

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA
OBSTÉTRICA POSPARTO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA, EN MEXICO, D.F.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DULCE ANGÉLICA FLORES FLORES

CON LA ASESORIA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MÉXICO, D.F

SEPTIEMBRE DEL 2015



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 las enseñanzas recibidas de Metodología de la investigación y de corrección de estilo que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por todas las enseñanzas obtenidas en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos de todos mis excelentes profesores.

Al Instituto Nacional de Perinatología, por haberme brindado la oportunidad de realizar en sus instalaciones, las prácticas de enfermería, con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres: Inés Flores Castillo y Ángel Flores Reyes, por el cariño y los valores que he recibido de ellos, al guiar mi camino hacia mi propia superación personal y profesional.

A mi hermano Luis Roberto Flores Flores por ayudarme siempre, a cumplir esta meta profesional, lo que significa un logro más en mi vida.

A mi prima Luz Consuelo Sánchez Flores porque gracias a sus consejos y apoyo he podido salir adelante, en los momentos difíciles.

A mi tía Dolores Flores Reyes, primos y amigos quienes me brindaron su confianza y apoyo en diversas situaciones, tanto como estudiante, como en el servicio profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESINA</u>	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	6
1.5 OBJETIVOS.....	7
1.5.1 General.....	7
1.5.2 Específicos.....	7
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	9
2.1 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO.....	9
2.1.1 Conceptos básicos	9
- De Hemorragia	9
- De Hemorragia Obstétrica Posparto.....	10
2.1.2 Etiología de la hemorragia obstétrica posparto.....	11
- Por atonía uterina.....	11
- Por retención de restos placentarios.....	12
- Por laceraciones del canal de parto.....	12

2.1.3 Epidemiología de la Hemorragia Obstétrica	
Posparto.....	13
- En el mundo.....	13
- En Europa.....	13
- En Latinoamérica.....	14
- En México.....	14
2.1.4 Sintomatología de la Hemorragia Obstétrica	
Posparto.....	15
- Taquicardia.....	15
- Hemorragia.....	16
- Hipotensión	16
2.1.5 Diagnóstico de la Hemorragia Obstétrica	
Posparto.....	17
- Médico.....	17
• Historia clínica.....	17
• Exploración física.....	18
• Valoración	18
- De Laboratorio.....	18
• Biometría hemática.....	18

• Rastreo de anticuerpos irregulares.....	19
- De gabinete.....	20
• Ultrasonido.....	20
2.1.6 Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica	
Posparto.....	20
- Médico.....	20
• Masaje uterino.....	20
• Revisión de la cavidad uterina.....	21
• Compresión bimanual uterina	21
- Farmacológico.....	21
• Oxitocina	21
• Ergonovina.....	22
• Carbetocina.....	22
• Misoprostol.....	23
- Quirúrgico.....	23
• Ligadura de arterias uterinas.....	23
• Histerectomía.....	24

• Suturas compresivas.....	24
3. <u>INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO.....</u>	26
3.1 EN LA PREVENCIÓN	26
- Administrar hierro durante el embarazo.....	26
- Realizar manejo activo del tercer período de trabajo de parto.....	27
- Administrar Oxitocina.....	28
- Realizar tracción controlada del cordón umbilical.....	29
3.2 EN LA ATENCIÓN	30
- Administrar uterotónicos.....	30
- Realizar masaje uterino bimanual.....	31
- Realizar revisión de la cavidad uterina y del canal vaginal	32
- Valorar constantes vitales.....	33
- Asegurar dos accesos venosos periféricos.....	36
- Realizar compresión extrínseca de la aorta.....	37

- Administrar oxígeno.....	38
- Vaciar la vejiga con sonda vesical.....	39
- Realizar transfusión de hemoderivados.....	40
3.3 EN LA REHABILITACIÓN	41
- Iniciar reposición de líquidos	41
- Evaluar signos de perfusión.....	42
- Vigilar el sangrado transvaginal.....	42
- Vigilar nutrición en la paciente.....	42
4. <u>METODOLOGÍA</u>	44
4.1 VARIABLES E INDICADORES.....	44
4.1.1 Dependiente.....	44
- Indicadores de la variable.....	44
• En la prevención.....	44
• En la atención.....	44
• En la rehabilitación.....	45
4.1.2 Definición operacional: Hemorragia Obstétrica Posparto.....	45
4.1.3 Modelo de la relación influencia de la variable.....	50

4.2	TIPO Y DISEÑO DE TESINA.....	51
4.2.1	Tipo	51
4.2.2	Diseño.....	52
4.3	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS.....	53
4.3.1	Fichas de trabajo.....	53
4.3.2	Observación.....	53
5.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	54
5.1	CONCLUSIONES.....	54
5.2	RECOMENDACIONES.....	58
6.	<u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	62
7.	<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	68
8.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	80

ÍNDICE DE ANEXOS Y APENDICES

PÁG

ANEXO No. 1: LA ATONÍA UTERINA, COMO HEMORRAGIA POSPARTO.....	63
ANEXO No. 2: GRADO DE DESGARROS VAGINALES.....	64
ANEXO No. 3: MASAJE UTERINO BIMANUAL.....	65
ANEXO No. 4: ALGORITMO PARA LA HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO.....	66
ANEXO No. 5: SÍNDROME DE SHEEHAN.....	67

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes” en México, D.F.

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en ocho 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 siguiente apartados: Descripción de la situación problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos, general y específicos.

En el segundo y tercer capítulos se ubica el Marco teórico de la variable Hemorragia Obstétrica Posparto y las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con esta patología a partir del estudio y análisis de la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de ésta investigación documental.

En el cuarto capítulo se muestra la Metodología empleada con la

variable de intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto, 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 esta 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, las referencias bibliográficas, que están siendo ubicada en los capítulos: quinto, sexto, séptimo y octavo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se puede contar de manera clara con las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para proporcionar los cuidados necesarios a las pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El antecedente más antiguo del Instituto se remonta al año de 1921, durante el período presidencial del General Álvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada, la maternidad “Casa del periodista”. Ocho años después, el 4 de mayo de 1929, con el presidente Pascual Ortíz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente, a la beneficencia pública.¹

Así, para el 1937, el presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos hospitalarios que funcionaban como tal, pero posteriormente, durante la gestión del presidente Luis Echeverría Álvarez en 1976, se expropia el predio ocupado por la hasta entonces conocida “Maternidad Isidro Espinoza de los Reyes”, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para formar parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la niñez.² Ahora, por considerar

1. Instituto Nacional de Perinatología. *Antecedentes históricos*. Secretaría de Salud. México 2015. p.1 Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/quienessomos/antecedentes.html>. Consultado el día 4 de abril de 2015.

2. Ibid. p. 2

que esta institución y el instituto mexicano para la infancia y la familia, compartían objetivos y sus programas comunes, se fusionan por decreto presidencial en 10 de enero de 1997 con lo que se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia DIF y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que fué inaugurado el 8 de diciembre de 1977 bajo la dirección del Dr. Eduardo Jurado García, Así para brindar la atención integral a la niñez el instituto tiene claros sus objetivos, pero también la calidad profesional de su personal que son quienes atienden y proveen los servicios de salud a los neonatos. Por ello, el personal de Enfermería se considera un recurso primario en la atención a los pacientes dado que cubre los 365 días del año, durante las 24 horas del día.

De de hecho, el personal de enfermería se encarga de coordinar las actividades de planeación, organización, dirección y control de su personal para que este realice las funciones asistenciales, educativas, administrativas y de investigación con la más alta calidad científica y humana y así mismo fomentar la actualización del conocimiento de la disciplina y ciencia afines.³

Por ello, el personal de Enfermería, está constituido por 208 personas de nivel técnico, 54 de Postécnico, 154 de Licenciatura en Enfermería, 8 de Posgrados y 31 Especialistas.

3. Id

Por lo anterior, se considera indispensable contar con un número de personal profesional de nivel Licenciatura. Este es un reto importante que las autoridades del Instituto se han propuesto para garantizar y poder ofrecer un servicio de mayor calidad dado que aun prevalece un mayor número de personal con nivel de técnico.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es la siguiente: ¿Cuáles son las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto en el Instituto Nacional de Perinatología, en México, D.F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones. En primer lugar porque en México, desde el 2010, la Hemorragia Obstétrica ocupa el segundo lugar como causa directa de muerte materna.⁴ Entre los motivos de Hemorragia Obstétrica en el primer trimestre de la gestación, están el aborto y la enfermedad trofoblástica gestacional.

4. Roberto Ruíz. *Hemorragia Obstétrica, causa de muerte materna*. IMSS 2011. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2012; 50(6):659-660. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126m.pdf>. pag 659-660. Consultado el día 8 de abril de 2015.

De igual forma las hemorragias del segundo trimestre y tercer trimestre, son ocasionados por la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y la ruptura uterina. Además, también se presentan las hemorragias posparto causadas regularmente por la atonía uterina, el traumatismo cervico-vaginal o desgarros del canal de parto.⁵

En segundo lugar esta investigación documental se justifica porque la Hemorragia Obstétrica Posparto es una urgencia obstétrica que pone en peligro la vida de las pacientes, por lo que las intervenciones que realiza la Licenciada en Enfermería y Obstetricia deben ser inmediatas para prevenir consecuencias fatales para las pacientes.

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 la Hemorragia Obstétrica Posparto que es la segunda causa de muerte materna en México, es necesario continuar la estrategia de capacitación a las Licenciadas en Enfermería para mejorar la competencia clínica en el manejo de la paciente con embarazo y hemorragia que es prioritario, sobre todo

5. Ibid p. 661

porque el tiempo para actuar es muy corto y se deben tener las destrezas y habilidades para controlar la hemorragia

Se ubica en Enfermería porque son las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia quienes deben atender y cuidar a las pacientes aplicando los conocimientos de Obstetricia que poseen para el cuidado de sus pacientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes” en México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación en pacientes con hemorragia obstétrica.

- Proponer las diversas intervenciones que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe llevar a cabo en pacientes con hemorragia obstétrica.

2. MARCO TEORICO

2.1 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO

2.1.1 Conceptos básicos

- De hemorragia

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ la hemorragia severa se define como la pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior de a los 150 ml/min (aproximadamente cincuenta por ciento de volumen sanguíneo total en un lapso de 20 minutos).

Para Vélez G.⁷ la definición de hemorragia es la salida de todo el volumen sanguíneo perdido en un período de 24 horas o el

6. CONEVAL. *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010*. México, 2012. p. 72 Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf.

Consultado el 14 de abril 2015.

7. Gladis Vélez. et. al. *Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica*. Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Bogotá. Agosto 20/08-Febrero 2/09, 2009; 60 (1): p. 36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214329006>. Consultado el 14 abril 2015.

sangrado que ocurre a una velocidad a 59 ml/min y que por lo tanto causa la pérdida del 50% del volumen en 20 minutos.

- De Hemorragia Obstétrica Posparto

Para Cifuentes R.⁸ la hemorragia posparto se define como la pérdida sanguínea posterior a parto vaginal mayor a 500 cc o posterior a cesárea mayor a 1000 cc y según Palermo M.⁹ la hemorragia posparto es la descripción de un episodio que se produce como consecuencia de un excesivo sangrado proveniente del sitio de inserción placentaria ó de traumatismos del tracto genital o estructuras adyacentes.

