cada sector, además de conservar un volumen sanguíneo eficaz constante

**GLOBULOS ROJOS:** Son las células sanguíneas que contienen en su interior la hemoglobina. Los glóbulos rojos son los principales portadores de oxígeno a las células y tejidos del cuerpo. Tienen una forma bicóncava, para adaptarse a una mayor superficie de intercambio de oxígeno por dióxido de carbono en los tejidos. Además, su membrana es flexible lo que permite a los glóbulos rojos atravesar los más estrechos capilares.

**HEMORRAGIA:** Es un proceso del organismo de un ser vivo que se caracteriza por la salida de sangre de su espacio habitual y que llega a lugares donde no se considera normal. La hemorragia se genera siempre por alguna lesión o por algún tipo de vida que ha sido causada de manera natural o artificial y que por lo tanto, hace que la sangre brote de manera abundante y quizás incontrolable.



**HEMORRAGIA OBSTETRICA:** Se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de algunos de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 mililitros sobre un minuto.

**HIPOVOLEMIA:** Es la situación de disminución del volumen sanguíneo habitual, que puede producir circunstancias graves si no se diagnostica y corrige a tiempo. Puede manifestarse fundamentalmente, por hemorragia o deshidratación de cualquier causa. Las principales características clínicas son: hipotensión arterial, taquicardia, sudoración fría y deterioro de la conciencia.

**HISTERECTOMIA:** Es la extirpación quirúrgica total o parcial del útero. Se lleva a cabo en casos de displasias epiteliales del cuello, de miomas, de hemorragias obstétricas incoercibles, de adenomatosis rebeldes al tratamiento médico o de tumores. Si la extirpación se realiza por vía abdominal recibe el nombre de Laparotomía y si se realiza por vía vaginal es una Colpohisterectomía.

**INVOLUCION:** Es el proceso normal caracterizado por la disminución del tamaño de un órgano debido a la reducción del volumen de las células, como la involución del útero en el puerperio. Implica un proceso de desarrollo en el que un grupo de células crecen en la periferia de un órgano o región, invaginándose para alcanzar otra vez el interior del

órgano o región y formar una estructura tubular, como el corazón o la vejiga de la orina.

**LACERACION:** Es la acción y efecto de lacerar. Este verbo refiere a lastimar, herir, magullar, dañar. Es la ruptura que se produce en la piel. Dichas rupturas pueden ser menores o graves. Las laceraciones menores implican poco dolor y sangrado, sin entumecimiento ni hormigueo en la zona.

**LEGRADO:** Es la acción del raspado de la matriz para extraer la capa más interna del útero, llamada endometrio, mediante un instrumento llamado legra. Los tipos de legrado son: Ginecológico cuando se realiza como parte del estudio de una mujer que tiene sangrados abundantes o irregulares y Obstétrico, cuando el legrado se realiza para evacuar los tejidos residuales de la matriz en caso de aborto o tras un parto.

**MONITORIZACION:** En medicina implica disponer en forma continua de la información cuantitativa respecto a variables clínicas o fisiológicas. Esto permite conocer el comportamiento de sistemas u órganos frente a patologías o drogas.

**MORTALIDAD:** Se refiere en parte, en la calidad de lo mortal. Es decir, de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte. Es todo lo contrario a la vida.

**MULTIVITAMINICOS:** Son complejos que reúnen vitaminas y minerales esenciales en una única cápsula. Fueron concebidos para suplir las necesidades nutricionales que presentan la mayoría de personas debido a un estilo de vida atareado porque muchas veces no tienen tiempo de consumir comidas saludables.

**OLIGOANURIA:** Es aquella situación en la que cantidad de orina eliminada es insuficiente para la eliminación completa de las sustancias tóxicas producidas por el organismo, conduciendo indefectiblemente a su acumulación en sangre y produciendo una Infección Renal Aguda (IRA). Se habla de oliguria en general cuando la diuresis es menor de 400- 500 mililitros por día y de anuria cuando es menor de 100 mililitros por día.

**OXIGENO:** Es el elemento químico de número atómico 8, que constituye cerca de la quinta parte del aire atmosférico terrestre, en su forma molecular  $O_2$ . Está compuesto por dos átomos de este elemento. Es indispensable para los seres vivos, y se trata de un gas incoloro, inodoro e insípido que es muy reactivo y que resulta esencial para la respiración.

