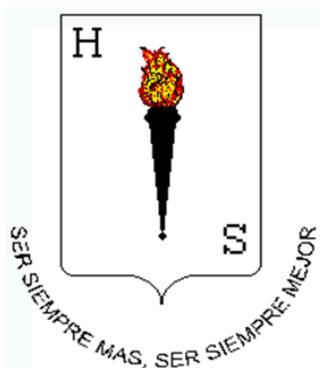


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE
LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE

MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

HEMORRAGIA POSTPARTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
GEORGINA REYNOSO GUZMAN

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatoria:

A mis padres por brindarme la oportunidad de comenzar y concluir este nivel superior y alcanzar una meta más en mi vida profesional, este triunfo no es personal, sino también de ustedes.

Para todas aquellas futuras alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para que puedan encontrar en esta investigación un apoyo o ejemplo de investigación que sea útil para cualquier situación académica o fines que les convenga.

Agradecimiento:

A mi familia por ser fieles testigos del esfuerzo y sacrificio que hemos implicado a lo largo de este período de formación disciplinaria y educativa.

A mis maestros y tutores por guiarme en el camino hacia el éxito e inspirar a no caer en el fracaso si no buscar cada vez mayores desafíos en el desempeño de la profesión y práctica de enfermería.

Índice

Pag.

Introducción

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.	9
1.1 Planteamiento del problema.	13
1.2 Objetivo general.	13
1.2.1 <i>Objetivos específicos.</i>	13
1.3 Hipotesis.	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 <i>El embarazo en la adolescencia.</i>	16
2.2 <i>Morbilidad en las madres adolescentes y factores asociados.</i>	17
2.3 <i>Diagnóstico de la Hemorragia Postparto Inmediata.</i>	19
2.4 <i>Tratamiento de la hemorragia postparto.</i>	22
2.5 <i>Atonía uterina.</i>	23
2.6 <i>Procedimientos quirúrgicos de la hemorragia postparto.</i>	25
2.7 <i>Tratamiento de los casos descuidados</i>	27
2.8 <i>Retención de la placenta.</i>	30
2.9 <i>Placenta retenida.</i>	31
2.10 <i>Retención de restos placentarios.</i>	32
2.11 <i>Placenta acreta.</i>	32
2.12 <i>Manejo del embarazo con diagnóstico de acretismo placentario:</i>	33
2.13 <i>Embolización angiográfica.</i>	34
2.14 <i>Inversión uterina</i>	36
2.15 <i>Prevención de Hemorragia Postparto</i>	38
2.16 <i>Manejo activo en la tercera etapa del parto.</i>	40
2.18 <i>Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia tardía (secundaria).</i>	41
2.19 <i>Problemas durante la operación cesárea.</i>	42
2.20 <i>Reparación de la ruptura uterina.</i>	43
2.21 <i>Estado de Shock.</i>	45
2.22 <i>Vigilancia de la hemorragia postparto</i>	47
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.	49
CAPÍTULO IV: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	52

<i>4.1 Crecimiento profesional.....</i>	<i>59</i>
<i>4.2 Posibles diagnósticos durante el puerperio.....</i>	<i>62</i>

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se define a la hemorragia postparto como el acto de perder 500 ml de sangre o más luego de haber dado a luz a un feto mediante parto vaginal, o 1.000 ml de sangre o más luego de haber dado a luz a un feto mediante una cesárea.

A continuación se explica como en caso de que esta significativa pérdida de sangre ocurriera en el plazo dentro de las 24 horas posteriores al parto, la misma sería considerada como una hemorragia postparto temprano o primario.

Luego de 24 horas, si la hemorragia postparto ocurriera, la misma sería considerada como una hemorragia postparto tardío o secundario y a su vez son expuestas las intervenciones que son necesarias para ofrecer un adecuado tratamiento a la paciente puerpera ocasionando el menor daño posible y buscando siempre mantener la mayor integridad orgánica de la paciente de forma que no afecte a órganos o tejidos corporales.

Debido a la incidencia de la hemorragia postparto y ya que es la principal causa de mortalidad materna, son definidos algunos datos estadísticos en los que se plasman la frecuencia de la hemorragia y a que parte de la población afecta mayormente; Aunque los índices de mortalidad materna son bastante bajos en el mundo desarrollado, en los países en los que hay carencia de doctores no capacitados aunado a deficientes servicios de transporte y de emergencia, las cifras son mucho más elevadas.

Es muy importante destacar que sin la adecuada atención médica, una mujer podría morir a causa de la hemorragia a las 2 horas de que la misma hubiera comenzado a producirse. La Organización Mundial de la Salud sugiere que aproximadamente un 25% de muertes maternas en todo el mundo son provocadas por hemorragias postparto.

Por lo antes expuesto, es importante que para estas pacientes exista un buen control de los niveles de sangrado, los signos y síntomas de hipovolemia, los volúmenes o niveles de hemoglobina, los signos vitales sobre todo la tensión arterial con la finalidad de evitar mayores complicaciones y además tener unos datos concretos al momento de una eventualidad.

Las hemorragias postparto son aquellas que se producen después de la salida completa del feto y durante el puerperio; son bruscas, alarmantes, repentinas y requieren una actuación rápida y serena.

Por definición se considera hemorragia puerperal a aquella en la se produce una pérdida mayor de 500 ml, que es lo que se pierde en un parto normal. Sobre este aspecto se puntualizan que la cantidad de sangre que se pierde en una cesárea es aproximadamente 1000 ml y cabe destacar que hasta una pérdida de 1 litro es bien tolerada, por lo que a efectos prácticos se habla de hemorragia postparto cuando la pérdida es mayor de 1000 ml.

Descripción de efectos prácticos existen una serie de criterios objetivos para valorar cuando ha habido una hemorragia de más de 1 litro de sangre:

La hemorragia postparto abarca un período amplio en el tiempo, por lo cual se muestran a su vez puede en dos etapas:

Hemorragias del postparto precoz o postparto inmediato; también denominadas hemorragias agudas: que son aquellas que ocurren en las primeras 24 horas.

Hemorragias del postparto tardío: son aquellas que ocurren entre las primeras 24 horas postparto y las 6 semanas que siguen al parto.

La descripción del manejo clínico de una con una exploración que haga especial hincapié en los signos vitales y con determinaciones analíticas de sistemático de sangre y estudio de coagulación para valoración urgente del nivel de hemoglobina y hematocrito de la paciente, si es posible debemos compararlos con los datos que se dispongan de la paciente previos al parto.

Debemos detenernos en la historia de la paciente e investigar si existen algunos de los factores predisponentes para sufrir una hemorragia postparto.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.

En este capítulo se describe la hemorragia postparto como una de las complicaciones más graves del puerperio inmediato y origina gran parte de la morbimortalidad materna.

Dentro de la descripción de las causas de la hemorragia postparto se incluyen como causas uterinas de la hemorragia postparto, los traumatismos (dehiscencias de cicatrices uterinas, roturas uterinas), la inercia y el sangrado del lecho placentario por anomalías de la placentación en todas sus variedades; éstas a su vez se asocian a anomalías de la inserción placentaria que aumentan en presencia de cicatrices uterinas.

Es descrito como en diferentes casos el tratamiento de la hemorragia postparto inmediata culmina muchas veces con la histerectomía e incluso, en algunas ocasiones, con ligaduras de las arterias hipogástricas, ambas con morbilidad importante, dependiendo de la gravedad en que entre la hemorragia

La Hemorragia postparto es una de las patologías más frecuentes e importantes, por lo cual ha sido objeto de estudios en diversos países.

Se sitúa a la frecuencia y causas de la hemorragia postparto, incidiendo con mayor frecuencia cuando se asocian a situaciones como bajo peso, enfermedades crónicas, anemia, operación cesárea trastorno hipertensivo del embarazo, etc.

Se describe las causas y diversos factores de riesgo que conlleva la hemorragia después del parto y de la misma manera el tratamiento específico para cada situación .

En la bibliografía internacional revisada se encontró los siguientes estudios: En Noruega se realizó un estudio en el Medical Birth Registry durante 6 años sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave, donde se identificó en 3.501 (1.1%) mujeres cuyas causas de hemorragia fueron atonía uterina (30%), placenta retenida (18%) y trauma (13.9%).

El riesgo fue menor en mujeres pertenecientes a etnias del oriente medio, con una triplicación de los partos por cesárea y el doble por cesáreas electivas, en comparación con el parto vaginal. Las embarazadas mostraron mucha mayor frecuencia de embarazos múltiples, enfermedad de Von Willebrand y anemia (hemoglobina (9g/dl). Las internaciones en unidades de terapia intensiva, la muerte postparto, la histerectomía, la insuficiencia renal aguda y hasta muertes maternas fueron significativamente más comunes entre las mujeres con hemorragia grave.

Según un estudio australiano publicado en el 2009 en la BMC Pregnancy and Childbirth, cada vez más mujeres sufren graves problemas tras el parto debido a hemorragias inmediatamente tras el alumbramiento. El trabajo analizó a 500.603 mujeres que habían dado a luz en Nueva Gales del Sur. De ellas, 6.242 sufrieron graves secuelas postparto, siendo el 67 por ciento por hemorragias obstétricas, y 22 murieron en el hospital.

Las secuelas postparto pueden acabar acarreando infertilidad, daños psicológicos, minusvalía e incluso la muerte. La conclusión del estudio, por tanto, fue que todas las mujeres deberían tener acceso a una gestión activa de la expulsión de la placenta y ser sometidas a una cuidadosa observación en las dos horas siguientes al alumbramiento.

La medicación utilizada para la hemorragia fue oxitocina 75% y cefalotina 62.5%; se realizó además, masaje uterino 37.5% legrado uterino 35.5% y reparación de desgarro 25%.

La frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigesta 32%, RPM 16%, edad extrema (menor de 18 y mayor de 35 años) 16%, gran múltipara 15% y anemia 14.7%. Se presentaron enfermedades concomitantes en 16.6%, predominando la infección urinaria en 7.3%; vulvovaginitis en 5.6%; hipertensión arterial en 2.8; obesidad en 2.9%; diabetes y asma en 0.9%. El 47.7% utilizó medicación durante el embarazo, y específicamente sulfato ferroso 34.4%.

Durante el período intraparto, se identificaron factores de riesgo en 49% de las pacientes, predominando la inducción con oxitocina en 20.2%; episiotomía en 18.3%, rotura prematura de membrana en 5.5%; uso de sulfato de magnesio 1.8%; parto prolongado 0.9% y agotamiento por trabajo de parto prolongado 0.9%.