Finalmente para Karlsson H.¹⁰ existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia posparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen.

-
8. Rodrigo Cifuentes. Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias. Distribuna. 2ª Ed Bogotá, 2009. p. 257
 9. Mario Palermo. Embarazo normal y de alto riesgo. Amolca. Caracas, 2014. p. 357
 10. Henrik. Karlsson. Hemorragia postparto. Anales del sistema sanitario de Navarra. Madrid, 2009; 32 (supl 1):p.162. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?Pid=S113766272009000200014&script=sci_arttext. Consultado el 19 de Abril de 2015.

Una de las más universalmente aceptadas, es aquella que define a la hemorragia posparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1000 ml tras una cesárea.

2.1.2 Etiología de la Hemorragia Obstétrica Posparto

- Por atonía uterina

Para Sarmiento A.¹¹ la ausencia de contracción uterina adecuada al parto es la causa más común de hemorragia posparto, es decir alcanza hasta un 50% de los casos y predispone por manipulación uterina excesiva, anestesia general (halogenados), sobredistención uterina, parto prolongado, multiparidad, miomatosis uterina y manipulación intrauterina. También ocurre por inducción o refuerzo con oxitocina, infección uterina, útero de Couvalaire, disfunción miometrial intrínseca y antecedente de hemorragia previa.

11. Andrés Sarmiento. *Ginecología y Obstetricia*. Médica Celsus. Bogotá, 2011. p. 230

- Por retención de restos placentarios

Para Cifuentes R.¹² la persistencia de uno o varios cotiledones adherido en el interior del útero o de parte de las membranas ovulares se produce secundario a una tracción exagerada de la placenta o alumbramiento forzoso. También este fenómeno puede asociarse a placenta succenturiada con cotiledones aberrantes. Por ello el manejo se orienta a evaluar bien la placenta y realizar legrado instrumentado para desprender los cotiledones retenido esperando su expulsión espontánea teniendo en cuenta el riesgo de infección o sangrado secundario. En caso de las membranas ovulares el manejo recomendado es similar, por el riesgo de infección puerperal secundaria si se espera a su expulsión espontánea.

- Por laceraciones del canal de parto

Para Fernández J.¹³ el promedio de la pérdida sanguínea por una episiotomía media o mediolateral es de 200 ml y si a esta se agrega la hemorragia por laceraciones cervicales, vaginales o perineales no reconocidas, suele ser significativa. Las laceraciones deben sospecharse cuando la hemorragia continúa a pesar de la

12. Rodrigo Cifuentes. Op cit. p. 257

13. Juan Fernández. *Obstetricia clínica*. 2ª edición. Mcgraw Hill. México, 2009. p. 510

buena contracción uterina; que se identifican mediante reconocimiento visual con valvas vaginales y pinzamiento de los labios anterior y posterior del cuello uterino.

2.1.3 Epidemiología de la Hemorragia Obstétrica Posparto

- En el mundo

Para Hernández G. et. al.¹⁴ la OMS reporta que en el mundo se registran 536,000 muertes materna al año de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica que representan 25% del total de las muertes maternas y más del 50% de estas muertes suceden en las primeras 24 horas posparto.

- En Europa

Para M. Delgado¹⁵ en el Reino Unido el riesgo de muerte por hemorragia obstétrica es de 1 cada 100.000 partos. En España la

14. Guillermo Hernández. et.al. *Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas*. Hospital Juárez de México. México, 2013; 80(3):184. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>. Consultado el 1 Junio 2015.

15. Martín Delgado. *Patología crítica en embarazo y posparto*. Edika Med. Barcelona, 2007. p. 29

tasa de muerte es de 7,15/100,000 nacidos vivos aunque la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia/eclampsia) es la responsable del 31% de las muertes, seguida de la hemorragia obstétrica y la embolia pulmonar con 23% en ambos casos.

- En Latinoamérica

Para Vargas V. et. al.¹⁶ en la actualidad, en Latinoamérica muere diariamente una de cada 130 mujeres por alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio. Esas complicaciones ocurren hasta en 40% de los embarazos y de estos 15% pueden poner en peligro la vida de la embarazada o dejar alguna secuela o discapacidad.

- En México

Para Matute A.¹⁷ la hemorragia obstétrica y sus complicaciones son uno de los principales factores de muerte materna en el

16. Víctor Vargas. Et.al. *Hemorragia obstétrica manejada con balón de bakri*. Clínica e Investigación en Ginecología y obstetricia. México, Mayo 30/13-Noviembre4/13. 2014; 30(20):p.3. Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S0210-573X\(13\)00133-0.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0210-573X(13)00133-0.pdf). Consultado el 2 Junio 2015.

17. Angél. Matute. *Tópicos selectos en obstetricia*. Editores de textos mexicanos. México 2010.p.125

mundo, especialmente en los países con menor desarrollo. En la actualidad, en México, constituye la segunda causa de mortalidad materna, y en número considerable de casos, el origen son secuelas orgánicas irreversibles.

2.1.4 Sintomatología de la Hemorragia Obstétrica Posparto

- Taquicardia

Según Taber B¹⁸ la taquicardia indica en los pacientes hipovolemia como consecuencia de la excesiva pérdida de sangre. De hecho la taquicardia es uno de los primeros signos en aparecer y el único que está presente hasta que se ha perdido un 30-40% del volumen sanguíneo, apareciendo recién posteriormente la hipotensión y la vasoconstricción periférica como se observa según la clasificación de la hemorragia de las guías de la American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support (ATLS).

18. Ben-Zion Taber. Urgencias en ginecología y obstetricia. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1984.p.379

- Hemorragia

Según Asturizaga P.¹⁹ la hemorragia genital es oscura con coágulos, de cuantía variable pero que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Así el 15% al 54% de los pacientes que presentan una hemorragia masiva en el intraoperatorio, fallecen. La mortalidad en la hemorragia masiva aumenta a cifras de 75% cuando se presenta coagulopatía. La causa de esta complicación en el sangrado masivo es multifactorial como la hemodilución, la hipotermia y la acidosis que son los principales factores que producen trastornos de la coagulación.

- Hipotensión

Según Winograd R.²⁰ la hipotensión puede presentarse tardíamente, cuando ya se ha perdido entre el 30 y 50% de la volemia. Así la pérdida de sangre ocasionada por la hemorragia

-
19. Patricia Asturizaga *Hemorragia obstétrica*. Médica La Paz. Julio-Diciembre. 2014; 20(2): p.65. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000200009&script=sci_arttext. Consultado el día 2 de Junio del 2015.
 20. Raúl Winograd. *Manejo de la hemorragia obstétrica crítica*. Buenos Aires, 2013, p.1. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf>. Consultado el día 10 Marzo del 2015.

puede dar lugar a este estado. De hecho, si la pérdida de sangre es muy severa, puede producir un shock rápidamente.

2.1.5 Diagnóstico de la Hemorragia Obstétrica Posparto

- Médico
 - Historia clínica

La historia clínica incluye: antecedentes hereditarios y patológicos de importancia, cardiopatías congénitas o adquiridas, hipotensión arterial sistémica crónica, diabetes mellitus, trastornos de la coagulación y enfermedades autoinmunitarias. También se incluye en la historia clínica antecedentes obstétricos completos (antecedente de producto con malformaciones, embarazo múltiple, abortos recurrentes); diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y cesárea previa,²¹ Además, se pregunta por: parto distócico, hemorragia posparto, óbito, muerte neonatal, identificación de factores de riesgo mujeres menores de 18 años de edad, nulíparidad, anemia, desnutrición, obesidad, embarazo no deseado, miomatosis uterina, parto prolongado , parto quirúrgico o instrumentado, parto precipitado, sobredistensión uterina e infecciones recurrentes cervicovaginales y de las vías urinarias.

21. Angél Matute. Op cit. p.128

- Exploración física

La exploración física evalúa la integridad del útero, el cuello y la vagina y el perineo, se explora manualmente la cavidad uterina y el segmento uterino inferior para descubrir muestras de rotura uterina, tejido placentario. Ahora, las membranas retenidas que se desprenden con facilidad, se extraen manualmente.²²

- Valoración

La valoración debe diferenciar aquella hemorragia por atonía uterina de las laceraciones y desgarros, por lo que es necesario hacer una inspección de la vía parto exhaustivo ya bajo anestesia, para prevenir molestias maternas.²³

- De laboratorio

La biometría hemática incluye las pruebas de laboratorio que ayudan al diagnóstico entre las que están: recuento plaquetario, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina, tiempo de protombina y tiempo de tromboplastina parcial activada.²⁴

22. Ben-Zion Taber. Op. Cit. p. 378

23. Andrés Sarmiento. Op cit. p. 230

24. Ben-Zion Taber. Op. Cit. p. 379

Los estudios antenatales deben incluir biometría hemática. En todos los pacientes. Ahora si se encuentra anemia, está indicada la intervención para mejorar la hemoglobina. Los niveles de hemoglobina menores de 10 a 10,5 g/ dL están asociados a resultados adversos del embarazo. La tipificación y pruebas cruzadas deben ser realizadas lo más pronto posible, así como las pruebas de coagulación.²⁵

- Rastreo de anticuerpos irregulares

Todas las pacientes que ingresen al servicio de admisión de partos con más de un factor de riesgo para HPP deben ser hemoclasificadas y realizárseles rastreo de anticuerpos irregulares (Coombs indirecto/RAI) u reservadas con 2 paquetes globulares y 2 unidades de plasma fresco congelado, aquellas con 3 o más factores de riesgo o con cuadro clínico que sugiere alto riesgo de HPP.²⁶

25. Ben-Zion Taber. Op. Cit. p. 380

26. Rodrigo Cifuentes. Op. Cit. p.799

- De gabinete
 - Ultrasonido

Según Tenorio F.²⁷ en el tercer periodo del trabajo de parto, el ultrasonido es útil para determinar si la separación placentaria se ha llevado a cabo, si la placenta ya se ha extraído, de igual forma el ultrasonido puede ser útil para determinar retención de productos de la concepción. De igual forma el ultrasonido abdominal también es útil para e diagnosticas condiciones como el hematoma subcapsular hepático y para detectar el líquido libre de intraperitoneal.

2.1.6 Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica Posparto

- Médico
 - Masaje uterino

Según De Gracia P.²⁸ el masaje uterino se realiza con una mano en el abdomen de la paciente colocando los dedos en la parte posterior del fondo y el pulgar en la parte anterior y haciendo presión entre los dedos como en la maniobra de Credé en la extracción de la placenta totalmente desprendida.

27. Filiberto Tenorio. *Cuidados intensivos en la paciente obstétrica grave*. Prado. México, 2003.

28. Paulino De Gracia *Obstetricia: complicaciones en el embarazo*. Distribuna. Bogotá, 2008. p. 109

- Revisión de la cavidad uterina

El sangrado uterino persistente secundario a la expulsión incompleta de la placenta impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina.²⁹

- Compresión bimanual uterina

La compresión bimanual uterina involucra la colocación de una mano sobre el abdomen materno aplicando masajes repetitivos del útero para estimular la contracción. El uso de masaje uterino cada 10 minutos por 60 minutos posparto, es una medida efectiva para reducir el sangrado.³⁰

- Farmacológico

- Oxitocina

La presentación de la Oxitocina es de una ampolla de 5 unidades vida media de 4-10 minutos aunque la dosis efectiva es intramuscular con 10 unidades, endovenosa ó 20 unidades en

29. Patricia Asturizaga. Op cit. p. 57

30. Andrés Sarmiento. Op cit. p. 229

goteo continuo. De hecho ha sido el medicamento más utilizado en el manejo y la prevención de la hemorragia posparto, especialmente en las pacientes sometidas a cesárea donde casi siempre se indica de forma rutinaria después de la extracción de recién nacido.³¹

- Ergonovina

Según Nápoles D,³² la Ergonovina es la droga de segunda línea dosis de 0.2 mg por vía intramuscular aunque se debe repetir en 20 minutos y se continúa su administración cada 4-6 horas hasta un máximo de 1 mg.