**OXITOCICOS:** Son fármacos que estimulan la contracción del miometrio. Se usan para inducir el trabajo de parto a terminar, para evitar o controlar la hemorragia postparto o postaborto y para evaluar el estado fetal en embarazos de alto riesgo. También se pueden usar solos o con otros fármacos para inducir abortos. Son agentes abortivos.

**PALPACIÓN:** Es la técnica utilizada en la exploración física en la que el explorador palpa la textura, tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos.

**PERINATAL:** Se refiere a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del feto. Es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente, hasta los primeros 28 días de vida. Comprende al embarazo, el parto y la lactancia.

**PLACENTA:** Es un órgano característico que mantiene unidos a la madre y su hijo durante el embarazo. Es una estructura altamente especializada que permite efectuar el intercambio de nutrientes y gases entre ambos y actúa como glándula endocrina. La placenta adopta una forma de disco de unos 20 cm de diámetro y pesa unos 500grs aproximadamente. Presenta dos caras bien diferenciadas: la fetal y la materna; la primera es lisa y tapizada de amnios y en la segunda se distinguen los cotiledones, que son lóbulos donde se encuentran las ramificaciones de los vasos umbilicales.

**POLIPNEA:** Es un término que se emplea en la medicina para nombrar al incremento de la profundidad y la frecuencia de la respiración. Es frecuente que la polipnea, aparezca ante un trastorno en los pulmones o a causa de la irrupción de un cuadro febril. Incluso, en algunos casos, la polipnea surge como una reacción adversa ante ciertos medicamentos.

**PUERPERIO:** Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido.

**SATURACION DE OXIGENO:** Expresa la cantidad de oxígeno que se combina, en el sentido químico, con la hemoglobina, que es quien transporta el oxígeno de la sangre hacia los tejidos. Al medir la saturación de oxígeno se está midiendo la cantidad de oxígeno que se encuentra combinado con la hemoglobina. Es por eso que ésta medida es relativa y no absoluta ya que no indica la cantidad de oxígeno en sangre, hacia los tejidos, sino qué relación hay entre la cantidad de hemoglobina presente y la cantidad de hemoglobina combinada con oxígeno.

**SIGNOS DE ALARMA:** Son manifestaciones que ponen en peligro a la paciente y la pueden dañar en forma permanente. Entre ellos son: sangrado, dolor en el abdomen, mareos y fiebre.

**SIGNOS VITALES:** Son mediciones de las funciones más básicas de cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que los profesionales de la salud examinan de forma cotidiana son: La temperatura del cuerpo, el pulso, la respiración, la presión sanguínea. Estos signos son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los signos vitales se miden para conocer las condiciones en que se encuentra el individuo.

**TRANSFUSION:** Es una terapéutica sustitutiva de la sangre o de algunos de sus componentes, que implica reposición de algo que resulta deficitario para el organismo, siendo esto causa de manifestaciones clínicas importantes. La transfusión de sangre está indicada en algunas de estas circunstancias: Cuando existe la necesidad de restaurar, conjuntamente, el volumen sanguíneo del enfermo y su capacidad de transporte de oxígeno

**TRANSTORNO:** Remite directamente a la condición anormal o no natural de un individuo de acuerdo a los parámetros establecidos por la naturaleza y principalmente por la ciencia médica. Los trastornos pueden hacerse presentes en el ser humano de diversas maneras y aunque actualmente el término está íntimamente vinculado con alteraciones del estado mental, también puede referirse a condiciones no naturales del estado físico. Es decir, a la presencia de enfermedades de diferentes tipos.

**TRAUMA:** Es una lesión o impacto grave sobre el cuerpo. Es provocado por una fuerza física como la que resulta de un acto violento o un accidente. La lesión puede complicarse por factores psiquiátricos, conductuales y sociales. Como resultado, puede generarse una discapacidad más allá de las lesiones físicas. Esta condición casi siempre requiere cuidado por parte de profesionales en el cuidado de la salud.

VAGINA: Es el órgano genital femenino que continúa al útero y se abre en el vestíbulo vaginal. Está limitado por los labios menores de la vulva. Presenta una cavidad virtual, pues las dos paredes anterior y posterior están adosadas. La mucosa que recubre la cavidad, presenta una gran cantidad de arrugas transversales, lo que permite que pueda ampliarse, de forma considerable por sus dimensiones.