La tasa de incidencia de hemorragia puerperal fue el 7% en la maternidad. No hubo una causa principal ya que la hipotonía uterina y la retención placentaria tienen el mismo porcentaje. Pero es de destacar que el principal factor de riesgo fue la anemia. La administración de oxitocina parece ser ventajoso, especialmente en mujeres con riesgo incrementado de hemorragia postparto o en mujeres con anemia severa.

Uno de los objetos principales de esta investigación es acerca del incremento del uso de dos prácticas obstétricas basadas en la evidencia: el uso de oxitocina para el manejo del alumbramiento y la episiotomía selectiva. Con este fin, la investigación evaluó una intervención conductual para facilitar el desarrollo y la implantación de guías clínicas basadas en la evidencia relacionada con la prevención de la hemorragia postparto y el uso de episiotomía, en comparación con las actividades habituales de capacitación.

Los factores de riesgo más fuertemente asociados a HPP fueron de acuerdo a la investigación realizada fueron: placenta retenida, embarazo múltiple, macrosomía, episiotomía y sutura perineal.

La mayoría de estos factores se relaciona con el parto y el alumbramiento. Por lo tanto, según refiere este estudio, es necesario hacer un esfuerzo en el momento del parto y del alumbramiento para aplicar prácticas preventivas tales como la episiotomía selectiva y el manejo activo del alumbramiento para prevenir la HPP en partos vaginales.

Los resultados de la presente investigación demuestran que muchos de los 21 factores de riesgo de hemorragia postparto en la población latinoamericana se relaciona con complicaciones del parto y el alumbramiento. En 2009, se publicó estudio retrospectivo y descriptivo efectuado sobre 25 gestantes con edad de 35 años que ingresaron desde marzo de 1991 hasta febrero de 2008 en la División de Cuidados Intensivos de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina por presentar hemorragias de origen obstétrico. Hubo 11 desgarros cérvico-vaginales y rupturas uterinas. El 88% de los casos presentaron shock hemorrágico.

El promedio de unidades de hematíes transfundidos fue 14.5, y el hematocrito alcanzado al cabo de las siguientes 24 horas fue 20.6%. En 20 enfermas se recurrió a la histerectomía como última medida para controlar el sangrado masivo. Siete pacientes

histerectomizadas presentaron hemorragias retro y/o intraperitoneal, debiéndose reintervenir quirúrgicamente por sangrado persistentes.

Veintidós enfermas cursaron con coagulopatía por consumo, 6 de ellas con coagulación intravascular diseminada, En la mitad de las puérperas se presentaron complicaciones graves. Cinco pacientes sufrieron lesiones quirúrgicas recto-sigmoideas , vasculares y vesical . Ocho cursaron con tensión pulmonar, dos de ellas con disfunción multiorgánica. Las 25 puérperas sobrevivieron sin secuelas.

Se concluyó en esta investigación que los desgarros cérvico vaginales y rupturas uterinas representaron las causas más frecuentes de hemorragias exanguinantes y la histerectomía aunque necesaria, no resolvió el sangrado en el 40% de los casos.

Otro estudio realizado entre Enero 1991 a Diciembre 1999 en el Hospital “San Bartolome” cuyo título fue “Factores gestacionales de Riesgo de la Hemorragia Puerperal” realizado en 51,369 embarazos, se identificaron los siguientes factores de riesgo, talla menor de 160 cm 75.1% (Riesgo atribuible 17.3%), Nuliparidad 53.3% (Riesgo atribuible 23.2%), Anemia crónica 18.9% (Riesgo atribuible 10.3%), Parto iatrogeno 27.4% (Riesgo atribuible 14.9%), Parto instrumentado 2.7% (Riesgo atribuible 8.0%), Preeclampsia 13,2% (Riesgo atribuible 6,5%) Infección puerperal 1.4% (Riesgo atribuible 7.2%), Recién nacido enfermo 14.3% (Riesgo atribuible 6.9%), Otras infecciones 1.0% (Riesgo atribuible 1.6%).

En el Hospital S. Bernales se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles cuyo título fue: “Factores de riesgo de la hemorragia postparto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003”, donde se encontraron 86 casos hallándose una frecuencia de HPP de 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron : retención de restos placentarios todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné igualmente todos los casos en partos por vía vaginal.

Se encontraron dos factores asociados a HPP que tuvieron el valor de p significativo: la retención de coágulos y la coagulopatía por consumo, sin embargo al realizarse el análisis univariado y multivariado no se llegó a la conclusión de que fueran factores de riesgo por la proporción del número de casos en relación a la muestra total.

1.1 Planteamiento del problema.

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones y causa de la hemorragia postparto?

La Hemorragia Postparto es una complicación con elevada mortalidad materna situándose como una de las primeras causas en países en vías de desarrollo.

En el 2010 en el 38.8% de muertes maternas son por hemorragia postparto.

La Hemorragia Postparto contribuye entre el 17 al 40% de la mortalidad materna a este suceso si se suma una paciente adolescente con factores de riesgo con bajo peso, trastornos hipertensivo, anemia, y terminación del embarazo por cesárea lo cual eleva aún más la morbi-mortalidad materna y perinatal.

1.2 Objetivo general.

Conocer las causas y factores de riesgo que conllevan a la hemorragia después del parto, así como el tratamiento específico para cada situación.

1.2.1 Objetivos específicos.

- Conocer la prevalencia de hemorragia postparto en embarazos de adolescentes.
- Conocer la etiología de la hemorragia postparto.
- Investigar acerca de las causas de los principales factores que provocan y se encuentran asociados a la Hemorragia Postparto.

1.3 Hipotesis.

La Hemorragia Postparto en puérperas es más frecuente cuando se asocian a peso bajo, anemia, cirugías uterinas previas, trastorno hipertensivo del embarazo, etc; que en ausencia de estas causas.

La hemorragia postparto es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en países en vías de desarrollo. Se han descrito múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de esta complicación, una de las cuales es la multiparidad. Esta investigación estudio busca exponer y explicar las causas más frecuentes que se encuentran asociadas al desarrollo de la hemorragia postparto durante el puerperio

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se define la hemorragia postparto, se expone las principales causas en mujeres que han dado a luz según el momento del puerperio en que se presente la hemorragia; son descritos los diferentes tratamientos de acuerdo a los diferentes casos clínicos en que se ha presentado la hemorragia postparto y la importancia de prevenir este padecimiento en mujeres embarazadas.

La hemorragia postparto (pérdida de más de 500 mL de sangre después del parto) ocurre hasta en el 18% de los nacimientos y es la morbilidad materna más común en los países desarrollados. Aunque los factores de riesgo y las estrategias preventivas están bien documentados, no todos los casos son resueltos o pueden evitarse. La atonía del útero es responsable de la mayoría de los casos y puede ser manejada mediante el masaje uterino junto con la administración de oxitocina, prostaglandinas y alcaloides del cornezuelo de centeno.

La retención de placenta es una causa menos frecuente y requiere el examen de la placenta, la exploración de la cavidad del útero y la eliminación manual del tejido retenido. En raras ocasiones, la HP está provocada por una placenta invasiva y puede ser necesaria la intervención quirúrgica.

Las causas traumáticas incluyen las laceraciones, la ruptura del útero y la inversión uterina. Las coagulopatías requieren el reemplazo del factor de la coagulación deficiente. El diagnóstico, la evaluación sistemática y el tratamiento precoces y la rápida reposición de líquidos disminuyen al mínimo la mala evolución de la HP.

Las complicaciones de la HP son: la hipotensión ortostática, la anemia y la fatiga, las cuales hacen que el cuidado del recién nacido por parte de la madre se torne difícil. La anemia postparto aumenta el riesgo de depresión postparto. La transfusión de sangre puede ser necesaria pero se acompaña de ciertos riesgos.

En los casos más graves, el shock hemorrágico puede causar la isquemia hipofisaria anterior trayendo como consecuencia un retardo en la lactancia o su inhibición (por ej.,

necrosis hipofisaria postparto). También pueden aparecer isquemia miocárdica oculta, coagulopatía por consumo y muerte, como así una HP retardada (aparece luego de 24 horas) como resultado del desprendimiento de fragmentos placentarios retenidos.

2.1 El embarazo en la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más bajos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

2.2 Morbilidad en las madres adolescentes y factores asociados.

Las principales causas de muerte materna en México en el año 2009 fueron las complicaciones vinculadas con las Hemorragias Postparto y los trastornos hipertensivos del embarazo. La sepsis y las alteraciones de la dinámica del parto son causas en menor proporción de mortalidad. De las 208 muertes maternas ocurridas durante el año 2009, 26 (12,5%), ocurrieron en madres adolescentes, 4 entre los 10 y 14 años y 22 entre los 15 y 19 años. El resto de muertes maternas 182, ocurrieron en mujeres entre los 20 y 49 años.

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana es el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema de salud pública según la Secretaria de Salud en México el cual presenta un elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico.

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas del 22.4% a cerca del 29% Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de pre eclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas .

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto.

Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongada y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas.

Peláez en su estudio afirma que: los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbi-mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

Bojanini, Juan Fernando Gómez D. y Joaquín Guillermo en un estudio realizado en Colombia encontró que un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas Las complicaciones maternas en el postparto inmediato se presentaron en el 5,4% de las adolescentes y en el 3,6% de las adultas.

Tay K. menciona la gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por lo que se debe promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no planeado y las complicaciones asociadas.

El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional. Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y cuando son numerosas constituyen un problema de salud que origina consecuencias negativas a la nación y a la población en general.

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

El sangrado puerperal grave originado fundamentalmente por atonía uterina, laceraciones del canal del parto, retención de fragmentos placentarios o membranas y hematomas de la episiorrafia, son causas frecuentes de morbi- mortalidad materna, lo que presupone el uso de grandes volúmenes de infusiones parenterales (hemoderivados o no) y la asistencia intensiva por parte de un equipo de salud, con el objetivo primordial de prevenir y tratar los trastornos hemodinámicos resultantes .

Se realizó un estudio retrospectivo de caso control, con la finalidad de conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes atendidas en un hospital desde el 1ro enero, de 1999 al 31 de marzo del 2000. El grupo estudio fue de 184 adolescentes y se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años atendidas en dicho centro, en igual período de tiempo.

Entre los resultados más relevantes se destacan la alta incidencia de bajo peso materno, la mayor frecuencia de infecciones vaginales, anemia, hipertensión inducida y parto instrumentado, así como desgarros cervicales y hemorragia puerperal entre las adolescentes .