- Carbetocina

Según Posadas F.³³ la Carbetocina es un análogo sintético de la Oxitocina con un mecanismo de acción que consiste en acelerar e incrementar la contracción uterina al momento después de la salida del recién nacido y de la placenta, para reducir la pérdida de

31. Paulino De Gracia. Op cit. p. 111

32. Danilo Nápoles. *Consideraciones practicas sobre la hemorragia en el periparto*. Medisan. La Habana, 2012; 16(7): p. 1120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192012000700013&scrypt=sci_arttext. Consultado el 13 de junio del 2015.

33. Francisco Posadas *Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica*. Ginecología y obstetricia. México. Julio, 2011, 79(7):p.422. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2011/gom117d.pdf>. Consultado el día 13 de Junio de 2015.

sangre. Al ser un análogo de la Oxitocina, compite por sus receptores, con una vida media cuatro veces superior a la Oxitocina un efecto farmacológico de hasta 120 minutos genera una contracción tónica que reduce la pérdida de sangre posparto.

- Misoprostol

El Misoprostol es un análogo prostaglandina E1, aprobado por Food and Drug Administration (FDA) solo para la prevención y tratamiento de la ulcera gástrica pero reconoce que en ciertas circunstancias, su uso fuera de indicaciones habituales, es apropiado, racional y aceptado en la práctica médica.³⁴

- Quirúrgico

- Ligadura de arterias uterinas

Para la ligadura de arterias uterinas se realiza una ligadura bilateral que ayuda con el sangrado. Es efectivo solo en la mitad de las pacientes en las que se realiza, en reducción de la presión

34. Rodrigo Cifuentes. Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias. 2ª Ed. Distribuna. Bogotá, 2009. p. 262.

de pulso en un 85% para las arterias distales a la ligadura y no interfiere con el futuro reproductivo.³⁵

- Histerectomía

Según Fernández J.³⁶ la extirpación quirúrgica del útero en cualquier momento del período grávido puerperal por lo que recibe la denominación de histerectomía obstétrica; al respecto ha habido múltiples discusiones para diferenciar entre la cesárea, la histerectomía y la histerectomía obstétrica.

- Suturas compresivas

Según Flores V.³⁷ la frecuencia del uso de suturas de compresión uterina se ha incrementado desde su introducción en 1997 .La indicación principal para la realización de una sutura de compresión uterina es la hemorragia secundaria a atonía uterina, pero puede realizarse en toda circunstancia en que se considere

35. Andrés Sarmiento. Op cit. p. 233

36. Juan Fernández. Op cit. p. 515

37. Víctor Flores. *Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica*. Hospital Juárez de México. México, 2014; 81(2): p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju142e.pdf>. Consultado el 27 de Marzo del 2015.

que la compresión es necesaria para controlar el sangrado uterino. Esta técnica es de particular interés, ya que es relativamente sencilla de realizar, segura y conserva la capacidad reproductiva y en caso de fallar, permite la realización de otras intervenciones más radicales.

3. INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO

3.1 EN LA PREVENCION

- Administrar hierro durante el embarazo

La administración profiláctica de hierro a lo largo del embarazo sirve para prevenir la anemia por lo que es esencial en el tratamiento de la hemorragia posparto.³⁸

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe promover el consumo de sulfato ferroso en las pacientes gestantes para evitar así la anemia y plaquetopenia que podrían ser factores predisponentes para que la paciente presente hemorragia.

38. Martín Delgado. Op cit. p. 34

- Realizar manejo activo del tercer período del trabajo de parto

El manejo activo del tercer período consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la salida de la placenta, aumentan las contracciones uterinas, acortan los tiempos y previenen la hemorragia posparto por atonía uterina. Así, el cordón umbilical puede ser ligado inmediatamente luego del parto o en forma más tardía. Así, el clampeo tardío u oportuno es una práctica fisiológica con claro efectos beneficiosos para la madre y el recién nacido.³⁹

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe fomentar el uso y participación del personal para la salida de la placenta con el aumento de las contracciones uterinas, ya que numerosas publicaciones mencionan la efectividad de esta técnica y la disminución de presentar un episodio de hemorragia.

39. Mario Palermo. Op cit. p. 360

- Administrar Oxitocina

La Oxitocina es la droga uterotónica mas utilizada y de primera elección para el manejo activo del tercer período del trabajo de parto por su efectividad para disminuir la incidencia de hemorragia posparto y acortar el tiempo del tercer período del parto. De hecho, la Oxitocina se prefiere por su rápido efecto; es decir, dentro de los 3 minutos después de la inyección los efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. La dosis utilizada es de 10 unidades intramuscular.⁴⁰

Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe considerar el uso profiláctico de la Oxitocina, ya que es el uterotónico de primera elección en la hemorragia obstétrica, porque en raras ocasiones requiere de la utilización de otros medicamentos.

40. Mario Palermo. Op cit. p. 362

- Realizar tracción controlada del cordón umbilical

La tracción continua y controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta permite evitar un tercer período (alumbramiento) prolongado. Esta se realiza mientras se presiona por encima de la sínfisis del pubis para lo cual se coloca una mano en el abdomen inferior. Además, la tracción controlada del cordón sólo se debe realizar después de que aparezcan los signos de la separación de la placenta.⁴¹

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe realizar la tracción ligeramente del cordón umbilical y favorecer su expulsión realizando un suave masaje uterino para facilitar una contracción al tiempo que se ejerce una ligera compresión uterina. La maniobra de Brandt-Andrews también ayuda al desprendimiento placentario y consiste en una tracción firme y suave sobre el cordón umbilical con una mano mientras que la otra ejerce una presión contraria suprapúbica. Esto se hace para evitar que queden restos dentro de la cavidad uterina, restos de la placenta y a largo plazo, se provoque la hemorragia.

41.Rodrigo Cifuentes. Op cit. p. 780

3.2 EN LA ATENCION

- Administrar uterotónicos

Según Beckman C. et. al.⁴² los fármacos uterotónicos comprenden la Oxitocina, el Maleato de metilergonovina, el Misoprostol (un análogo de la prostaglandina E1), la dinoprostona (un análogo de la prostaglandina E2), la 15-metil-prostaglandina F2 α y la carbetocina, administrados por separado cada uno de ellos.

Los uterotónicos se definen como los fármacos que producen una contracción uterina adecuada y pueden administrados como profilaxis o como terapia. La administración profiláctica se relaciona con un tercer estadio más corto, menor riesgo de HPP y menor necesidad de uterotónicos adicionales.

Por lo anterior, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe analizar cuál es el fármaco uterotónico que sería más eficaz ante una hemorragia, ya que el indicado debe ser aquel del cual se conozca la farmacología en: dosis, vía y frecuencia de administración óptimas, las contraindicaciones y efectos adversos, que puedan producirse por cada uno de ellos.

42. Charles Beckman. et.al. *Obstetricia y ginecología*. Lippincott. 6^a ed Barcelona, 2010. p. 136

- Realizar masaje uterino bimanual

El masaje uterino bimanual es la compresión realizada a través de la colocación de una mano sobre el fondo del útero externamente y la otra mano sobre el segmento uterino, con la finalidad de reducir el flujo sanguíneo. Es una medida temporal para el manejo de la hemorragia posparto debida a la hipotonía uterina después de un parto vaginal. Este masaje se utiliza cuando el masaje uterino externo no ha sido eficiente y mientras el manejo farmacológico surte efecto.⁴³ De hecho, con frecuencia el masaje uterino bimanual solo logra provocar la contracción uterina y debe realizarse mientras se van preparando otros tratamientos.⁴⁴

Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe considerar utilizar el masaje uterino bimanual porque puede tener un alto porcentaje de efectividad. De hecho se cree que tales movimientos repetitivos estimulan la producción de prostaglandinas y esto lleva a la contracción uterina y a una menor pérdida de sangre, aunque las mujeres pueden sentir que el masaje es incómodo o incluso doloroso. Así, esta técnica puede realizarse mientras se toman otras medidas para controlar la hemorragia.

43. Rodrigo Cifuentes. Op cit. p. 781

44. Charles Beckman. et.al. Op cit. p. 138

- Realizar revisión de la cavidad uterina y del canal vaginal

La revisión del canal de parto debe ser hecha de forma rutinaria y especialmente en los casos de parto instrumental. Si se encuentran laceraciones o desgarros que sangran, estos deben ser reparados. Se han reportado casos de muerte materna debido a desgarros profundos que no fueron diagnosticados y tratados en su momento. La revisión de la cavidad uterina se reserva para los casos de sangramiento abundante y en la sospecha de ruptura uterina cuyo principal signo será el sangrado.⁴⁵

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe incluir dentro de sus procedimientos habituales en la atención de parto, la revisión del canal vaginal y la cavidad uterina para poder identificar oportunamente las situaciones que produzcan posteriormente hemorragia en la paciente.

45. Paulino De gracia. Op cit. p. 110

- Valorar las constantes vitales

Según Karlsson H.⁴⁶ es muy importante valorar durante este tiempo las constantes vitales como tensión arterial, pulso, saturación de O² han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos, para saber el estado general de la paciente.

Para la Asociación Americana de Hipertensión⁴⁷ la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias. Las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo. La presión arterial se mide con 2 cifras: la cifra superior mide la fuerza de la sangre en las arterias cuando el corazón se contrae (late). Así se le denomina presión sistólica. La cifra inferior mide la fuerza de la sangre en las arterias mientras el corazón está relajado (llenándose con sangre entre medio de los latidos) y se le denomina presión diastólica.

46. Henrik Karlsson. Op cit. p. 164

47. Asociación Americana de Hipertensión. *Presión Arterial*. Washington, 2010. p. 3. Disponible en: <http://www.ash-us.org/documents/bloodpressurehealthspanish.pdf>. Consultado el 15 de Julio del 2015.

De hecho la Fundación Española del Corazón⁴⁸ considera que la frecuencia cardiaca es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto (latidos por minuto). Para el correcto funcionamiento del organismo es necesario que el corazón actúe bombeando la sangre hacia todos los órganos, pero además, lo debe hacer a una determinada presión (presión arterial) y a una determinada frecuencia. Dada la importancia de este proceso, es normal que el corazón necesite en cada latido un alto consumo de energía.