VIA VENOSA: Es la vía parenteral que permite la introducción directa de medicamentos, mediante la inyección al interior de las venas. Es una vía directa de administración de medicamentos al torrente sanguíneo.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABALOS, Edgardo y Cols. *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto*. México, 2013. p. 13. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/> Consultado el 30 de abril del 2013.

ADELL, A. y Cols. *Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva*. México, 2013. p.43. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net/> Consultado el 14 de abril del 2013.

AHUED, J. Roberto y Cols. *Ginecología y Obstetricia aplicadas*. Ed. Manual Moderno. 2ª. ed. México, 2003. p. 659-666.

ANAYA C. Tito Sergio y Cols. *Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato*. México, 2013. p. 13. Disponible en <http://www.conetec.salud.gob.mx/> Consultado el día 22 de mayo del 2013

ARENAS B, JM y Cols. *Fundamentos de obstetricia*. Ed. Grupo Ene. Madrid, 2007. p. 734-758.

BECKMANN, Charles R. B. y Cols. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Lippincott Williams. 6ta ed. Washington, 2010. p. 133.



BOTERO, Jaime y Cols. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Obstetricia y Ginecología. 8va. ed. Texto integrado. Bogotá, 2008. p. 211-217.

CABRERA, Santiago. *Compresión uterina bimanual*. Disponible en <http://xa.yimg.com/> México, 2011. p. 26. Consultado el día 22 de abril del 2013.

CALLE, Andrés y Cols. *Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima, 2008 p. 237. Disponible en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/> Consultado el día 10 de abril del 2013.

CASTILLO L. Jensen M. *Hemorragia postparto*. México, 2013. p.12. Disponible en: <http://www.slideshare.net/> Consultado el 24 de mayo del 2013

CASTELO C, Laura M<sup>a</sup>. *Escala de coma de Glasgow*. México, 2013. Disponible en <http://www.meiga.info/> Consultado el día 22 de mayo del 2013

CHAMY P Verónica y Cols. *Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años*. México, 2013. p .1. Disponible en: <http://www.scielo.cl/> Consultado el 23 de abril del 2013

CIFUENTES, Rodrigo. *Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias*. Ed. Distribuina. 2ª. ed. Bogotá, 2009. p. 257-263.

CLÍNICA CARRERO. *Vértigo y sensación de mareo*. México, 2013. p. 1. Disponible en <http://www.clinicajuancarrero.net/> Consultado el 24 de abril del 2013

CUNNINGHAM, Gary. *Williams Obstetricia*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 23a. ed. México, 2006. p. 759.760.

FERNANDEZ, Julio. *Obstetricia clínica*. Ed. McGraw-Hill. 2da. ed. México, 2009. p. 531-533.

FELIX, Carlos Armando. *Manual de maniobras y procedimientos en Obstetricia*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2006. p. 319-329.

GUTIERREZ, Gizela. *Protocolo: manejo para las hemorragias postparto*. México, 2013. p. 7. Disponible en <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/> Consultado el 18 de mayo del 2013.

GUTARRA, Feliciano Víctor. *Consejería de planificación familiar*. México. 2013. Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec:8080> Lima, 2009. p. 19 Consultado el 14 de mayo del 2013.

HA, Mousa, Alfirevic Z. *Tratamiento para la hemorragia postparto primaria*. Reino Unido, 2008. p. 432. Disponible en <http://www.update-software.com/> Consultado el 25 de abril del 2013.

HERRERA R, Cristián y Cols. *Intervención sobre las conductas clínicas para mejorar el cuidado obstétrico relacionado al parto: un estudio controlado randomizado en racimos*. México, 2013. p. 214-215. Disponible en <http://www.scielo.cl/> Consultado el 25 de mayo del 2013.

JIMENEZ, Laura y Cols. *Obstetricia II*. Ed. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2da. ed. Antología: México, 2008. p. 443-456.

KARLSSON, H. *Hemorragia Postparto*. México, 2013. p.12. Disponible en <http://Scielo.isciii.es/> Consultado el 10 de abril del 2013.