Estos resultados fueron altamente significativos. De los resultados de este estudio podemos concluir, que la gestante adolescente es una paciente especial desde el punto de vista biopsicosocial y que, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las complicaciones antes mencionadas y el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.

Se identificaron factores para esta y otras patologías derivadas de la hemorragia, de valor predictivo relativo por su baja especificidad, pero que son los únicos elementos con que se cuenta en la actualidad para generar un estado de alarma preventivo como son: Acretismo placentario, Placenta previa, Infecciones vaginales, Pre eclampsia, Anemia previa, entre otras. La operación cesárea de urgencia cuadruplica el riesgo de hemorragia obstétrica.

2.3 Diagnóstico de la Hemorragia Postparto Inmediata.

El período que sucede al nacimiento del feto y las primeras horas del postparto son cruciales en lo que se refiere al diagnóstico y el manejo del sangrado. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida.

Una mujer que sufre una hemorragia grave pronto morirá si no recibe la atención médica adecuada: medicamentos necesarios, acceso a procedimientos clínicos relativamente simples, transfusión sanguínea y/o cirugía. Los Reportes de Investigación Confidencial sobre muertes maternas observan repetidamente casos en donde los cuidados son juzgados por debajo de los estándares de atención. Frecuentemente esto se relaciona a la falta de participación de profesionales capacitados en las etapas iniciales.

El diagnóstico es clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva después del alumbramiento.

Una mujer con nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

Una vez que la hemorragia postparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo simultáneamente:

1) Manejo general :

- Movilización urgente de todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia. Para lograr coordinación es recomendable la práctica periódica de simulacros.
- Colocar una vía intravenosa, si no la tiene (catéter N° 16 o de mayor calibre) y suministrar soluciones expansores endovenosas.
- Realizar una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo los signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura.

- Si existe sospecha de shock, iniciar tratamiento inmediatamente. Aún si no hay signos de shock presentes, vigilar el estado general ya que puede empeorar rápidamente.
 - Masaje uterino para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos. Los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces.
 - Asegurar una adecuada permeabilidad aérea y provisión de Oxígeno, de ser necesario.
- 1) Colocación de sonda vesical para la monitorización del gasto urinario.
 - 2) Tratar de identificar la causa de la hemorragia
 - 3) Verificación de la expulsión completa de la placenta, examinar para tener certeza de que está íntegra.
 - 4) Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros.
 - 5) Inicio de los tratamientos específicos de acuerdo a la causa de la hemorragia.

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, deben evaluarse los mayores requerimientos del caso y, si se estima necesario, debe derivarse a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad. Todo procedimiento terapéutico para la hemorragia postparto (quirúrgicos y maniobras invasivas) debe realizarse en un ambiente quirúrgico con disponibilidad de oxígeno y anestesia.

2.4 Tratamiento de la hemorragia postparto.

La conducta inicial se enfoca en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica mediante la instauración de una fluidoterapia agresiva, a razón de 3 a 1 (300 ml de reposición, por cada 100 ml perdidos). Los de primera elección son los cristaloides o Solución Salina infundir de manera intravenosa, en la primera hora administrar 2 litros de líquido y control de signos vitales cada 15 minutos. Administrar oxígeno a 3 o 6 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal.

Cuando se administran 5 o más concentrados de hematíes debe añadirse plasma fresco congelado para reducir la coagulopatía dilucional.

Es necesario administrar concentrados de plaquetas si éstas se encuentran por debajo de 20.000/ml. Recordar que un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3%.

Con el diagnóstico de la causa de hemorragia revisar si el alumbramiento fue completo, (placenta y membranas), y si fue incompleto solicitar anestesia para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina.

Si se sospecha de Atonía infundir 20 unidades de oxitocina en solución glucosada a 60 gotas por minuto, dosis continua 20 unidades de oxitocina en 1 litro de líquidos a 40 gotas, dosis máxima 3 litros que contenga oxitocina, ergometrina IM o IV 0.2mg. Repetir después de 15 minutos, no usar en caso de preeclampsia o eclampsia, misoprostol 600 ug vía oral o sublingual.

Si no se controla realizar compresión bimanual, usar dosis profiláctica de antibióticos cafazolina 1gr, si no se controla el sangrado compresión de la aorta abdominal, sutura de B-Lynch o hasta histerectomía.

2.5 Atonía uterina.

Cuando el útero no se contrae después del alumbramiento origina una pérdida sanguínea anormal en el lecho placentario. La atonía uterina es la causa más común de Hemorragia Postparto primaria. El manejo debe ser precedido por un examen clínico minucioso para confirmar que el útero está en realidad atónico y que otras causas de sangrado como desgarros del tracto genital han sido excluidos.

Procedimientos

- Masaje uterino a través del abdomen materno.
- Use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial Comenzar con Oxitocina (20 a 40 Unidades / Litro) y Metilergonovina 0,2 mg.
- Prevenir la necesidad de sangre tempranamente y transfunda según la necesidad. Si el sangrado continúa: Verificar nuevamente si la placenta está íntegra; extraiga el tejido placentario residual si lo hubiera. Evaluar el estado de la coagulación. Si no dispone de laboratorio de urgencia, utilice la prueba de coagulación .
- Realizar la compresión bimanual del útero. El taponaje intrauterino con gasa no es recomendable, ya que su implementación conlleva riesgos y además pueden retrasar otras maniobras de mayor eficacia terapéutica. No existe aún evidencia sustentable sobre la utilidad del taponaje mediante balón intrauterino.

Con rigurosa técnica estéril introducir una mano en vagina; formando un puño, colocándolo en el fondo de saco posterior y aplicar presión en el útero. Con la otra mano, presionar profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero; . Mantener la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

Si el sangrado continúa:

- Trasladar la paciente a quirófano.
- Realizar laparotomía exploradora (Incisión mediana infraumbilical).
- Suturas hemostáticas envolventes (B-Lynch).
- Ligaduras arteriales: Uterinas uni o bilaterales. Utero-ováricas bilaterales. Hipogástricas bilaterales.
- Histerectomía Subtotal: Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales.
- Histerectomía Total: Puede estar indicada en los casos donde el sangrado proviene del segmento uterino o el cérvix. .

Con rigurosa técnica estéril introducir una mano en vagina; formando un puño, colocándolo en el fondo de saco posterior y aplicar presión en el útero. Con la otra mano, presionar profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero; . Mantener la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero. De acuerdo a la experiencia del equipo interviniente y al estado clínico de la paciente, el tratamiento quirúrgico involucrará alguna de las técnicas mencionadas abajo, las que pueden realizarse en forma sucesiva o única.

2.6 Procedimientos quirúrgicos de la hemorragia postparto.

I) Episiotomía y desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo.

Los desgarros del canal de parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico. La hemorragia postparto con útero retraído se debe generalmente a un desgarro del cuello uterino o de la vagina.

II) Reparación de los desgarros del cuello uterino .

Aplicar una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Puede haber desgarros múltiples. Para los desgarros que son largos y extensos, administre Petidina (Meperidina) y Diazepam IV lentamente (no los mezcle en la misma jeringa) o use Ketamina.

Pedir a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino. Sujete el cuello uterino con pinzas de anillos o Foester de esponjas. Aplicar las pinzas en ambos lados del desgarro y traccionar suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino; si no lo logra puede necesitar un ayudante para la colocación de valvas de Breski.

- Cerrar los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de cátagut crómico 1, o poliglicol, comenzando en la parte superior del desgarro, en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado. Se recomienda tomar las medidas necesarias para prevenir la descompensación hemodinámica (colocar un acceso venoso, tome muestras de sangre para compatibilizar, realizar reposición de hidroelectrolitos y transfundir si es necesario).

III) Reparación de la episiotomía y de los desgarros vaginales y perineales.

Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:

- Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
- Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal. Los desgarros vaginales suelen ser desgarros longitudinales que generalmente se resuelven mediante puntos separados o con sutura continua. Es fundamental asegurar una adecuada hemostasia, tanto de la lesión vaginal como de vasos sangrantes.

Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de cántut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alérgicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El cántut cromado es una alternativa aceptable.

Generalmente este tipo de desgarros puede repararse utilizando anestésicos locales. Asegúrese de que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados. Use infiltración local con Lidocaína. Si fuera necesario, use bloqueo pudendo. Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de Lidocaína para la reparación, agregue Adrenalina a la solución. Coloque el anestésico tempranamente para que tenga tiempo suficiente de producir efecto (5 a 10 minutos antes).

2.7 Tratamiento de los casos descuidados

Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal. Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable. En estos casos se indica un cierre primario retardado.

En el caso de desgarros de primer y segundo grado, dejar la herida abierta. En el caso de desgarros de tercer y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproximar la aponeurosis del esfínter anal con 2 o 3 suturas. Cierre el músculo y la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde.

Complicaciones:

Si se observa un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida. Si hay signos de infección, abra y drene la herida.

Retire las suturas infectadas y desbridar la herida, si la infección no involucra los tejidos profundos, administrar una combinación de antibióticos: Ampicilina 500 mg, cuatro veces al día por 5 días.

Anestesia:

Generalmente este tipo de desgarros puede repararse utilizando anestésicos locales. Asegurarse que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados. Usar infiltración local con Lidocaína. Si fuera necesario, usar bloqueo pudendo. Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de Lidocaína para la reparación, agregar Adrenalina a la solución. Coloque el anestésico tempranamente para que tenga tiempo suficiente de producir efecto (5 a 10 minutos antes)

Metronidazol 500 mg, vía oral, tres veces al día por 5 días;

- Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administrar una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas:

- ◊ Penicilina G, 2 millones de unidades EV, cada 6 horas;

- ◊ Gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, EV, cada 24 horas;

- ◊ Metronidazol 500 mg, EV, cada 8 horas; Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre: ◊ Ampicilina 500 mg, vía oral, cuatro veces al día por 5 días;

- ◊ Metronidazol 500 mg, vía oral, tres veces al día por 5 días. La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter.

Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando la incontinencia persiste, debe realizarse la cirugía reconstructiva tres meses o más después del parto.

La fístula rectovaginal requiere cirugía reconstructiva tres meses o más después del parto.

Hematomas pelvianos.

Existen diferentes tipos de hematomas pelvianos: vulvares, vaginales y retroperitoneales.

En la mayoría de los casos se producen por laceraciones de vasos venosos durante el parto. Pueden manifestarse con sangrado vaginal o sin él. El dolor generalmente está presente y, a veces, la descompensación hemodinámica se presenta rápidamente.

Vulvares: Son fáciles de visualizar; la pérdida de sangre y el tamaño generalmente son limitados.