De igual forma para Villegas J.⁴⁹ la frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto, y suele medirse cuando la persona está en reposo) y sin tener conciencia de estar haciéndolo). La frecuencia normal de un adulto que esté en reposo oscila entre 15 y 20 ciclos por minuto, y cuando es mayor a 25, o menor a 12, podría considerarse

-
48. Fundación Española del Corazón. *Frecuencia cardíaca*. Madrid, 2014. p. 1. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/frecuencia-cardiaca.html>. Consultado el 15 de Julio del 2015.
49. Juliana Villegas. *Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente*. Archivos de Medicina.. Bogotá, Julio-Diciembre 2012.12(2): 230. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_12-2/10-%20Semiolog%C3%ADa%20de%20los%20signos%20vitales.pdf. Consultado el 15 de Julio del 2015.

anormal. En cuanto a la temperatura corporal esta se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis).⁵⁰

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe monitorizar las constantes vitales, que son datos clínicos importantes que pueden indicar la aparición de la hipovolemia en las pacientes y causar la hemorragia obstétrica.

- Asegurar dos accesos venosos periféricos

Los accesos venosos constituyen una medida que permitirá comenzar la reanimación inicial con fluidos. Actualmente, la canalización venosa profunda queda indicada ante la presencia de colapso vascular y por personal entrenado para evitar accidentes fatales.⁵¹. Además se requiere administrar oxígeno (O²) mediante máscara de flujo libre. Si existe compromiso de la vía aérea por deterioro de conciencia, se deberá realizar, la intubación

50. Juliana Villegas. Ibid. p. 228

51. Danilo Nápoles. Op cit. p. 1114

orotraqueal de inmediato para reducir el riesgo de aspiración previendo la posibilidad de presentarse ante vía aérea dificultosa.

Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe asegurar desde el inicio y ante la presencia de una hemorragia obstétrica, dos accesos venosos periféricos para la administración de soluciones parenterales y medicamentos y así tratar de detener el sangrado y de igual manera, iniciar la reposición de líquidos.

- Realizar compresión extrínseca de la aorta

Aunque en la literatura médica no hay ensayos clínicos controlados que describan el uso de compresión extrínseca de la aorta en el manejo de la hemorragia posparto. En un estudio prospectivo realizado en Australia para determinar los efectos hemodinámicos de esta maniobra en mujeres posparto sin hemorragia, se reportó un éxito de 56% en la disminución del flujo sanguíneo cuando este fué documentado como ausencia del pulso femoral y presión arterial no registrada en los miembros inferiores⁵². Por ello, es considerada por la OMS como un procedimiento seguro con un beneficio como estrategia temporal en el manejo de la hemorragia posparto, mientras las

52. Rodrigo Cifuentes. Op cit. p. 784

medidas de resucitación son llevadas a cabo, con una calidad de evidencia muy pobre con un grado de recomendación moderado.

Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe tener en cuenta y considerar la aplicación de esta técnica solamente como medida temporal, mientras se preparan otras opciones para desaparecer la hemorragia, durante esta, la circulación queda restringida a la parte superior del cuerpo y hacia los órganos nobles. La presión arterial se mantiene elevada y se impide que la sangre alcance el sector del sangrado en la pelvis. Para realizarse esta técnica, se debe parar a la derecha de la paciente y colocar el puño izquierdo arriba y a la izquierda del ombligo e inclinarse hacia la paciente para que la fuerza sea realizada con el peso del cuerpo. La efectividad de la maniobra, se verifica constatando la ausencia del pulso femoral.

- Administrar oxígeno

Según Vélez G.⁵³ es necesario iniciar el suministro de oxígeno a la paciente garantizando la máxima FIO₂ con máscara reservorio, Ventury al 35-50% o cánula nasal a 4 litros por minuto. Es elemental, ya que la principal causa de muerte cuando se instala el estado de choque es el intercambio respiratorio insuficiente. De hecho, la duración de la hipoxia tisular es importante, pues conlleva a la acumulación de subproductos dañinos del metabolismo anaerobio, por lo que administrar oxígeno es una prioridad.

Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe conocer que ante la presencia de una situación ya sea de urgencia, alguien deber será asignado para colocarse en la cabeza de la paciente y comenzar a suministrar el oxígeno necesario.

53. Gladis Vélez et.al. *Validación del código rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica*. Revista panamericana de salud pública. Panamá, 2013; 34(4): 245. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/05.pdf>. Consultado el 24 de abril de 2015.

- Vaciar la vejiga con sonda vesical

Simultáneamente en la atención de la hemorragia ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis. También se hace necesario, evacuar la vejiga, para mejorar el tono uterino, monitorizar la diuresis, contribuye a valorar la volemia. De hecho, se considera adecuado un volumen diurético ≥ 30 ml/hora.⁵⁴

Por lo anterior, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe realizar la colocación de sonda vesical en la paciente con hemorragia para medir y cuantificar la diuresis y así ayudar a la contractilidad uterina.

- Realizar la transfusión de hemoderivados.

Es sumamente importante la administración de hemoderivados cuando las pérdidas exceden 30% del volumen sanguíneo o cuando la hemoglobina es menor del 10g/dl o cuando una paciente hipotensa no responde a 2 L de cristaloides, entonces,

54. Henrik Karlsson. Op cit. p. 160

la transfusión de hemoderivados se sugiere a razón de dos unidades de plasma fresco congelado por cada paquete globular administrado, siempre teniendo en mente las complicaciones hematológicas propias de la hemorragia aguda, así como aquellas asociadas al empleo de hemoderivados.⁵⁵

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe aplicar como medida de apoyo, la administración de hemoderivados para compensar las pérdidas de sangre, durante la hemorragia.

3.3 EN LA REHABILITACION

-Iniciar reposición de líquidos

Según Palermo M.⁵⁶ los líquidos de reposición intravenosos son el tratamiento inicial para la hipovolemia. Así la reposición del volumen se debe hacer con soluciones cristaloides, como primera opción la solución Hartman y si no se cuenta con este tipo de solución, se debe utilizar solución salina 0.9%. Entonces, la administración precoz de estos líquidos puede salvar vidas y

55. Guillermo Hernández et.al. Op cit. p.183

56. Mario Palermo. Op cit. p. 365

proporcionar algo de tiempo para controlar la hemorragia y obtener la sangre para la transfusión.

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe comenzar o reponer la cantidad de sangre pérdida en la paciente durante la hemorragia mediante la administración de líquidos cristaloides que son los de primera elección para contrarrestar la hipovolemia.

-Evaluar signos de perfusión

Es indispensable evaluar los signos de perfusión (sensorio, llenado, pulso y PA) mínimo cada 15 minutos durante las siguientes dos horas. Después de cada 500 ml de líquidos infundidos, también se debe evaluar la respuesta en cuanto a la reposición de la volemia con 4 criterios fundamentales: presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg, excreta urinaria mayor de 30 ml por hora o \geq ml/kg/hora, temperatura mayor a 35 ° C y llenado capilar en las uñas menor de 3 segundos.⁵⁷

Entonces, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe identificar los datos clínicos que aseguran la adecuada perfusión

57. Gladis Vélez et.al. Op cit. p. 244

tisular de la paciente y reflejan el estado hemodinámico y su estabilidad.

-Vigilar el sangrado transvaginal

Según Vélez G.⁵⁸ es muy importante vigilar el sangrado vaginal mínimo cada 15 minutos durante las siguientes 4 horas, si fue una hemorragia por atonía uterina y el sangrado vaginal mínimo cada 15 minutos por las siguientes 2 horas.

Por ello la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe valorar constantemente la cantidad de sangrado que presenta la paciente ya que este es el dato clínico más importante para identificar la presencia de la hemorragia.

-Valorar nutrición en la paciente

Según Hornby S.⁵⁹ es importante proporcionar al cuerpo los nutrientes necesarios para producir nuevas células sanguíneas. También puede ser necesario reponer el suministro normal

58. Gladis Vélez et.al. Op cit. p. 245

59. Hornby S. ¿Qué debo comer después de haber perdido sangre?, Fundación Livestrong. Washington, 2013. p. 1. Disponible en: http://www.livestrong.com/es/debo-comer-despues-info_9922/.

después del parto. Cuando se pierde sangre, se pierde hierro, y la deficiencia de hierro prolongada puede causar anemia, una condición en la que el cuerpo carece de glóbulos rojos, ingerir alimentos ricos en calcio, vitaminas con complejo B, ácido fólico, vitamina C y vitamina K, ayudarán a reponer el suministro de sangre. Comer frutas y verduras le proporcionará a el cuerpo una gran cantidad de vitamina C, ácido fólico, vitamina K y vitaminas B-1, B-6 y B-12. La vitamina C ayuda al cuerpo a absorber el hierro. El folato o ácido fólico y la vitamina B-12 contribuyen a la formación de glóbulos rojos. La vitamina K permite que se formen coágulos para detener las hemorragias.

Por lo tanto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe elaborar, en colaboración con el área de nutrición, un plan de alimentación adecuado para ayudar a la recuperación de la pérdida sanguínea que se obtuvo durante la hemorragia posparto.

4. METODOLOGÍA

4.1 VARIABLES E INDICADORES

4.1.1 Dependiente: Intervenciones de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

-Indicadores de la variable

- En la prevención

- Administrar hierro durante el embarazo
- Realizar manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto
- Administrar Oxitocina
- Realizar tracción controlada del cordón umbilical

- En la atención

- Administrar uterotónicos
- Realizar masaje uterino bimanual
- Realizar revisión de la cavidad uterina y canal vaginal
- Valorar las constantes vitales

- Asegurar dos accesos venosos periféricos
- Realizar compresión extrínseca de la aorta
- Administrar oxígeno
- Vaciar vejiga con sonda vesical
- Realizar la transfusión de hemoderivados

- En la rehabilitación

- Iniciar reposición de líquidos
- Evaluar signos de perfusión
- Vigilar el sangrado transvaginal
- Valorar nutrición en la paciente

4.1.2 Definición operacional: HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO

- Concepto

La hemorragia posparto se define como la pérdida sanguínea posterior a parto vaginal mayor a 500 ml o posterior a una cesárea mayor a 1000 ml.

- Etiología de la hemorragia posparto

La Hemorragia Obstétrica Posparto se debe a atonía uterina, retención de placenta, restos placentarios y laceraciones del canal de parto.

- Epidemiología

Datos de la OMS muestran que la hemorragia obstétrica origina 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Esto significa que cerca del 80% de éstas se deben a causas obstétricas directas. Es decir, complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio. La incidencia de la hemorragia posparto es de 2 a 6%.

La valoración prenatal del riesgo de hemorragia, pronostica el 40% de aquellas pacientes que tendrán una hemorragia posparto.

La sintomatología implica taquicardia, hemorragia e hipotensión.

- Factores de riesgo

Entre los principales factores de riesgo se pueden incluir el parto prolongado, el parto precipitado, antecedente de hemorragia

obstétrica, antecedente de placenta previa, episiotomía medio lateral, preeclampsia, sobredistensión uterina(macrosomia, polihidramnios), parto instrumentado y coriamnioitis.

- Diagnóstico

En el diagnóstico médico se deben conocer los antecedentes de la paciente obstétrica, mediante su historia clínica, identificar los factores de riesgo para hemorragia obstétrica y una adecuada exploración física. En cuanto al laboratorio se solicitan: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, urocultivo, grupo y Rh, VDRL. También se solicitan pruebas de madurez pulmonar la determinación de fracción beta de hormona gonadotropina corionica. Finalmente el diagnóstico por gabinete implica el ultrasonido.