KARLSONN H, Pérez Sanz y Cols. *Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran multípara: estudio retrospectivo observacional*. México, 2013. p. 2. Disponible en <http://zl.elsevier.es/> Consultado el 20 de mayo del 2013

KETTLE, Christine y Cols. *Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado*. México, 2013. p. 2. Disponible en <http://www.updatesoftware.com/> Consultado el 23 de mayo del 2013. Ibid. p. 23.

L, Goldman, Schafer AI. *Insuficiencia renal aguda*. México, 2013. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/> Consultado el día 24 de mayo del 2013

LONG, Bárbara y Cols. *Enfermería medico quirúrgica*. Ed. McGraw- Hill. Vol. 1.2a ed. México, 1994.p. 262

LUCKMAN, Juan. *Cuidados de Enfermería*. Ed McGraw-Hill. México, 2000. p. 360

L. MYERS, Judith. *Enfermería Principios y Práctica*. Ed. Panamericana. Madrid, 2000. p. 214.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel. *Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento*. México, 2013. p. 20. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/> Consultado el 4 de junio del 2013

McCOY, Krisha. *Hemorragia postparto*. México, 2013. p. 12. Disponible en <http://keckmedicalcenterofusc.org/> Consultado el día 12 de abril del 2013.

MÉNDEZ, Francisco y Cols. *Ginecología y Obstetricia*. Ed. Méndez Editores S.A. DE C.V. 3ra. ed. México, 1996. p. 298-300.

MENDOZA, Irma. *Ginecoobstetricia*. Ed. El Manual Moderno. México, 1992. p. 258-260.

MORENO S, Ángel y Cols. *Manejo del paciente en situación de shock*. México, 2013. p. 11. Disponible en <http://www.medynet.com/>  
Consultado el día 25 de mayo del 2013

NÁPOLES, Danilo. *Consideraciones practicas sobre la hemorragia en el periparto*. México, 2013. p. 23. Disponible en <http://scielo.sld.cu/>  
Consultado el 10 de abril del 2013.

NETTINA, Sandra. *Manual de enfermería práctica*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999. p. 212-948.

ORTIZ A, Valeria y Cols. *Hemorragia puerperal*. Revista de posgrado de la VIa. Cátedra de Medicina. Buenos Aires, 2008. p. 19. Disponible en <http://med.unne.edu.ar/>. Consultado el día 12 de abril del 2013.

RIVERA F, Fernando y Cols. *Hemorragia postparto*. México, 2013. p. 23. Disponible en <http://www.slideshare.net/> Consultado el 14 de abril del 2013.

RIVERO, Mabel y Cols. *Hemorragia postparto: Incidencia, factores de riesgo y tratamiento*. México, 2013. p.12. Disponible en <http://www.unne.edu.ar> Consultado el 22 de abril del 2013.

ROSALES B, Susana y Eva Reyes. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Manual Moderno. 3ª ed. México, 2004. p.179.

SARMIENTO, Andrés y Cols. *Ginecología y Obstetricia*. Ed. Celsus. Bogotá, 2011. p. 229-235.

SAUNDERS, Charles. *Diagnóstico y tratamiento de urgencias*. Ed. El Manual Moderno. 3ª ed. México, 2000. p. 48.

SECRETARIA DE SALUD. *Guía de práctica clínica*. México, 2013. p. 8. Disponible <http://www.cenetec.salud.gob.mx/> Consultado el 20 de abril del 2013.

SECRETARIA DE SALUD. *Urgencias Obstétricas en primer nivel*. México, 2013. p. 36. Disponible <http://www.salud.gob.mx> Consultado el 28 de mayo del 2013

SECRETARIA DE SALUD. *Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención*. México, 2013. p. 4. Consultado el 14 de mayo del 2013.

STANLEY, Sir y Cols. *Obstetricia*. Ed. Salvat. Madrid, 1991. p. 115.

SCHWARCZ, Ricardo y Cols. *Obstetricia*. Ed. El ateneo. 5ta. ed. Buenos Aires, 1996. p. 534.

THOMAS F, y Cols. *Manejo básico de las urgencias Obstétricas*. Ed. Limusa. México, 2000. p. 210-225.

TORRES, Luis Espinosa. *Parto: mecanismo, clínica y atención*. Ed. Manual Moderno. México, 2009. p. 279-285.

WILLSON, Robert y Cols. *Ginecoobstetricia*. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1991. p. 477-482.