- Abrir y drenar por vía vaginal.
- Suturar el espacio disecado por el hematoma con puntos separados de catgut para lograr la hemostasia.
- En los casos más importantes se recomienda dejar un drenaje por 24 horas. Vaginales: Se presentan con síntomas de dolor y tenesmo rectal, diagnosticándose fácilmente al tacto vaginal.

- Colocar una sonda vesical

- Abrir y drenar por vía vaginal.

Si se identifica el vaso sangrante, líguelo. Muchas veces no se logra identificar el o los vasos dañados.

- Sutura en el espacio disecado por el hematoma con puntos separados de catgut para lograr la hemostasia.
- Se aconseja realizar taponaje vaginal.

Retroperitoneales:

Son poco frecuentes, aunque implican un elevado riesgo de vida. Suelen manifestarse clínicamente por dolor y al desencadenarse el shock. El diagnóstico debe sospecharse en caso de descompensación hemodinámica luego de una cesárea o de una rotura uterina.

2.8 Retención de la placenta.

Puede no haber ningún sangrado aun en caso de retención de la placenta.

Si la tracción controlada del cordón no da resultado y la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con Oxitocina y el útero está contraído, podemos hacer el diagnóstico de placenta retenida.

Inyección venosa intraumbilical.

- Asegurar que no existen contraindicaciones para el procedimiento (hemorragia profusa, shock hipovolémico).
- Cargar en una jeringa 10 a 20 U de Oxitocina y complete con solución fisiológica hasta lograr un volumen de 20 ml.
- Inyectar en la vena umbilical, inmediatamente por encima del pinzamiento.
- Pinzamiento nuevamente del cordón por encima del sitio de la inyección.
- Observar entre 15 y 30 minutos, por signos de desprendimiento de la placenta.
- Si esto no sucede, o existe hemorragia importante sin signos de separación placentaria, proceder a la remoción manual de la placenta. Remoción manual de la placenta.

2.9 Placenta retenida.

La incidencia de placenta retenida es del 0,5% al 1% de los nacimientos. En la práctica moderna, el alumbramiento manual es el procedimiento estándar para la placenta retenida. Este procedimiento conlleva riesgo de traumatismos, hemorragia, incompatibilidad Rh, infección puerperal y complicaciones anestésicas.

En general, los Centros de Atención Primaria no disponen de la infraestructura necesaria (como por ejemplo, quirófanos y anestesistas) para realizar este procedimiento. Por consiguiente, una forma de manejo menos invasiva y más económica puede resultar valiosa para reducir la cantidad de casos en los que es necesaria la extracción manual de la placenta retenida.

En una revisión sistemática Cochrane se comparó la inyección de solución fisiológica (con o sin oxitócicos) en la vena umbilical con la conducta expectante por un lado y, por otro, con la inyección de una solución alternativa en la vena umbilical.

En comparación con la conducta expectante, la inyección de solución fisiológica con Oxitocina demostró una reducción marginal y no significativa del índice de extracción manual de la placenta. Sin embargo, en comparación con la inyección de solución fisiológica únicamente, la inyección de solución fisiológica con Oxitocina demostró una reducción estadísticamente significativa del índice de extracción manual de la placenta. aunque no se observaron diferencias entre los dos grupos con respecto a la duración del alumbramiento, pérdida de sangre, hemoglobina, necesidad de transfusión sanguínea, legrado, infección, duración de la hospitalización, fiebre, dolor abdominal y estimulación oxicítica.

La comparación de solución fisiológica más Prostaglandina versus solución fisiológica más oxitocina, no registró diferencias estadísticamente significativas en los resultados anteriormente mencionados.

2.10 Retención de restos placentarios

Cuando parte de la placenta (uno o más lóbulos) quedan retenidos, ello impide que el útero se contraiga eficazmente. La exploración manual del útero es similar a la técnica descrita para la remoción de la placenta retenida. Dicho procedimiento debe realizarse en ambiente quirúrgico y con disponibilidad de anestesia. Palpar dentro del útero para detectar fragmentos placentarios, extracción de los fragmentos placentarios con la mano, con pinza foester o una cureta gruesa. Utilice una dosis adicional de Oxitocina en goteo durante el procedimiento.

2.11 Placenta acreta.

Esta es una complicación obstétrica potencialmente catastrófica para la madre, cuya prevalencia se está incrementando en forma directamente proporcional al incremento de la tasa de cesáreas.

El diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario son los pilares para la prevención de la alta morbimortalidad materna asociada este cuadro. Dentro de los factores de riesgo para el acretismo placentario se encuentran la placenta previa, antecedentes de cesáreas previas, cirugías uterinas y legrados, el síndrome de Asherman, miomas submucosos, la multiparidad y la edad materna avanzada.

La asociación de los dos primeros factores (placenta previa y cesárea previa) representan, en el momento actual, el antecedente más frecuente de los casos de acretismo. En el siguiente cuadro se observa la relación entre el número de cesáreas previas y la probabilidad de tener una placenta previa y un acretismo placentario.

Dado que la mayoría de las pacientes son sometidas de rutina a evaluaciones ecográficas, es necesario evaluar cuidadosamente a través de estudios de imágenes

(ecografía, resonancia magnética si fuera necesario según disponibilidad) en busca del acretismo a toda mujer con cesárea/s previa/s que tenga una placenta previa.

La evaluación debe ser realizada por personal calificado, incluso con derivación hacia establecimientos de mayor complejidad, para asegurar su más adecuada valoración. Ante el diagnóstico presuntivo de acretismo placentario la embarazada debe ser tratada en el lugar de mayor complejidad disponible.

2.12 Manejo del embarazo con diagnóstico de acretismo placentario:

Tratamiento en establecimientos con la máxima complejidad:

- ✓ Asesoramiento sobre diagnóstico y terapéutica.
- ✓ Planificación de la cirugía: Cesárea alrededor de las 35 ó 36 semanas.
- ✓ Conformación de un equipo multidisciplinario (tocoginecólogo con experiencia, anestesiólogo, hemoterapeuta, laboratorio, neonatólogo).
- ✓ Otros especialistas disponibles de inmediato como: urólogo, cirujano general, cirujano vascular y acceso a hemodinamia con radiólogo intervencionista.
- ✓ Cistoscopia y cateterización de uréteres (de gran utilidad en la cirugía).
- ✓ Cateterización de las arterias uterinas (si hay acceso a terapia endovascular).
- ✓ La anestesia a utilizar dependerá del grado de invasión sospechado en el miometrio y la probabilidad de descompensación hemodinámica intraoperatoria.
- ✓ Durante la cesárea evitar el sitio de inserción de la placenta (si es posible mediante el uso de Ecografía intraoperatoria).
- ✓ Prevención de la hemorragia antes de intentar el alumbramiento o de la histerectomía tales como: embolización de las arterias uterinas o clampeo de la arteria aorta.
- ✓ Cirugía conservadora o histerectomía puerperal de acuerdo a criterio clínico (evaluar tipo de anomalía de inserción y magnitud).

- ✓ Acceso a servicio de terapia intensiva disponible.
- ✓ Administrar una dosis única de antibióticos profilácticos (Cefazolina 1 g, IV).
- ✓ Practica de una laparotomía convencional. La incisión mediana infraumbilical puede reducir el tiempo operatorio y la pérdida sanguínea respecto de la incisión de Pfannestiel.

La Histerectomía es, en la mayoría de los casos, el tratamiento definitivo. Esta puede ser Total o Subtotal, dependiendo del sitio de inserción placentario. La utilización de técnicas conservadoras (resecciones parciales, suturas hemostáticas transmimetriales) se evaluarán de acuerdo al cuadro clínico.

2.13 Embolización angiográfica.

Si en la institución hay disponible un servicio de radiología intervencionista, puede considerarse válida la realización de embolización por angiografía antes de la cirugía.

Actualmente también se tiende a considerar este procedimiento como una opción o complemento de la cirugía; por ejemplo: embolizar antes de ligar las arterias uterinas. La embolización angiográfica podría desempeñar un papel en:

- Embolización profiláctica pre-alumbramiento o prehisterectomía en casos de diagnóstico o sospecha de acretismo.
- En el contexto de la hemorragia refractaria a las maniobras básicas, como parte del tratamiento local; ejemplo: atonía intratable, acretismo, desgarros cérvicovaginales no controlables por cirugía. • Sangrado persistente post-histerectomía. Atención después del procedimiento
- Evaluación de la necesidad de traslado a Terapia Intensiva.

- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administrar una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas:

- ◊ Ampicilina 2 g IV cada 6 horas;

- ◊ Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas;

- ◊ Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

- Administrar analgésicos en forma apropiada.

- Si no hay signos de infección, ni de hemorragia, retirar el drenaje abdominal después de 48 horas.

- Brindar contención y explique a la paciente el tratamiento realizado, e infórmela acerca de su futuro reproductivo.

- Si no se realizó una histerectomía u oclusión tubárica, explicar el riesgo en embarazos futuros y realizar consejería sobre métodos anticonceptivos.

- Si se cree conveniente, realizar interconsulta con Salud Mental para apoyo psicológico.

- Administrar hierro más ácido fólico en comprimidos durante por lo menos 3 meses para corregir la anemia.

2.14 Inversión uterina

Se dice que el útero se ha invertido cuando se vuelve del revés, es decir la parte interna se convierte en externa durante la expulsión de la placenta. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato. Al pasar el tiempo, el anillo de constricción alrededor del útero invertido se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre. Si la mujer tiene dolor severo, debe prevenirse el shock neurogénico: administrando petidina 1 mg/kg de peso corporal (pero no más de 100 mg) IM o IV lentamente, o administrar Morfina 0,1 mg/kg de peso corporal IM.

Corrección de la inversión uterina:

Administrar una dosis única de antibióticos profilácticos (Cefalotina 1 g, IV).

- Debe realizarse anestesia general.
- Limpiar minuciosamente el útero invertido con una solución antiséptica.
- Aplicar compresión al útero invertido con una compresa estéril húmeda y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

◇ Corrección manual:

Provisto de guantes estériles, sujetar el útero invertido y empujando a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Si la placenta aún está adherida, extraer manualmente después de la corrección.

◇ Corrección manual bajo anestesia general:

Si el procedimiento previo (corrección manual) no da resultado, intentar volver el útero a su posición manualmente bajo anestesia general, usando agentes inhalatorios halogenados. Los agentes inhalatorios, como el halotano, se recomiendan porque relajan el

miometrio. Tales agentes halogenados deben suspenderse inmediatamente apenas haya revertido el cuadro.

- Sujetar el útero invertido y empujarlo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal. Si la placenta aún está adherida, extraícala manualmente después de la corrección.