- Tratamiento

El tratamiento médico se inicia con un masaje uterino y se realiza una adecuada evaluación del conducto de parto para descartar retención de restos placentarios, asegurar la integridad uterina, exploración del conducto de canal de parto de forma sistematizada, revisando el cuello y la vagina. Además se procede a la sutura de los desgarros observado, en caso de atonía se hace el masaje bimanual simultáneamente con la administración de agente uterotónicos y fármacos por vía intravenosa.

El tratamiento quirúrgico implica la ligadura de arterias uterinas, histerectomía y suturas compresivas.

- Intervenciones de la licenciada en Enfermería y
Obstetricia

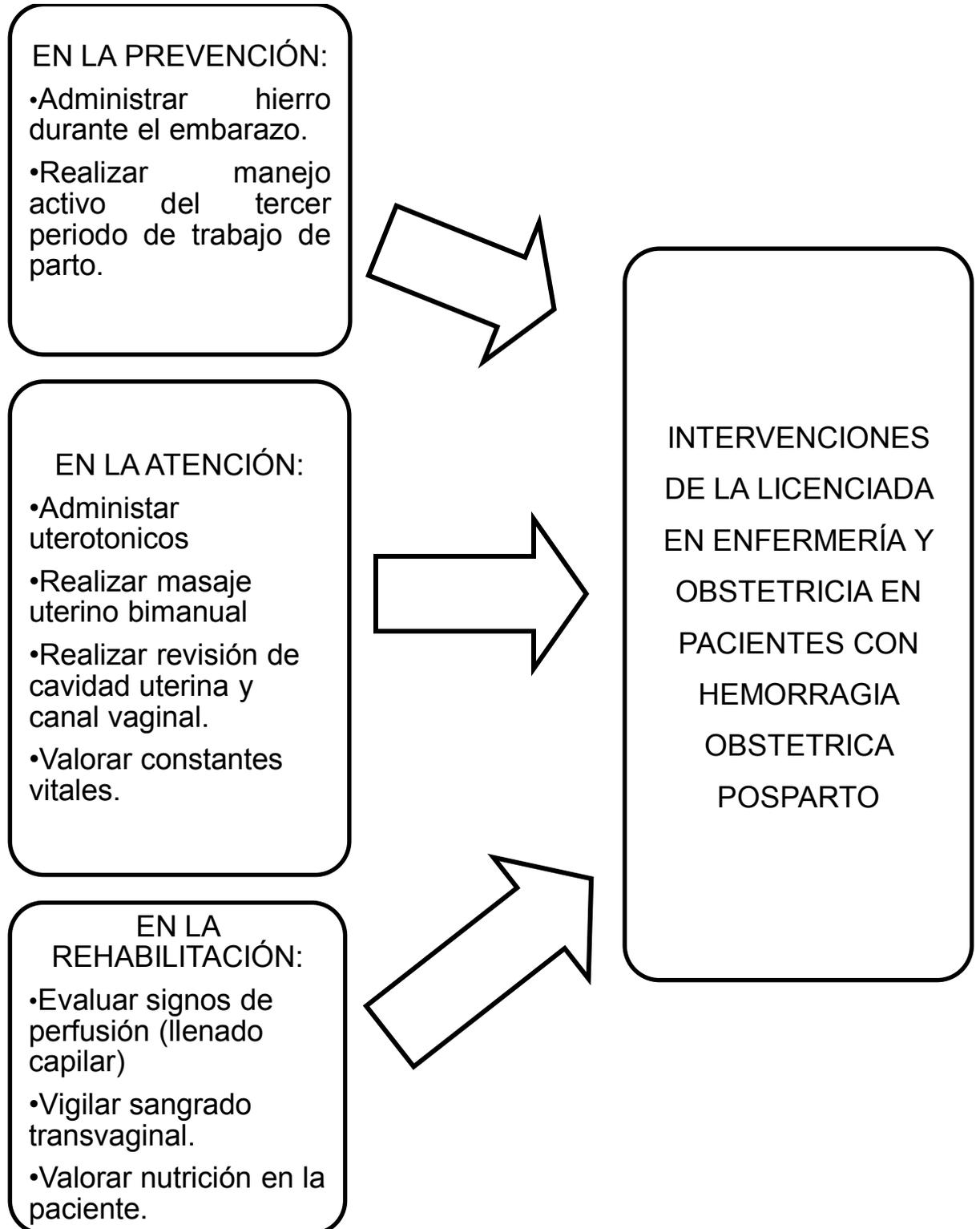
Los cuidados que realiza la Licenciada en Enfermería y Obstetricia son en 3 momentos: en la prevención, en la atención y en la rehabilitación.

En la prevención las intervenciones son: Administrar hierro durante el embarazo, realizar manejo activo del tercer período de trabajo de parto, administrar Oxitocina y realizar tracción controlada del cordón umbilical.

En la atención, las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia son: Administrar uterotónicos, realizar masaje uterino bimanual, realizar revisión de cavidad uterina y canal vaginal, vigilar constantes vitales, asegurar dos accesos venosos periféricos, compresión extrínseca de la aorta, administrar oxígeno, vaciar vejiga con sonda vesical y realizar la transfusión de hemoderivados.

En la rehabilitación las intervenciones son: Iniciar reposición de líquidos, evaluar signos de perfusión y vigilar el sangrado transvaginal.

4.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



4.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA

4.1.2 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto, a fin de proponer esta atención con todos los pacientes con esta patología en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes”.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica posparto.

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto ha sido necesaria descomponerla en sus indicadores: en la atención preventiva, atención durante la hemorragia y la rehabilitación, posterior al padecimiento.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un período corto de tiempo. Es decir en los meses de Marzo-Mayo de 2015.

4.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario taller de Elaboración de Tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería en la atención de pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.
- Seguimiento del modelo de la Dra. Lasty Balseiro en cada uno de los pasos para la culminación de ésta tesina.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina así como el marco teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca para elaborar el Marco teórico, conceptual y referencial de la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

- Búsqueda de indicadores de la variable atención de enfermería en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

4.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

4.3.1 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 referencial de tal forma que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

4.3.2 Observación

Mediante esta técnica de observación se pudo visualizar la importante participación que tiene la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la atención a los pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto, en el Instituto Nacional de Perinatología.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de esta Tesina al poder analizar las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la prevención, atención y la rehabilitación de los pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto.

A continuación se darán a conocer las cuatro áreas básicas de las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Hemorragia Obstétrica Posparto. Es decir, en los servicios, en la docencia, en la administración y en la investigación, como a continuación se explica.

- En los Servicios

En materia de servicios la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe atender las áreas de la prevención, atención y rehabilitación del paciente con Hemorragia Obstétrica Posparto.

En la prevención la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe administrar hierro durante el embarazo, conocer los códigos de emergencias de una paciente en hemorragia y actuar de inmediato, realizar manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto que incluye pinzamiento tardío de cordón umbilical, administración de 10 UI de oxitocina y tracción controlada del cordón umbilical. Además, debe administrar medicamentos uterotónicos, realizar masaje bimanual e iniciar transfusiones sanguíneas.

Durante la Hemorragia Obstétrica Posparto la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, debe administrar medicamentos uterotónicos, realizar masaje bimanual, iniciar transfusiones sanguíneas, tener un acceso venoso para iniciar la infusión de soluciones parenterales, y valorar signos vitales.

Después de la Hemorragia Obstétrica Posparto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe realizar una valoración neurológica, vigilar el sangrado transvaginal, vigilar el llenado capilar, iniciar reposición de líquidos y vigilar la perfusión tisular. En la Rehabilitación, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe explicar al familiar los cuidados al paciente que ha sufrido hemorragia obstétrica y al momento que el paciente lo requiera para que continúe el seguimiento de su tratamiento.

- En la Docencia

El aspecto docente las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia incluyen la enseñanza y aprendizaje al paciente y su familia. Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe explicar al paciente en qué consiste la hemorragia obstétrica y porque debe evitarse. La explicación comprende explicar ampliamente las causas de la hemorragia obstétrica y las acciones que se llevan a cabo para detenerla. La explicación comprende además, en dar a conocer el tratamiento farmacológico,

Como parte fundamental de la capacitación que reciben los pacientes y familiares la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe explicar a la paciente los factores de riesgo que conllevan la Hemorragia Obstétrica Posparto, el apoyo emocional necesario y la alimentación.

- En la Administración

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia ha recibido durante la carrera, enseñanzas de administración de los servicios y con estas enseñanzas tienen la capacidad de planear, organizar, dirigir y controlar los cuidados. Por ello debe de planear las intervenciones que va realizar a una paciente con hemorragia obstétrica teniendo como objetivo principal la recuperación del paciente. Así, después de planear estos cuidados los deberá evaluar para poder retroalimentar los cuidados para el bienestar de la paciente.

- En la Investigación

En este aspecto, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe hacer proyectos de investigación, diseños de investigación. También es necesario, también elaborar proyectos que apoyen emocionalmente a la recuperación del paciente, así como las complicaciones y iatrogenias, después de la Hemorragia Obstétrica Posparto. Esto significa que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia puede realizar diagnósticos de Enfermería, elaborar planes de cuidado, investigar factores de riesgo, que conducen a la hemorragia obstétrica e investigar las posibles complicaciones posteriores a la hemorragia obstétrica.

Las anteriores son temáticas que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe realizar en materia de investigación y posteriormente, publicarlas en revistas arbitradas o indexadas que le permita al resto del personal de enfermería, conocer la enorme contribución de este profesional, en beneficio de los pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

- En la Prevención

- Administrar hierro durante el embarazo, ya que este previene la anemia en la embarazada, especialmente si la paciente presenta una probable plaquetopenia que podría ser la principal causa para que la paciente presente la hemorragia.
- Realizar un manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, ya que es una medida muy importante que cada vez mas está adquiriendo mayor aplicación, para evitar que se dé un alumbramiento prolongado y retención de restos placentarios que provoquen posteriormente el sangrado.
- Administrar Oxitocina que es un medicamento de alta eficacia para ayudar a que el útero vuelva a adquirir su tono más firme y así ayudar a la aparición de la contractilidad.
- Realizar tracción controlada del cordón umbilical, para poder obtener la placenta completa sin ocasionar una inversión uterina, retención de restos placentarios, de esta manera, se evitan los procedimientos comúnmente utilizados como la revisión de cavidad y la extracción manual de la placenta.

- Durante la Hemorragia Obstétrica posparto

- Administrar uterotónicos que son medicamentos que ayudan en el tratamiento de la hemorragia debido a sus cualidades para hacer aparecer la contractilidad uterina y detener el sangrado, aunque también este sangrado puede presentarse debido a otras causas relacionadas con el canal vaginal y la cavidad uterina.
- Realizar masaje uterino bimanual, lo que permite ayudar a la compresión y hemostasia de las arterias uterinas que son las que irrigan el útero y las responsables del origen del sangrado.
- Realizar la revisión de cavidad uterina y el canal vaginal, que es donde llegan a presentarse desgarros, laceraciones, desgarros cervicales los cuales producen una mayor cantidad de sangrado. Por ello, es importante identificarlos y en su caso, repararlos oportunamente.
- Valorar las constantes vitales que incluyen: presión arterial, frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria y reportar el estado hemodinámico de la paciente, durante la presencia de hemorragia y después de ella.
- Canalizar 2 venas en la paciente para asegurar e iniciar la reposición de líquidos, transfusión de hemoderivados y administración de medicamentos por vía intravenosa.

- Realizar la compresión extrínseca de la aorta, que aunque no está adecuadamente fundamentada, puede llegar a utilizarse, mientras se preparan otras medidas terapéuticas con la paciente.
- Administrar oxígeno como medida indispensable para asegurar una adecuada ventilación de la vía aérea y por lo tanto, estabilizar a la paciente en caso de activarse el código rojo en las unidades de atención.
- Medir la diuresis con sonda vesical, el cual en algunos casos puede ayudar a la aparición de contracciones regulares en la paciente.
- Realizar transfusión de hemoderivados de elección con soluciones cristaloides que ayudan a la reposición y a el tratamiento de la hipovolemia en caso de llegar a presentarse.

- Después de la hemorragia obstétrica posparto

- Iniciar la reposición de líquidos para tratar de compensar la pérdida sanguínea que presentó la paciente, y también tener en cuenta los paquetes sanguíneos, valorando el nivel de

hemoglobina, hematocrito y plaquetas, que son los parámetros principales.

- Evaluar los signos de perfusión para identificar el estado de consciencia en que se encuentra la paciente, posterior a la hemorragia.
- Vigilar el sangrado transvaginal que es el principal dato que puede ayudar a valorar, cuanto fue la cantidad que perdió después del parto y en ocasiones, hasta el puerperio.

6. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO 1: LA ATONÍA UTERINA, COMO HEMORRAGIA
POSPARTO

ANEXO 2: GRADOS DE DESGARROS VAGINALES

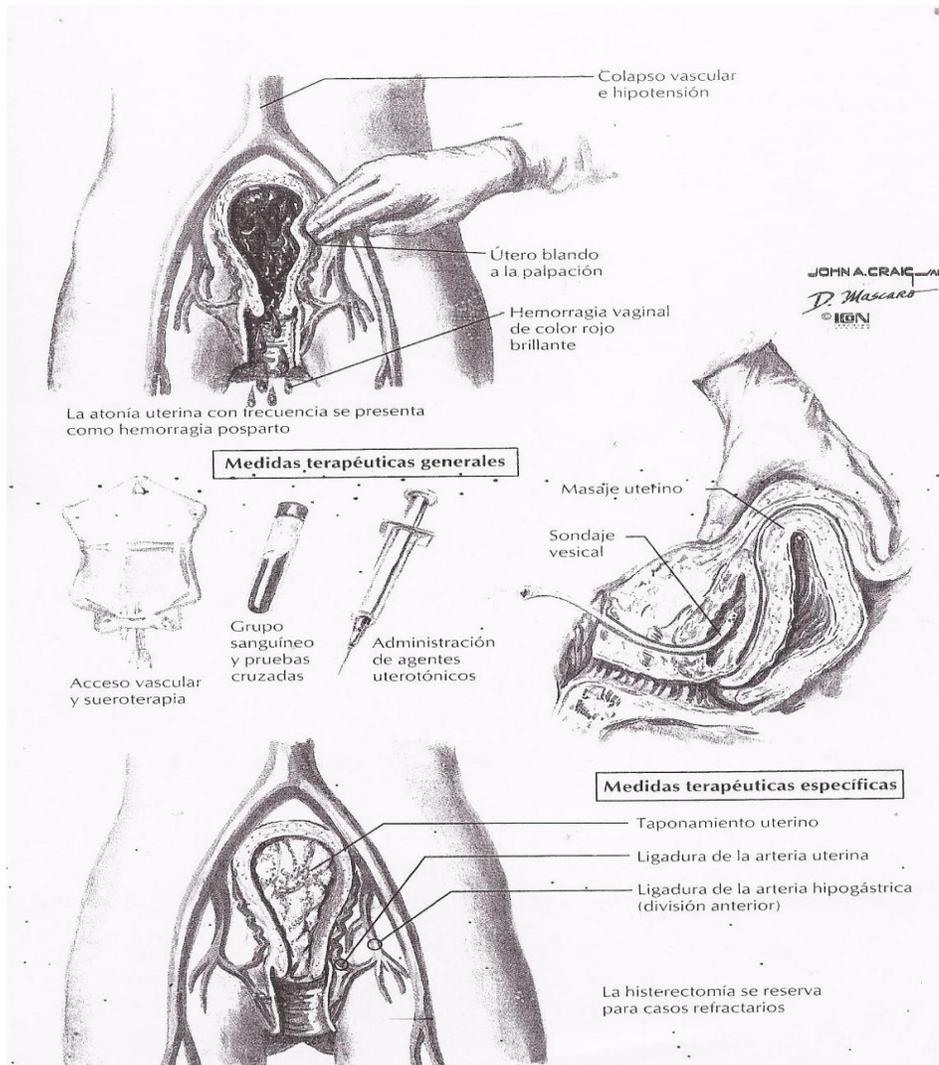
ANEXO 3: MASAJE UTERINO BIMANUAL

ANEXO 4: ALGORITMO PARA LA HEMORRAGIA OBSTETRICA
POSPARTO

ANEXO 5: SÍNDROME DE SHEEHAN

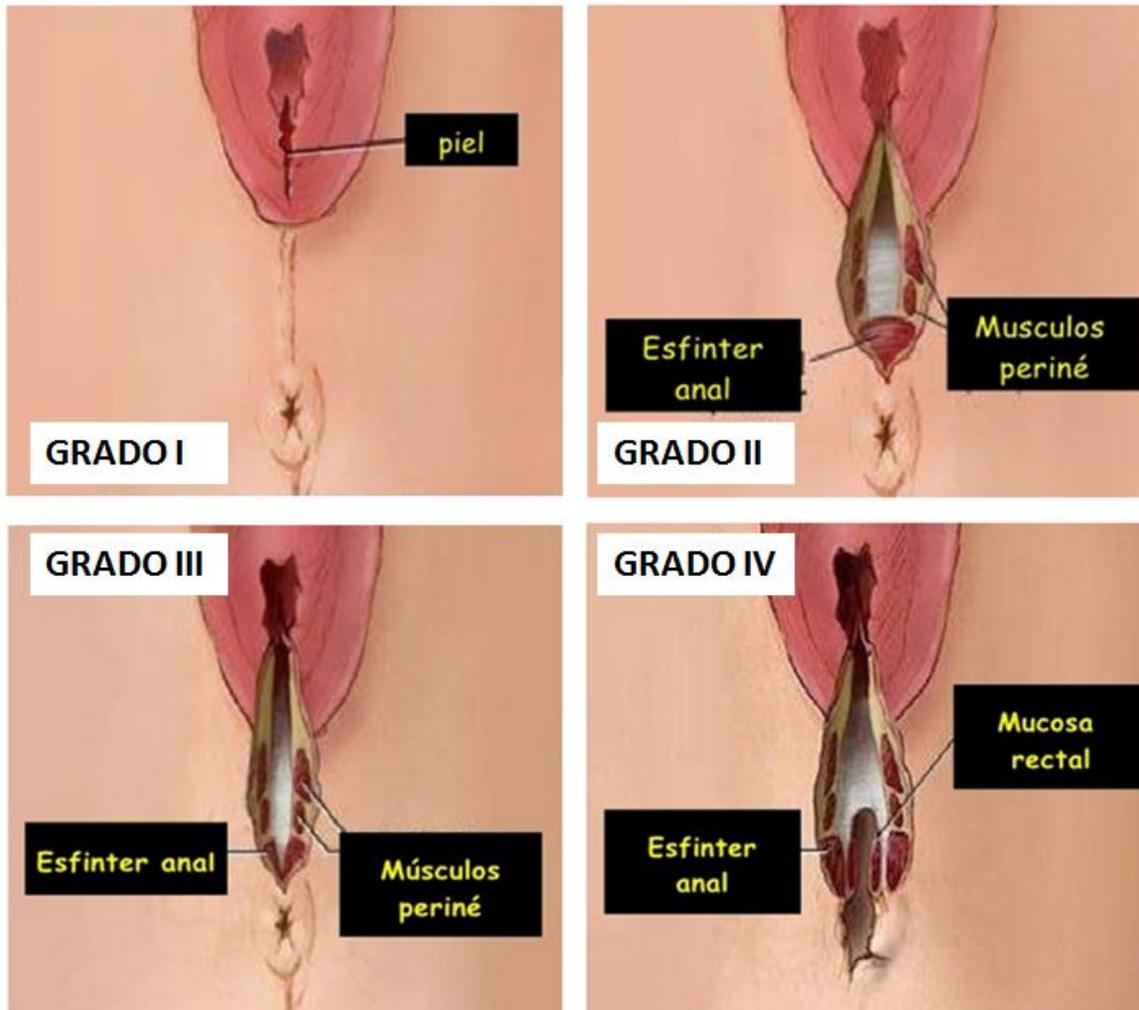
ANEXO No. 1

LA ATONIA UTERINA, COMO HEMORRAGIA POSPARTO



FUENTE: NETTER. *Atonía uterina*. Barcelona, 2005: p. 162

ANEXO No.2
GRADOS DE DESGARROS VAGINALES



FUENTE: Roldán N. *Desgarros vaginales*. Fisioterapia de la Mujer. Madrid, 2015. p. 1. Disponible en: <https://physiowomenhealth.files.wordpress.com/2015/02/grados-desgarro-perineal3.png>. Consultado el 26 Mayo del 2015