◇ Corrección combinada abdomino-vaginal.

Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección abdomino-vaginal bajo anestesia general;

- Administrar una dosis única de antibióticos profilácticos (Cefalotina 1 g. (IV)).
- Practicar una laparotomía convencional.
- La incisión mediana infraumbilical puede reducir el tiempo operatorio y la pérdida sanguínea respecto de la incisión de Pfannestiel;
 - Colocar un separador vesical sobre el pubis y si lo considera necesario coloque separadores abdominales autoestáticos.
 - Dilatar con los dedos el anillo de constricción del cuello uterino.
 - Colocar un tenáculo a través del anillo del cuello uterino y sujetar el fondo invertido.
 - Aplicar una tracción continua ligera al fondo uterino, mientras un asistente intenta la corrección manual por vía vaginal.
 - Si la tracción fracasa, debe realizarse una incisión en el anillo de constricción del cuello uterino en la parte posterior (donde es menos probable que la incisión lesione la vejiga o los vasos uterinos) y repetir los pasos de dilatación digital, tenáculo y tracción.
 - Si la corrección da resultado, compruebe la hemostasia, suture el útero en un plano utilizando suturas de catgut cromado 1 (o poliglicol). Cerrar el abdomen según la técnica habitual. Si hay signos de infección colocar un drenaje según corresponda.

Atención después del procedimiento:

- Una vez corregida la inversión, infundir Oxitocina 20 a 40 unidades en 500 ml de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 10 gotas por minuto.
- Si se observa hemorragia, aumente la velocidad de infusión a 60 gotas por minuto.
- Si el útero no se contrae después de la infusión de Oxitocina, administre Ergonovina 0,2 mg IM, o Carbetocina 100 mcg IM, o Misoprostol 600 mcg VO o SL.
- ✓ Administrar Oxígeno a través de máscara facial.
 - Administrar analgésicos en forma apropiada.
 - Si se sospecha necrosis, debe realizarse la histerectomía vaginal. Para ello puede ser necesario referir a la paciente a un centro de atención terciaria.

2.15 Prevención de Hemorragia Postparto

Los factores de riesgo de HP incluyen la prolongación del tercer período del trabajo de parto, partos múltiples, episiotomía, macrosomía fetal y antecedentes de HP. Sin embargo, dicen los autores, la HP también ocurre en mujeres sin factores de riesgo, de manera que los médicos deben estar alertas en cada parto por la posibilidad de que esa hemorragia ocurra.

Un modo de minimizar los efectos de la HP es identificar y corregir la anemia antes del parto y evitar la episiotomía sistemática. El control de los signos vitales y del flujo vaginal antes de llevar a la parturienta a la sala de parto puede ayudar a detectar las hemorragias lentas. La mejor estrategia preventiva es el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

Las guías hospitalarias que recomiendan esta práctica dieron como resultado reducciones significativas en la incidencia de hemorragia masiva. El manejo activo, que

comprende la administración de tónicos uterinos durante el parto o inmediatamente después de la presentación del hombro anterior, la tracción controlada del cordón y, habitualmente, el pinzamiento y la sección precoz del cordón, disminuye el riesgo de HP y acorta el tercer estadio del trabajo de parto, sin aumentar significativamente el riesgo de placenta retenida.

Comparado con el manejo expectante, en el cual se permite que la placenta se separe en forma espontánea solo por la acción de la gravedad o la estimulación del pezón, el manejo activo disminuye la incidencia de HP en un 68%.

El pinzamiento precoz del cordón no está más incluido en la definición de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) para el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, habiéndose agregado el masaje uterino para después del alumbramiento. El pinzamiento retardado del cordón en unos 60 segundos ha sido beneficioso para conseguir un mayor almacenamiento de hierro y disminución de la anemia, la cual es de especial importancia en los recién nacidos pretérmino y en los grupos de bajos recursos. Este retardo no se ha acompañado de un aumento en la morbilidad neonatal o de la pérdida de sangre materna.

La administración profiláctica de oxitocina reduce las tasas de HP en un 40%; esta reducción también ocurre si la oxitocina se administra después del alumbramiento. La oxitocina es el fármaco de elección para prevenir la HP porque es tan efectivo como los alcaloides del cornezuelo de centeno o las prostaglandinas y tiene menos efectos colaterales.

El misoprostol representa un papel en la prevención de la HP ya que tiene más efectos colaterales pero es de bajo costo, es estable en el calor y la luz y no requiere jeringas.

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre que ponga en peligro su vida a la hora del parto. Se pueden emplear diferentes enfoques dependiendo del entorno y la disponibilidad de suministros y proveedores de parto calificados.

El correcto control prenatal y el seguimiento por parte de la mujer embarazada a las instrucciones y recomendaciones del personal especializado para llevar un embarazo sano que concluya en un alumbramiento sin complicaciones y con una adecuada resolución.

2.16 Manejo activo en la tercera etapa del parto.

Los datos apoyan el manejo activo en la tercera etapa del parto por todos los proveedores de parto calificados independientemente de dónde lo practiquen.

El manejo activo de la tercera etapa de la labor del parto reduce la incidencia de la Hemorragia Postparto, la cantidad de pérdida de sangre y el uso de transfusiones, así que debería ser incluido en los programas de intervenciones orientadas a reducir las muertes por hemorragias.

Los componentes usuales incluyen:

1. Administración 10 unidades de oxitocina IM, si no se dispone, administrar ergometrina 0.2mg IM.

(No administrar en mujeres con preclampsia o eclampsia)

2. Tracción controlada del cordón y contracción: mantener una tensión leve en el cordón y esperar una contracción uterina, halar el cordón con delicadeza y con la otra mano contracción sobre el útero.

3. Masaje uterino después de la expulsión de la placenta: al ser expulsada la placenta sostener con las manos y girar hasta que las membranas se expulsen y masaje inmediato del fondo uterino.

2.18 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia tardía (secundaria).

La mayoría de los casos ocurre durante las dos semanas posteriores al parto. La causa más frecuente es la subinvolución uterina, asociada a infección uterina o la retención de restos placentarios. Evaluación diagnóstica inicial.

Si la anemia es grave (Hemoglobina menor de 7 g/ dl o hematocrito menor de 20%), transfunda sangre. Se administrará Hierro más ácido fólico en comprimidos durante por lo menos 3 meses para corregir la anemia.

Si hay signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor), administrar antibióticos IV hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas:

◇ Ampicilina 2 g, IV, cada 6 horas.

◇ Gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas.

◇ Metronidazol 500 mg, IV, cada 8 horas.

- Administrar medicamentos oxitócicos.
- Solicitar estudios de la coagulación.
- Si el cuello uterino está dilatado, explore manualmente para extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes. La exploración manual del útero requiere anestesia y la técnica descrita es similar para la remoción de la placenta retenida.
- Si el cuello uterino no está dilatado, evacue el útero realizando legrado para extraer los fragmentos placentarios
- Si el sangrado continúa, debe considerarse el tratamiento quirúrgico; ligaduras arteriales, o una histerectomía.

La involución uterina se dará paulatinamente, en cuanto a ese período disminuirá el sangrado transvaginal, se administra un tratamiento profiláctico para evitar infecciones o postergación de la hemorragia puerperal tardía.

2.19 Problemas durante la operación cesárea.

Cuando el sangrado no se pueda controlar, intente las siguientes maniobras:

- Masaje uterino.
- Si el útero está atónico, continúe infundiendo Oxitocina (20 a 40 UI/L) y administre Ergonovina 0,2 mg IM; o Carbetocina, 100 mcg. IM; o Misoprostol 600 mcg, VO o SL, si las hay disponibles.
- Transfundir según la necesidad.
- Pedir ayuda a un asistente que aplique presión sobre la aorta con los dedos para reducir el sangrado hasta que se pueda encontrar el origen del mismo y detenerlo. Si el sangrado no se controla:
 - ❖ Sutura hemostática (B-Lynch).
 - ❖ Ligaduras arteriales en forma secuencial (uterinas, útero-ováricas) o una histerectomía.
 - ❖ . • Embolización angiográfica, si estuviera disponible.

Los primeros dos días posteriores a la cesárea la madre aún no suele estar en situación de ocuparse del bebé de forma autónoma, debido a la herida del abdomen, por lo que depende especialmente de la ayuda de las personas más cercanas y las enfermeras.

Cuando la cesárea se desarrolla sin complicaciones, lo normal es que al tercer día la madre ya se mueva y pasada una semana pueda abandonar el hospital con el niño.

Como consecuencia de una cesárea, pueden aparecer complicaciones postoperatorias características, como por ejemplo hemorragias, infecciones en la herida, trombosis, embolias o formaciones de adherencias en la zona de la cicatriz. A esto se le añade un posible impedimento en cuanto a volverse a quedar embarazada e incluso la esterilidad.

En cuanto al recién nacido, en el caso de una cesárea suele sufrir más problemas respiratorios que si hubiera nacido por parto natural debido a que el líquido amniótico puede atragantarse en las vías respiratorias (aspiración) o por un vaciado incompleto del pulmón infantil de líquido amniótico, a consecuencia de la falta de presión en el canal del parto.

En caso de un nuevo embarazo, sobre todo si se produce dentro de los dos años posteriores a la cesárea, es necesario un intenso control médico. En principio, la cesárea se puede realizar varias veces, aunque no siempre es necesaria en un segundo embarazo por el mero hecho de que en el anterior sí se produjera.

2.20 Reparación de la ruptura uterina.

- I) Ligadura de las arterias uterinas y útero-ovárica;
- II) Histerectomía postparto.
- III) Una hemorragia postparto prolongada o tardía puede ser un signo de metritis o de coagulopatía.

Entre otros signos y síntomas del shock se incluyen:

◇Palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca);

◇Sudoración o piel fría y húmeda;

◇Respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más);

◇Ansiedad, confusión o inconsciencia;

◇Producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora); manejo inmediato.

- Solicitar apoyo. Movilización urgentemente a todo el personal disponible.

Monitorización de los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).

- Voltar a la mujer sobre su costado para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite y para asegurar que la vía aérea esté despejada.
- Mantener a la mujer abrigada pero sin acalorarla puesto que el exceso de calor aumentará la circulación periférica y disminuirá el suministro de sangre a los centros vitales.
- Elevar las piernas para aumentar el retorno de la sangre al corazón (si fuera posible, elevar la parte de los pies de la cama).
- No administrar líquidos por vía oral a una mujer en shock.

La cicatriz uterina corporal tiene un 8% de riesgo de rotura uterina, con 1/3 de ellas que se producen antes del trabajo de parto.

Existe también la posibilidad de rotura uterina en úteros sin cicatriz; ella puede ser traumática o espontánea. La rotura traumática es frecuente en heridas penetrantes durante el III trimestre o en fórceps medios o altos. Los traumatismos contusos conllevan mayor riesgo de ruptura esplénica y desprendimiento prematuro de placenta normal incerta (DPPNI) que de rotura uterina.

La rotura espontánea se asocia a grandes multíparas que son estimuladas con oxitocina. Es poco frecuente como consecuencia de acretismo placentario. Para el diagnóstico, lo más importante es la actitud de sospecha permanente.

La recomendación para la reparación es delimitar exactamente la extensión de la rotura, descartando el compromiso vesical y de los grandes vasos, lo que incluye los hematomas del ligamento ancho. La sutura se realiza a punto separado con Vycril 1/0 o Catgut cromado. En caso de que la reparación sea imposible, ya sea por la extensión o por

compromiso longitudinal del útero, debe procederse a histerectomía con preservación de anexos.

2.21 Estado de Shock.

El shock se caracteriza por la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. El shock es una afección potencialmente mortal que requiere tratamiento inmediato e intensivo. Sospechar de shock si se presenta al menos una de las siguientes manifestaciones:

- Sangrado en la etapa inicial del embarazo (por ejemplo, aborto, embarazo ectópico o molar);
- Sangrado en la etapa avanzada del embarazo o en el trabajo de parto (por ejemplo, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura uterina);
- Sangrado después del parto (por ejemplo, rotura uterina, útero atónico, desgarros del tracto genital, retención de placenta o de fragmentos placentarios);
- Infección (por ejemplo, aborto realizado en condiciones de riesgo o séptico, amnionitis, metritis, pielonefritis);
- Traumatismo (por ejemplo, lesión del útero o intestino durante el aborto, rotura uterina, desgarros del tracto genital).
Signos y síntomas Diagnosticar shock si están presentes los signos y síntomas siguientes:

◇ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más);

◇ Presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg).

Manejo específico :

Inicio de una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre (calibre 14 o la de mayor calibre disponible); recoger sangre inmediatamente antes de la infusión de líquidos para la determinación de la hemoglobina, pruebas cruzadas, recuento de plaquetas, pruebas de coagulación , coagulograma básico (tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT), fibrinógeno y productos de degradación (en servicios con laboratorio especializado según disponibilidad).

- Rápidamente administrar soluciones isotónicas IV (solución salina normal o lactato de Ringer) inicialmente a razón de 1 litro en 15–20 minutos;
- Administrar al menos 2 litros de dichos líquidos en la primera hora. Esto es más que los líquidos de reposición para las pérdidas progresivas;
- Administrar Oxígeno a razón de 6–8 litros por minuto por máscara facial con reservorio.

(Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una venotomía).

- Continuar monitoreando los signos vitales (cada 15 minutos) y la pérdida de sangre.
- Cateterizarla vejiga y monitoreo del ingreso de líquidos y la producción de orina.

Los signos de mejoría incluyen:

- Pulso que se estabiliza (frecuencia de 90 latidos por minuto o menos);
- Presión arterial en aumento (sistólica 100 mm de Hg o más);
- Mejoría del estado mental (menos confusión y ansiedad);
- Producción de orina en aumento (30 ml por hora o más).

Si el estado de la mujer mejora:

- Regular la velocidad de infusión de líquidos IV a 1 litro en 6 horas;
- Continuar el manejo para la causa subyacente del shock. Si el estado de la mujer no mejora ni se estabiliza, la mujer requiere manejo adicional.
- Continuar la infusión de líquidos IV regulando la velocidad de infusión a 1 litro en 6 horas y mantener el oxígeno a razón de 6-8 litros por minuto.

2.22 Vigilancia de la hemorragia postparto

Cada caso de HPP ocurrido en el nivel hospitalario, debería identificarse para ser analizado por un Comité Local (hospitalario) de morbilidad materna, cuyo objetivo será identificar en forma precoz los problemas del sistema y solucionarlos rápidamente.

Los Servicios deberán reportar periódicamente la incidencia de HPP y los casos a las Direcciones Provinciales para ser evaluados por los Comités Locales.

Los procedimientos realizados en el tratamiento de la HPP deberán estar bien documentados en la historia clínica y en los registros posteriores, observando especialmente el tipo de tratamiento realizado y la aplicación de técnicas quirúrgicas conservadoras. El último recurso de tratamiento es la histerectomía.

Esta técnica es común en circunstancias en las cuales ha ocurrido una lesión importante o una grave patología generalmente asociada a placenta previa, atonía uterina, ruptura uterina, hematoma retroperitoneal y desgarro cervical alto.

La histerectomía posterior a HPP es un indicador de complicación obstétrica grave y de severa morbilidad materna. La responsabilidad de registrar este grave evento es de cada uno de los diferentes profesionales que trabajan y forman parte de los servicios de obstetricia.

HPP se define como el sangrado postparto que excede los 500 ml. HPP severa (o grave) es el sangrado vaginal que excede los 1000 ml. También se entiende por HPP cualquier pérdida hemática postparto que cause compromiso hemodinámico.

CAPITULO III: METODOLOGIA.

La investigación es de tipo documental y la importancia de la investigación documental en la enseñanza universitaria que reside en que al conocer y practicar sus principios procedimientos permite desarrollar las habilidades, destrezas y actitudes que se requieren para construir datos, información y conocimiento.

La investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, puede definirse como una estrategia en la que se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades teóricas y empíricas usando para ello diferentes tipos de documentos donde se indaga, interpreta, presenta datos e información sobre un tema determinado de cualquier ciencia, utilizando para ello, métodos e instrumentos que tiene como finalidad obtener resultados que pueden ser base para el desarrollo de la creación científica.

Las características de la investigación documental se definen por:

- ❖ La recolección, selección, análisis y presentación de información coherente a partir del uso de documentos.
- ❖ La realización de una recopilación adecuada de datos e información que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.
- ❖ Considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.
- ❖ Realizarse en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos.
- ❖ El uso de diferentes técnicas e instrumentos para la localización y clasificación de contenidos.

Variable	Definición conceptual	Indicador	Unidades
Edad	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha.	años cumplidos desde el nacimiento.	<18 años 19-34 años >35años
Referida	Si la paciente procede de un centro de salud o acude a atención hospitalaria	expediente: historia clínica.	referida no referida
Estado Civil	Relación que se hayan las personas, agregamiento social.	expediente: historia clínica.	soltera, casada, conviviente.
Antecedentes obstétricos	Datos relacionados con embarazos anteriores.	expediente: historia clínica.	numero de gestaciones, abortos, cesáreas, legrados, etc.
Factores de riesgo del embarazo	Refiere a los factores de riesgos preconcepciones y del embarazo que estuvieron presentes antes del parto.	expediente: historia clínica.	menarca, adolescencia, leucorrea, alteraciones en la edad del embarazo, etc.
Enfermedades concomitantes	Patología que se encuentra asociada al embarazo.	expediente: historia clínica.	anemia, hepatitis, asma, gastritis, hernias, hipertensión arterial, infecciones de vías urinarias, migrañas, obesidad y alergias.
Factores de riesgo intraparto.	Riesgos que estuvieron presentes en el parto.	expediente: historia clínica.	expulsivo, hipodinamia, primigesta, adolescencias, multiparidad

Operacionalización de las variables.

Causas de la hemorragia postparto.	Condiciones que originan la hemorragia postparto.	Historia clínica.	Retención placentaria, hipotonía uterina, placenta previa, placenta acreta, desgarros del canal cervico-vaginal.
Tratamiento de la hemorragia postparto	Sustancia o fármaco que se administre a través de cualquier vía para evitar patología posterior a la hemorragia.	Fármacos utilizados en el manejo de la hemorragia postparto.	-Solución salina. Dextrosa al 5% Plasma Sangre
Manejo de la hemorraia postparto.	Medidas no farmacológicas.	Medidas clínicas, farmacológicas y quirúrgicas	Legrado, reparación de desgarros, histerectomía.

CAPÍTULO IV: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Se debe considerar los factores de riesgo y las principales causas de hemorragia postparto presentada durante la investigación de esta manera disminuir las complicaciones y la incidencia de esta patología en hospitales de atención pública y privada.

En comparación con este escrito es importante mencionar que en países en desarrollo y en países económicamente desarrollados, la Hemorragia Postparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad materna severa, por lo cual las causas y factores de riesgo se encuentran íntimamente relacionadas con la incidencia de esta situación en clínicas de ambos sectores; públicos y privados.

Deben realizarse investigaciones mayormente específicas que logren estadísticas claras respecto a las causas y factores de riesgo de cada región o país para contar con una atención de calidad y eficacia al momento de dar tratamiento ante esta situación de manera que disminuyan la frecuencia y las complicaciones.

Datos:

Aproximadamente 14 millones de mujeres sufren hemorragia postparto anualmente. A nivel mundial, ocurren cada año 529.000 muertes relacionadas con el embarazo. La hemorragia postparto contribuye con 25-30% de estas muertes en los países en desarrollo. En consecuencia, la hemorragia severa es la causa principal de mortalidad materna en el mundo.

Los determinantes y los factores de riesgo de HPP han sido estudiados para identificar a las mujeres embarazadas con riesgo aumentado. Los libros de texto de obstetricia enumeran diversos predisponentes, sin indicar su importancia o frecuencia relativa. La hemorragia postparto en partos vaginales es más común en:

1) nulíparas; 2) multíparas; 3) trabajo de parto prolongado o conducido; 4) pre-eclampsia; 5) realización de episiotomía; 6) embarazo múltiple; 7) parto con fórceps o vaccum; 8) raza asiática o hispánica; y 9) placenta retenida.

La realización de la episiotomía debe ser selectiva y sólo en casos que resulten justificados y no en forma rutinaria.

En relación a lo antes mencionado y si fuese necesaria la realización de la episiotomía durante el segundo período del trabajo de parto esta debe ser realizada justo en el momento de la salida coronamiento de la presentación fetal y no varios minutos previos, pues ello incrementa el volumen sanguíneo perdido por lo cual la frecuencia de riesgo por hemorragia a consecuencia de la episiotomía disminuiría considerablemente.

Resumiendo, la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y, aunque la episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina.

En la actualidad no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria postparto ni a corto ni a largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico.

Tampoco se ha encontrado evidencia que apoye la afirmación de que la episiotomía protege a los/as niños/as de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. De la misma manera no se ha encontrado una clara evidencia en la reducción del segundo período del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyara la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros.