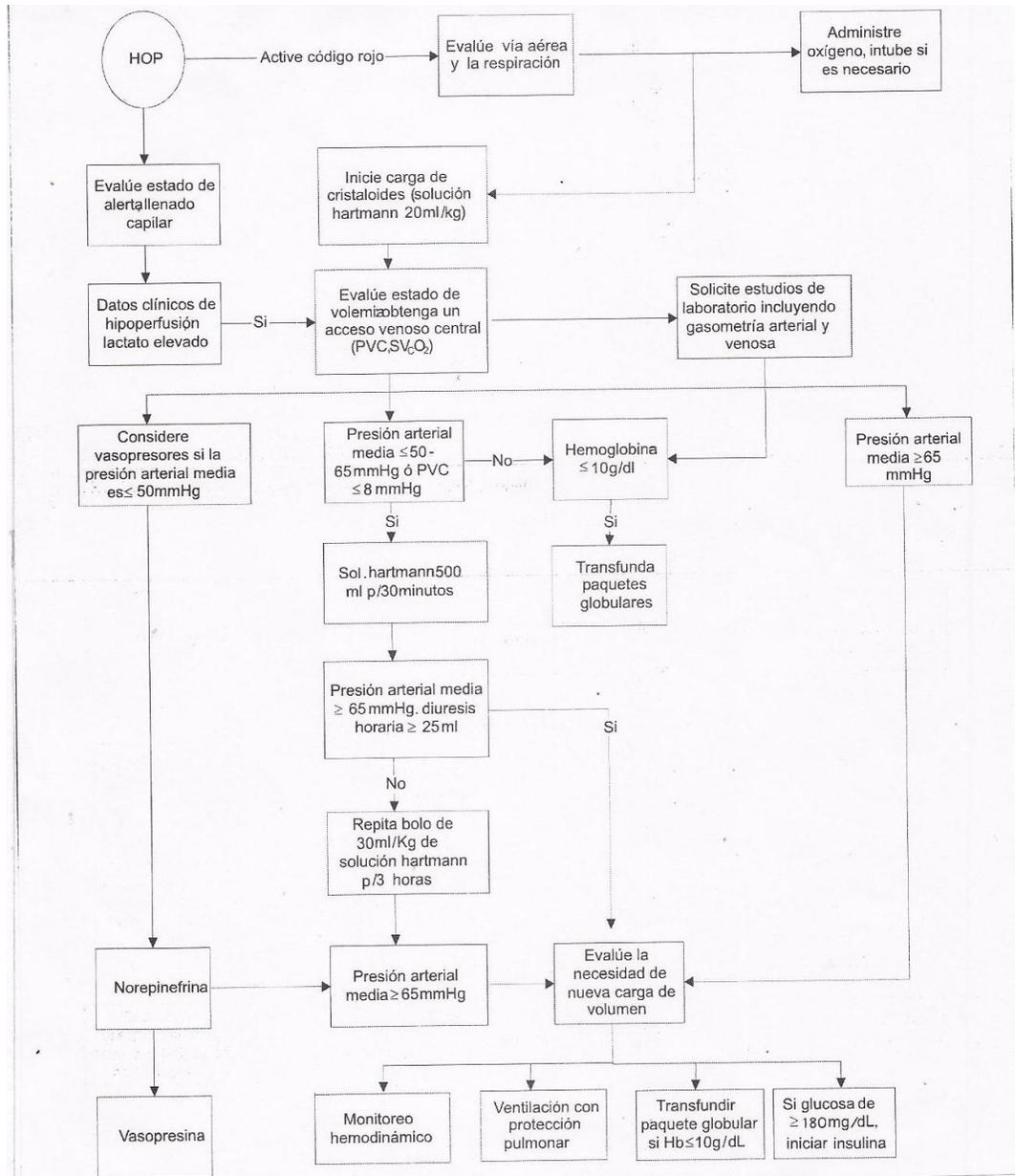
ANEXO No. 3
MASAJE UTERINO BIMANUAL



FUENTE: Beckman C. *Tratamiento de la atonía uterina mediante masaje uterino bimanual*. Lippincott, Whashington, 2010. p. 36

ANEXO No. 4

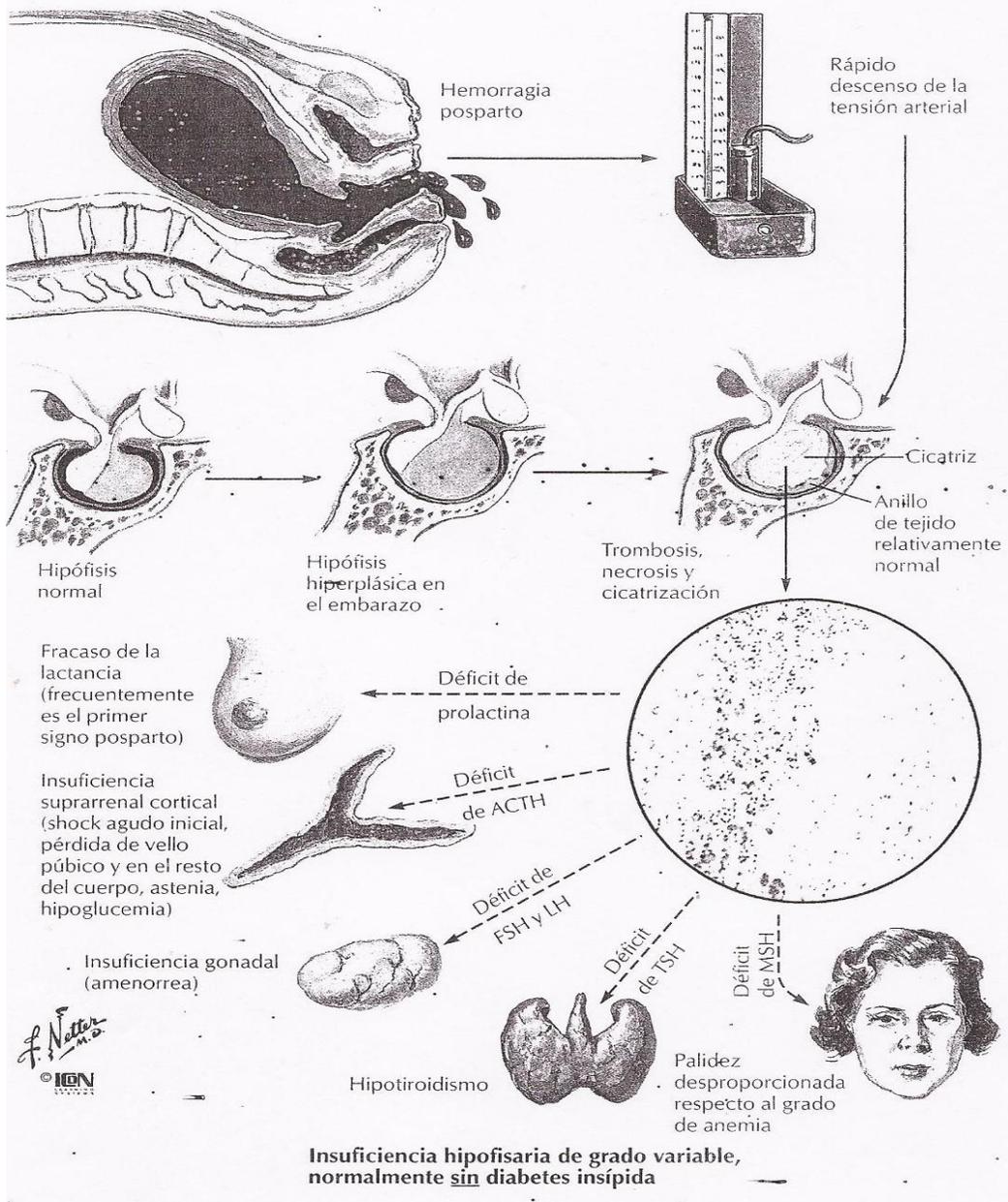
ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA



FUENTE: Hernández G. *Algoritmo de manejo para hemorragia obstétrica*. México, 2013: p.188

ANEXO No. 5

SINDROME DE SHEEHAN



FUENTE: NETTER. Síndrome de Sheehan. Barcelona, 2005: p. 399

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACRETISMO PLACENTARIO: Consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia masiva.

ALUMBRAMIENTO: Implica al tercer periodo del trabajo de parto, donde se lleva a cabo la expulsión de la placenta y los anexos ovulares. Este período dura 10 a 30 minutos después de la expulsión fetal.

AMNIOCENTESIS: Es un procedimiento médico que se utiliza para obtener una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para el diagnóstico de defectos de nacimiento, genéticos o cromosómicos o de ciertas malformaciones.

ATONÍA UTERINA: Es el término que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero, que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

BALÓN DE BAKRI: Consiste en un balón de silicona de 24 French, con 54 cm de longitud, que tiene un extremo proximal para drenaje y

un globo con diseño anatómico para la cavidad uterina. El mecanismo de acción se basa en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas contra la presión hidrostática capilar. El resultado es la reducción de hemorragia capilar y venosa persistente del endometrio.

BIOMETRÍA HEMÁTICA: Es la prueba de laboratorio que consiste en un análisis cuantitativo y cualitativo de las diferentes células que componen la sangre.

CARBETOCINA: Es un agente uterotónico, agonista de oxitocina de acción prolongada. Como la Oxitocina, la Carbetocina se une selectivamente a los receptores de Oxitocina en el músculo liso del útero, estimula las contracciones rítmicas del útero, aumenta la frecuencia de contracciones existentes y aumenta el tono de la musculatura del útero.

CATÉTER: Es un dispositivo con forma de tubo estrecho y alargado que puede ser introducido dentro de un tejido o vena. Los catéteres permiten la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o bien el acceso de otros instrumentos médicos.

CESÁREA: Es el parto quirúrgico de un neonato que implica hacer una incisión en la pared abdominal y el útero de la madre. se considera un procedimiento seguro, aunque la cesárea conlleva más riesgos que el parto vaginal.

COAGULACIÓN: Es el proceso por el cual la sangre pierde su liquidez, tornándose similar a un gel en primera instancia y luego sólida, sin experimentar un verdadero cambio de estado.

COMPRESIÓN BIMANUAL: Es la primera maniobra a realizar ante una atonía uterina e implica un masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano.

CRISTALOIDES: Son soluciones que contienen agua, electrolitos y/o azúcares en diferentes proporciones y que pueden ser hipotónicas, hipertónicas o isotónicas, respecto al plasma.

DESGARROS VAGINALES: Son lesiones producidas en la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor.

DIAFORESIS: Es el término médico para referirse a una excesiva sudoración profusa que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental alta. También es síntoma de una enfermedad subyacente como la fiebre o la menopausia o efectos crónicos de las anfetaminas.

EDEMA: Es la acumulación de líquido en el espacio tejido intercelular o intersticial, además de las cavidades del organismo. El edema se considera un signo clínico. Se revisa de forma interdiaria (día por medio) y, cuando es factible, se mide el contorno de la zona afectada con una cinta métrica (en milímetros).

ERGONOVINA: Pertenece a un grupo de medicamentos conocidos como alcaloides ergotínico y se utiliza en mujeres para tratar o prevenir el sangrado excesivo después de un parto.

GASTO URINARIO: La orina se produce un volumen de 400 a 500 ml de orina en 24 horas, suficiente para excretar los desechos nitrogenados. El gasto urinario se mide con facilidad mediante la instalación de una sonda de Foley y la conexión a un urómetro.

HEMORRAGIA: Es la pérdida de sangre que ocurre dentro o fuera del cuerpo. Es posible que se presente como reacción a un corte, una herida o como consecuencia de una lesión a un órgano interno.

HEMORRAGIA POSPARTO: Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. La hemorragia postparto es la causa más importante de hemorragia en el puerperio, la principal causa de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

HIPOTENSIÓN: Es la presión arterial baja, o hipotensión y ocurre cuando la presión arterial durante y después de cada latido cardíaco es mucho más baja de lo usual, lo cual significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo, no reciben suficiente sangre.

HISTERECTOMÍA: Es una operación para extraer el útero de una mujer. Algunas veces, también se extirpan los ovarios y las trompas de Falopio. Las histerectomías son muy comunes. En los Estados Unidos, una de cada tres mujeres de 60 años se la han realizado.

INERCIA UTERINA: Implica la disminución o cese de las contracciones uterinas que puede ocurrir en partos prolongados por fatiga de las fibras musculares o tras finalizar el parto.

INVERSIÓN UTERINA: Es la salida de la cara endometrial del útero hacia a la vagina, puede llegar a su máxima expresión que es su exteriorización, hasta la vulva.

LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO: Las laceraciones del cérvix, de la vagina y del perineo ocurren conjuntamente con la ruptura uterina. A pesar de ello, debido a su localización que predomina retroperitonealmente, los problemas encontrados a través del daño del tracto genital posterior difieren de aquellos encontrados en el útero.

LIQUIDO AMNIÓTICO: Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea el feto dentro del útero durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico.

LLENADO CAPILAR: Se define como el tiempo que demora un lecho capilar en recuperar su color luego de ser comprimido. Se le ha

asociado con la gravedad del shock y se ha incluido en múltiples algoritmos de reanimación.

LOQUIOS: Los loquios o lochia es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio. Es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual.