Por otro lado, se produce un aumento sustancial de pérdida de sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una

episiotomía (sobre todo central) es superior al causado por un desgarro espontáneo; el grado de riesgo que acompaña la realización de una episiotomía es mayor que sus beneficios, y no se justifica su acción.

Reforzar programas de educación para la salud y orientación a las futuras madres y gestantes sobre la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones; La mayoría de las mujeres tiene embarazos y bebés sanos. Pero a veces las cosas no ocurren como se han planeado.

En esta sección, se plantea la idea del deber de informarse e informar acerca de las complicaciones durante el embarazo, como anemia, diabetes gestacional, y alta presión arterial.

Dar a conocer la información acerca de cómo protegerse contra las infecciones, como la influenza, las cuales pueden causar problemas durante el embarazo, y lo que se puede hacer para ayudar a mantener sanas a las mujeres durante el embarazo ya que de no ser reforzados estos planteamientos se consideran altas posibilidades de desarrollar problemas durante la resolución del embarazo a tal grado que puede terminar en una elevación en las cifras de morbilidad a causa de las hemorragias postparto.

Durante todo su embarazo, mantener sus visitas de cuidado prenatal, aún si se siente bien la embarazada; Obtener cuidado prenatal con regularidad puede ayudar a identificar las complicaciones temprano o inclusive evitarlas para ayudarle a tener un embarazo y un hijo sanos.

Se les debe aconsejar para que se atiendan en algún establecimiento de salud que pueda ofrecerles cuidados para prevenir una HPP.

En el momento del parto, es fundamental que la mujer embarazada acuda a un centro hospitalario para el nacimiento de su hijo, debido a las altas tasas de morbilidad que presenta la hemorragia postparto, debe priorizarse la atención de la mujer en una unidad hospitalaria que cumpla con los estándares y requerimientos tanto médicos como de equipo para que sea posible brindar atención de primera calidad y se pueda actuar de manera eficaz y con rapidez en caso de alguna complicación o emergencia obstétrica.

De acuerdo a este apartado que trata acerca de la atención de la mujer embarazada en algún establecimiento de salud para la prevención de la HPP; existe en México una serie de disposiciones oficiales de acuerdo a la norma oficial mexicana 007-SSA2-2010 para la atención a la mujer embarazada, haciendo énfasis y en algunas, especificando las condiciones para la atención del trabajo de parto y sobre todo la prevención de la HPP.

Disposiciones generales de acuerdo a la 007-SSA2-2010;

Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

- ❖ La atención médica que reciban las mujeres en edad fértil en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, deberá ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.
 - La consulta pregestacional debe ser un elemento que se debe fomentar en la práctica clínica y obstétrica moderna. Asistir a la mujer y en su caso a la pareja en su etapa reproductiva con un enfoque que anticipe riesgos y evite complicaciones con medidas preventivas sencillas pero efectivas. Considerar

la reproducción humana como un valor y una responsabilidad compartida por la pareja y asistida por su médico y personal de salud.

- La mujer idealmente debe tener valoración médica preconcepcional 3 meses antes de intentar embarazo, o suspender un método anticonceptivo. El objetivo debe ser, además de otorgar educación para la salud y autocuidado, valorar su estado de salud, reducir factores de riesgo, lograr su peso ideal e ingerir ácido fólico 3 meses antes de la concepción para reducir el riesgo de defectos del tubo neural.
- La valoración preconcepcional debe incluir una valoración odontológica integral, por el alto riesgo que significan las enfermedades periodontales en la generación de parto pretérmino.
- El examen debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva 6 meses postparto.
- Recomendar un período intergenésico después de un evento obstétrico de 2 a 5 años para espaciar sus embarazos de tal manera que reduzca los riesgos a largo plazo y pueda planificar de la mejor manera su familia.
- En la visita preconcepcional, se proporciona información sobre los cuidados del recién nacido, tamiz neonatal, estimulación temprana y aplicación de biológicos, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.
- La atención, debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una responsabilidad y un privilegio natural. Dando información para procurar un cambio cultural en las parejas, que fomente una maternidad sin riesgos, como un compromiso de todo el Sistema de Salud del país. Además de procurar el cambio cultural en el personal de salud que adquiriera el compromiso para atender todos los eventos obstétricos con calidad, oportunidad y trato humano.

- ❖ En las unidades de salud que brinden la atención de emergencias obstétricas, la atención de una mujer embarazada con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse de manera continua, 24 horas al día, todos los días del año.
- ❖ En las unidades de salud de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de emergencias obstétricas, se procurará auxiliar a las mujeres embarazadas con emergencia en la medida de su capacidad resolutive y una vez resuelto el problema inmediato y/o que no se esté en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar el traslado a la unidad que le corresponda.
- ❖ Las unidades de salud que brinden la atención de emergencias obstétricas (AEO) deben contar con espacios habilitados, personal calificado para atender emergencias obstétricas, equipo e instalaciones adecuadas, así como insumos y medicamentos necesarios para manejar las emergencias obstétricas y banco de sangre con hemoderivados y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año. Estos requisitos se requieren para acreditar las unidades y clasificarlos como Hospitales Resolutivos para AEO y podrán ser verificadas periódicamente para garantizar la seguridad y calidad en la atención de las pacientes y sus recién nacidos.
- ❖ En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración. Es importante promocionar el uso de ácido fólico, desde 3 meses previos del período preconcepcional y durante toda la evolución del embarazo.
- ❖ Durante el embarazo y la lactancia, se promoverá que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco, bebidas alcohólicas y psicotrópicos.
- ❖ La atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Un elemento importante es humanizar el embarazo y parto y facilitar el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres. Es un modelo aceptado para apoyar este aspecto la participación de la Partería asistencial y las Licenciadas en Enfermería Obstétrica. Lo que se pretende

es menor intervención y lograr un proceso fisiológico y natural durante el embarazo y parto.

- ❖ Las mujeres y los recién nacidos trasladados a las unidades de salud por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. Y debe tener la opción de parir en forma vertical preservando en todo momento la seguridad de la madre y su recién nacido y respetando un grado razonable de autonomía durante la labor que permita un parto lo más natural y fisiológico posible, lo anterior como una alternativa viable de atención obstétrica.
- ❖ En las unidades de salud se deberá disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.
- ❖ El personal de la salud, en el ámbito de sus atribuciones informará a las pacientes embarazadas usuarias de los servicios de salud que, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la atención del parto sea en instituciones de salud y por personal calificado, para reducir el riesgo de Mortalidad Materna.

Tanto los miembros de la familia como los de la comunidad deben estar informados sobre los principales signos de peligro, entre los que se incluye todo sangrado que se presente durante el embarazo.

Es recomendable que el personal de salud lleve los registros de la historia clínica consignando las patologías ocurridas durante la atención del parto de la paciente para tener posibilidad que sea buena fuente de información para la recolección de datos de futuros trabajos de investigación.

4.1 Crecimiento profesional.

Cuando la profesional de enfermería aprende por las situaciones de enfermería, conoce a otros seres que crecen y viven en el cuidado, es aquí donde llega a conocer al otro como ser cuidador que expresa formas únicas de vivir y crecer en el cuidado.

Es aquí donde, adquiere un compromiso moral con el otro como cuidador, porque al abordar los problemas lo hace abiertamente, y las persona se muestran tal como son, así las enfermeras conocen las necesidades de quienes cuidan, sus deseo, objetivos, valores aspiraciones, sueños y de esta forma logran cuidar verdaderamente a la persona.

Por eso, al proporcionar el cuidado, la valoración y la formulación de diagnóstico son esenciales para la fase de la planificación del proceso de cuidar, en tanto, el plan de cuidado muestra las categorías de conductas enfermeras, los resultados esperados y las intervenciones para conseguir los objetivos y el resultado del cuidado. Al implementar las acciones enfermera establecidas en el plan de cuidado, las situaciones de enfermería cobran vida y la enfermera hace realidad su compromiso personal y profesional, es cuando llega a conocer a enfermería en su grado más estético.

El plan de cuidado enfermero es una pauta escrita para el cuidado de las persona, estos documentan las necesidades de cuido, comunica a enfermeros, enfermeras y otros miembros del equipo sanitario otros datos de valoración pertinentes a esa persona, la lista de problemas y tratamientos que atañen a enfermería. Al respecto, señalan Potter y Perry (2002) antes de “administrar cualquier tipo de cuidado enfermero, la enfermera ha de decidir cuál debería ser el punto final de los cuidados enfermeros”. Dicho de otra manera, la enfermera evalúa críticamente los diagnóstico de prioridad establecido, la urgencia de los problemas, los recursos de la persona cuidada y los recursos del sistema de prestación del cuidado.

El plan de cuidado, se organiza de manera que cualquier enfermera pueda reconocer rápidamente las ordenes enfermeras para llevarlas a cabo, asimismo está diseñado para

disminuir el riesgo de producir un cuidado incompleto, incorrecto e inexacto, hace posible la coordinación del cuidado, igualmente coordinar los recursos, equipos y suministros necesarios para proporcionar cuidado enfermero.

Explican Potter y Perry (2002) el plan de cuidado escrito también *“Incluye las necesidades a largo plazo, favorece la continuidad del cuidado entre las enfermeras... hace intervenir a la familia... y un entorno de evaluación a las respuesta de la personas a las acciones enfermeras”*.

“el encuentro, el acercamiento y el entender al otro”.

Cuando se determina un déficit de información relacionada con la situación de salud que vive la puérpera, la enfermera establece en el plan de cuidado escrito las acciones para educar a la persona sobre la necesidad de autocuidado o técnicas, además, integrar con actividades familiares, para que estos asuman un mayor porcentaje de cuidado de manera gradual.

Intervenciones de Enfermería durante el puerperio.

Con el fundamento de la valoración y los diagnósticos, se procede a efectuar la intervención de enfermería, en esta se encuentran las acciones de enfermería independientes: donde se incluyen los cuidados directos y la enseñanza, proporcionando un medio de apoyo y recuperación. El objetivo de los cuidados de enfermería es lograr una recuperación eficaz y buena adaptación fisiológica durante el puerperio y facilitar la transición familiar para la integración del nuevo miembro. La enfermera, debe determinar, con cuidado, las intervenciones prioritarias para identificar y evitar las posibles complicaciones y satisfacer las necesidades de la parturienta y familia.