MASAJE UTERINO: Es un procedimiento médico utilizados para diagnósticos tales como: hemorragia postparto, atonía uterina y inversión uterina.

MISOPROSTOL: Es un análogo semisintético de la prostaglandina E₁ (PGE₁), utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular, las secundarias al empleo por lapsos prolongados de tiempo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el Ibuprofeno, el Naproxeno o el Diclofenaco.

OLIGURIA: Es una condición caracterizada por una baja producción de orina. Esto puede ser resultado de una baja producción de líquido en los riñones debido a algún tipo de daño renal o a una obstrucción que impida que la orina salga del cuerpo del paciente.

OXITOCINA: Está indicada para el inicio o mejoramiento de las concentraciones uterinas, considerando las condiciones del feto y la madre para el parto vaginal. Está prescrito, para iniciar la inducción de labor en pacientes con indicación médica como es en: problemas de Rh(-), diabetes materna, preeclampsia o ruptura prematura de membranas y en el parto; y como adyuvante en el manejo de aborto inevitable.

PARTO VAGINAL: Es cualquier alumbramiento que dure entre 3 y 18 horas y que se componga de las siguientes fases: dilatación, expulsión o nacimiento y alumbramiento o postparto. Además, el producto debe estar está colocado en la denominada posición fetal con la cabeza hacia abajo y la cara hacia la espalda de la madre.

PLACENTA: Es el sistema de apoyo vital del producto que aún está por nacer. Se forma a partir de las mismas células que el embrión y se une a la pared interna del útero. Establece conexiones con el torrente

sanguíneo de la madre, del cual transfiere oxígeno y nutrientes al bebé.

PRESIÓN ARTERIAL: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. Es un tipo de presión sanguínea.

QUÍMICA SANGUÍNEA: Es la medición y reporte de los componentes químicos disueltos en la sangre. Para obtener sólo el suero de la sangre, ésta se centrifuga y la parte que queda arriba libre de células, es el suero donde están disueltos los componentes que analiza la química sanguínea.

REVISIÓN DE LA CAVIDAD UTERINA POSPARTO: Es la exploración manual o instrumentada de la cavidad que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas.

RUPTURA UTERINA: Es también llamada rotura uterina que es la pérdida de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas.

SIGNOS VITALES: Son las constantes vitales que comprenden el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. El médico puede observar, medir y vigilar sus signos vitales para evaluar el nivel del funcionamiento físico.

SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN SUPINA: Este síndrome también llamado de la vena cava inferior tiene una incidencia del 11% de las mujeres gestantes y se manifiesta cuando se comprime la circulación de la vena cava inferior por adoptar la postura de cúbito supino o acostada boca arriba.

SÍNDROME DE SHEEHAN: Es una afección que puede presentarse en una mujer que tenga una hemorragia grave durante el parto. El síndrome de Sheehan es un tipo de hipopituitarismo.

SUTURA: Son los hilos, grapas u otros materiales que se utilizan en cirugía para cerrar una herida o para unir tejidos u órganos.

TAQUICARDIA: Es una frecuencia cardíaca más rápida de lo normal. Un corazón adulto sano normalmente late entre 60 y 100 veces por minuto cuando está en reposo. Una frecuencia cardíaca por encima de 100 latidos por minuto, es generalmente aceptada como taquicardia.

TONO: El 80% de todas las hemorragias posparto es la falta de tono del útero o atonía uterina, que consiste en que el útero no se contrae con fuerza y hace que las arterias no sean comprimidas o estranguladas por lo que sangren profusamente.

TRAUMA: El otro 20% de las hemorragias es debido a traumas de los tejidos como puede ocurrir por desgarros o por retención de tejido placentario dentro del útero.

TEJIDO: Los signos clásicos de desprendimiento placentario incluyen la pérdida pequeña de sangre con estiramiento del cordón umbilical y el ascenso leve del útero en la pelvis. El alumbramiento puede ayudarse mediante la maniobra de Brandt-Andrews, la cual consiste

en aplicar una tracción firme sobre el cordón umbilical con una mano mientras que la otra ejerce una presión contraria suprapúbica.

TROMBINA: Enzima de la sangre que cataliza la transformación del fibrinógeno en fibrina durante el proceso de coagulación.

TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN: Es la tracción del cordón, combinada con una contrapresión hacia arriba del cuerpo uterino por una mano ubicada inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis.

TRANSFUSIÓN DE SANGRE: Es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor). Una transfusión de sangre puede salvar la vida del paciente, de ahí la necesidad de que los servicios de salud procuren mantener un suministro adecuado de sangre segura y garantizar que se utilice como corresponde.

ULTRASONIDO: Es una onda acústica o sonora cuya frecuencia está por encima del umbral de audición del oído humano, aproximadamente 20.000 Hz.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarado, R. et.al. *Manejo del triage obstétrico y código mater en el estado de México*. Enfermería Universitaria. México, Abril-Junio, 2012; 9(2): 61-71. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/35808>. Consultado el día 10 marzo del 2015.

Asturizaga, P. y Toledo L. *Hemorragia obstétrica*. Médica La Paz. Bolivia. Julio-Diciembre. 2014; 20(2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000200009&script=sci_arttext. Consultado el 10 marzo del 2015.

Asociación Americana de Hipertensión. *Presión Arterial*. Washington, 2010. p. 15. Disponible en: <http://www.ash-us.org/documents/bloodpressurehealthspanish.pdf>. Consultado: 15 de julio del 2015

Beckmanc, C. et.al. *Obstetricia y ginecología*. 6ª ed. Lippincott. Barcelona, 2010. pp. 32-37

Cabero, L. *Obstetricia y medicina materno fetal*. Médica Panamericana. Madrid, 2007: 2007. p. 1390

Cabero, L. *Tratado de ginecología y obstetricia*. Médica panamericana. 2ª ed. Madrid, 2012. pp. 1560-1567

Cifuentes, R. *Ginecología y obstetricia basados en las nuevas evidencias*. 2ª edición. DISTRIBUNA. Bogotá, 2009: pp.660

Cifuentes, R. *Obstetricia de alto riesgo*. 7ª ed. DISTRIBUNA, Bogotá, 2013. pp. 788-807

CONEVAL.gob. *Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social. Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010*. México, D.F, 2012. p. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf. Consultado: el día 8 de marzo del 2015.

De Gracia, P. *Obstetricia: complicaciones en el embarazo*. Distribuna. Bogotá, 2008: pp. 440.

Delgado, M. *Patología crítica en embarazo y posparto*. Edika Med. Barcelona, 2007. pp. 29-40

De Mucio, F. *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, 2012: pp. Disponible en: [www.paho.org%2Fclap%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D279%26Itemid%3D&ei=H1YrVcvJCtKVyASpgoGwCw&usg](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D279%26Itemid%3D&ei=H1YrVcvJCtKVyASpgoGwCw&usg). Consultado el día 16 marzo del 2015.

Flores, V. *Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica*. Hospital Juárez de México. México, 2014; 81(2). pp. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju142e.pdf>. Consultado el día 10 de Marzo del 2015.

Fernández, J. *Obstetricia clínica*. 2ª ed. McGraw Hill. México, 2009. pp. 507-515

Fundación Española del Corazón. *Frecuencia cardíaca*. Madrid, 2014. p. 1. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo->

cardiovascular/frecuencia-cardiaca.html. Consultado el 10 de Julio del 2015.

Hasbun, L. et.al. *Malformación arterio-venosa uterina y hemorragia obstétrica: diagnóstico y manejo en tres casos clínicos*. Revista chilena de ginecología y obstetricia. Santiago de Chile, 2014;79(3): 199-208. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000300009&script=sci_arttext. Consultado el día 8 marzo del 2015.

Hernández, G. et.al. *Hemorragia obstétrica posparto: reanimación guiada por metas*. Hospital Juárez de México. México, 2013; 80(3):183-191. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133f.pdf>. Consultado el día 8 marzo del 2015.

Hornby S. ¿Qué debo comer después de haber perdido sangre?, Fundación Livestrong. Whashington, 2013. p. 1. Disponible en: http://www.livestrong.com/es/debo-comer-despues-info_9922/. Consultado el día 31 de agosto del 2015.

Karlsson, H. y Cols. *Hemorragia postparto*. Anales del sistema sanitario de Navarra. Madrid, 2009; 32 (supl 1):159-167. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272009000200014&script=sci_arttext. Consultado el día 8 marzo del 2015.

Matorras, R y cols. *Casos clínicos de ginecología y obstetricia*. Médica Panamericana. Madrid, 2012: pp. 588

Matute, A. *Tópicos selectos en obstetricia*. Editores de textos mexicanos. México 2010. pp. 125-139

Nápoles, D. *Consideraciones practicas sobre la hemorragia en el parto*. Medisan. La Habana, 2012; 16(7): 1114-1133. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192012000700013&script=sci_arttext. Consultado el día 10 marzo del 2015.

Ortega, V.et. al. *Control de la hemorragia obstétrica con balón de bakri*. Ginecología y Obstetricia de México. México, 2013; 81(8):435-439. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2013/femego8-13/art.original_control.pdf. Consultado: 8 marzo 2015.

Palermo, M. *Embarazo normal y de alto riesgo*. Amolca. Caracas, 2014:91-98 pp. 357-374

Posadas, F. *Uso de la carbetocina para prevenir la hemorragia obstétrica*. Revista de ginecología y obstetricia. México. Julio, 2011, 79(7):419-426. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom117d.pdf>. Consultado el día 8 marzo del 2015.

Ruiz, R. et. al. *Hemorragia obstétrica causa de muerte materna*. IMSS 2011. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2012; 50(6): 659-664. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategorias&view=article&id=1994:hemorragia-obstetrica&catid=758:practica-clinico-quirurgica&Itemid=766. Consultado: 10 marzo 2015.

Sarmiento, A. *Ginecología y Obstetricia*. MEDICA CELSUS. Colombia, 2011. pp. 229-235

Taber, B. *Urgencias en ginecología y obstetricia*. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1984. pp. 376-386

Tenorio, F. *Cuidados intensivos en la paciente obstétrica grave*. Prado. México, 2003: 234 pp.

Vargas, V. et.al. *Hemorragia obstétrica manejada con balón de bakri*. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. México, Mayo 30/13- Noviembre4/13. 2014; 30(20):1-5. Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S0210-573X\(13\)00133-0.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0210-573X(13)00133-0.pdf). Consultado: 8 marzo 2015.

Vélez, G. et. al. *Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica*. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Colombia. Agosto 20/08-Febrero 2/09, 2009; 60 (1): 34-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214329006> Consultado: 8 marzo 2015.

Villegas, J. *Semiología de los signos vitales: Una mirada Novedosa a un problema vigente*. Archivos de Medicina.. Bogotá. Julio-Diciembre 2012.12(2). Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_12-2/10-%20Semiolog%C3%ADa%20de%20los%20signos%20vitales.pdf.220-240. Consultado el día 10 julio del 2015

Vélez, G. et.al. *Validación del código rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica*. Panamericana de salud pública. Panamá, 2013; 34(4): 244-249. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/05.pdf>. Consultado el día 10 marzo del 2015.

Winograd, R. y cols. *Manejo de la hemorragia obstétrica crítica*. Buenos Aires, 2013, p.1-7. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/conhemoob.pdf>. Consultado el día 10 marzo del 2015.