La paciente pasa del salón de parto al cubículo de alojamiento conjunto, que consiste en la convivencia permanente las 24 horas de la madre y el niño desde el mismo momento del nacimiento. Esto facilita y estimula la alimentación frecuente, a libre demanda y sin demora; teniendo la ventaja de que: la madre cuida mejor a su hijo y satisface de inmediato sus demandas, aprenden a conocerse tempranamente, facilita el adiestramiento de la madre en el amamantamiento y cuidado del niño por su parte la enfermera debe:

- ✓ Vigilar las características del sangrado (cantidad, color y presencia de coágulos). El sangrado excesivo del útero se considera un signo evidente de hemorragia.
- ✓ Debe cuantificar la hemorragia inspeccionando la toalla sanitaria que se encuentra en el perineo y el introito vaginal, identificando si es abundante, moderada o escasa.
- ✓ Vigilar el estado del útero. Se palpa el fondo para asegurarse de que permanezca firme y bien contraído; si en el examen se percibe que está muy suave (atónico), se debe dar masaje intermitente sobre el fondo con la punta de los dedos hasta que quede firme y conserve su tono. Cuando el masaje no produce una contracción adecuada en un lapso corto, o si hay hemorragia abundante aunque el fondo se sienta firme, debe notificar al médico de inmediato.
- ✓ Medir pulso y presión arterial cada ½ hora durante las primeras 2 horas y luego cada 1 hora.
- ✓ Observar características de la herida y estado del periné. Se examina el periné y se palpa para detectar signo de complicación como: hematoma, equimosis, sensación de dolor o signos de infección.
- ✓ Con relación a la diuresis es conveniente orientar a la puérpera que vacíe su vejiga en las primeras horas después del parto para evitar que se distienda.

- ✓ Valorar el estado de la vejiga mediante la palpación abdominal, percusión y observación. La diuresis debe ser espontánea, de no producirse, se realiza sondaje vesical con medidas de asepsia y antisepsia. Un globo vesical asciende el fondo del útero e impide que se contraiga (atonía uterina secundaria), lo que motiva un sangrado abundante.

4.2 Posibles diagnósticos durante el puerperio.

El personal de enfermería al valorar a la puérpera se puede encontrar con los diagnósticos siguientes:

1. Riesgo de infección, relacionado con trabajo de parto prolongado.
2. Dolor, relacionado con efectos de la episiorrafia.
3. Riesgo de déficit del volumen de líquido, relacionado con posibles pérdidas hemáticas.
4. Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con la disminución del apetito.
5. Termorregulación ineficaz, relacionada con posible deshidratación.
6. Insomnio, relacionado, con cambios ambientales.
7. Lactancia materna ineficaz, relacionada con mala técnica.
8. Fatiga, relacionada con trabajo de parto prolongado.
9. Déficit de autocuidado (baño-higiene), relacionado con dolor y fatiga.
10. Conocimientos deficientes, relacionado con las técnicas de la lactancia.
11. Trastorno de la imagen corporal, relacionado con un aumento excesivo de peso durante el embarazo.
12. Retención urinaria, relacionada con una distensión vesical.
13. Riesgo de infección, relacionado con un parto prolongado, ruptura prematura de membrana, parto de urgencia, falta de conocimiento de las medidas higiénicas y de prevención.
14. Estreñimiento, relacionado con la distensión del tracto gastrointestinal y/o falta de tono de la musculatura intestinal, presencia de hemorroides y presencia de episiotomía.

La atención que brinda la Licenciada en Enfermería y Obstetricia es de carácter integral, debido a que cuenta con los conocimientos respecto a las complicaciones que pueden presentarse durante cualquiera de los períodos del trabajo de parto y el puerperio; prevenir, diagnosticar y proporcionar un tratamiento o seguimiento es fundamental en el ejercicio profesional como personal de la salud.

El ejercicio de una metodología específica como el proceso de atención enfermería es vital ya que permite proyectar una introspección personalizada que se hace de las pacientes con hemorragia postparto, un diagnóstico propio de acuerdo a la situación o padecimiento de las pacientes y una evaluación de acuerdo al desarrollo y resultado que se obtiene después de las intervenciones específicas de enfermería.

A su vez debe contar con los materiales para el pleno ejercicio de su profesión para que ser capaz de resolver problemas que se presenten en el ejercicio de su labor ante el tratamiento de esta complicación postparto.

CONCLUSIONES.

La hemorragia postparto ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad obstétrica en el mundo. El personal de enfermería, profesional y auxiliar, es el encargado de brindar a la mujer y a su hijo un cuidado de calidad durante el trabajo de parto, parto y postparto, ya sea normal o complicado. Es fundamental que el personal de enfermería tenga claro los cuidados que las mujeres esperan recibir desde una mirada de cuidado humanizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que cada año en el mundo mueren 575.000 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El 99 % de estos eventos ocurre en países no desarrollados. Asimismo, el 75 % de las muertes maternas se deben a causas como hemorragia, infección, hipertensión, parto obstruido, complicaciones del aborto y hemorragia postparto, siendo esta última la principal causa de muerte materna a nivel mundial y la responsable de casi la mitad de las muertes maternas en los países en desarrollo. La hemorragia postparto se define como un sangrado anormal de hasta dos horas luego del nacimiento del bebé, y cuya severidad se determina en conjunto con la evaluación de otras manifestaciones clínicas.

El personal de enfermería puede constituirse en un factor clave para garantizar la calidad de la atención a través del cuidado, que debe estar fundamentado en el respeto por la dignidad y las necesidades de las mujeres y sus familias.

Asimismo, se debe entender que el concepto de salud tiene un significado diferente para cada persona, dependiendo del contexto, los estilos de vida, la cultura y la situación de salud vivida. Por tanto, el cuidado de enfermería para las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el postparto debe estar encaminado a promover el bienestar de la mujer y de su hijo, teniendo en cuenta las necesidades individuales y las complicaciones que se puedan presentar.

El cuidado es intrínseco al quehacer de enfermería porque permite la interacción entre el personal de enfermería y la persona sujeto del cuidado, tanto en su aspecto físico, como emocional y social. El concepto de cuidado ha evolucionado a través del tiempo y de las culturas, redefiniendo así el cuidado en enfermería y planteando la enfermería como una disciplina independiente que apoya a las personas en los momentos de salud y enfermedad.

Diferentes pensadoras de la disciplina han definido el cuidado desde diversas perspectivas. Sin embargo, según la teoría de Jean Watson quien en 1979 definió su filosofía del cuidado como una forma de ver e interpretar el mundo, y concibió el cuidado humano como un proceso de cuidar-sanar, el cual es transpersonal y está dirigido a la promoción de la armonía cuerpo-alma de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado, integrando los valores y las creencias de cada una.

En el cuidado es significativo tanto el conocimiento científico como el conocimiento innato de que cada persona, siendo de gran relevancia, en el contexto científico, la investigación y la preparación como compromiso ético del personal de enfermería.

Diferentes pensadoras de la disciplina han definido el cuidado desde diversas perspectivas. Sin embargo, según la teoría de Jean Watson quien en 1979 definió su filosofía del cuidado como una forma de ver e interpretar el mundo, y concibió el cuidado humano como un proceso de cuidar-sanar, el cual es transpersonal y está dirigido a la promoción de la armonía cuerpo-alma de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado, integrando los valores y las creencias de cada una.

En el cuidado es significativo tanto el conocimiento científico como el conocimiento innato de que cada persona, siendo de gran relevancia, en el contexto científico, la investigación y la preparación como compromiso ético del personal de enfermería.

Es de suma importancia mantener el ejercicio de la investigación en el personal de enfermería debido a la necesidad de actualización continua para un correcto ejercicio de las prácticas profesionales en instituciones de salud, educativas y preventivas.

Con la realización de esta investigación enfocada a la incidencia de la hemorragia postparto se encontró una serie de teorías y prácticas para el tratamiento y resolución de esta complicación obstétrica de manera general encontrando por parte de diversos autores similitudes generales desde las causas hasta los tratamientos; haciendo énfasis en la prevención por parte de las mujeres en estado de gravidez, se menciona también cómo el personal de enfermería cumple una función importante en el momento de intervenir cuando ocurre esta emergencia obstétrica.

Los objetivos en esta investigación fueron alcanzados por la profundización de las investigaciones respecto a la búsqueda de causas, tratamiento y complicaciones; así como la búsqueda de métodos o planeaciones para educar y difundir información a mujeres embarazadas acerca de la conciencia y conocimiento que conlleva el embarazo, el parto y el puerperio.

BIBLIOGRAFÍA.

Knight, M. et al. (2009) **“Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group”**. BMC Pregnancy and Childbirth, p.9:55.

Cunningham F, 2006. **“Obstetricia de Williams”** Vigésimo segunda Edición.

Miralles R. **“Atonía uterina como causa más frecuente de histerectomías postparto”**. Ginecología y obstetricia clínica. ISSN 1695- 3827, Vol. 7, N°. 1, 2006.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), **“Salud materna y neonatal”**. Diciembre de 2008.

Smith J, Brennan B. Postpartum Hemorrhage. **“Medicine Obstetrics and Gynecology”**, Sep.2009.

Sobieszczyk S, Bręborowicz G. **“Management recommendations for postpartum hemorrhage”**. Department of Perinatology and Gynecology, Medical University, Poznań, Poland. Archive of perinatal medicine 2004.

Sosa C, Althabe F, Belizán J. **“Factores de riesgo de hemorragia postparto en partos vaginales en una población de América Latina”**. Obstetrics & Gynecology 1313 - 1319; Vol. 113;6. Junio 2009.

Rodríguez E. **“Atonía uterina: estudio descriptivo y factores asociados”**.
Ed. Porrúa, México, 2006.

Walraven G.” **Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial.** “. British journal of obstetrics and gynaecology 2004.

Hofmeyr J, Ferreira S, Nikodem C, Mangesi L, et al.” **Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial”**.
BioMed Central Pregnancy and childbirth 2004.

Abou-Zahr C . **“The global burden of maternal death and disability”**.
British medical bulletin 2003.

Traverse, L.W.; Bellamy, R.F; Hollenbach, S.J. **“Hypertonic sodium chloride solutions: Effect in hemodynamics and survival After haemorrhage in swine”**. J. Trauma. 1989.

Armistead, C. **“Hypertonic saline solution Hetastarch for fluid resuscitation in experimental shock”**. Anesth. Analg. 1989.

Barrea Ortega, **“Reanimación con solución salina hipertónica, una alternativa en Cirugía”**. Rev. Cubana Cir., abr. sep. 2005, Vol. 44, N° 2-3.

“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, México D.F.. 2004. 5.

UNICEF. **“Guías técnicas del seguro básico de salud.”** La Paz, MSPS, ene. 2001.
p.96-100. 7. AGREE Collaboration (2003)

