

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO
DE LA HEMORRAGIA POSPARTO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CHAVEZ HERNANDEZ DEIDENI

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. NORMA MARIA SANCHEZ MARTINEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2018





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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Intervenciones de Enfermería en el Tratamiento de la Hemorragia Posparto

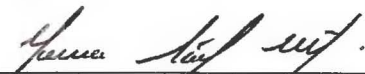
Elaborado por:

1.	<u>CHAVEZ</u>	<u>HERNANDEZ</u>	<u>DEIDENI</u>	Núm. de cuenta:	<u>413503970</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

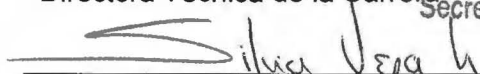
Ciudad de México a 12 de abril 2018

Nombre y firma del Asesor



Lic. Enf. Norma María Sánchez Martínez

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera



Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal

Escuela de Enfermería

DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

DEDICATORIA:

A Dios por permitirme despertar cada mañana y a la mujer que siempre ha estado a mi lado en mis alegrías, enojos, frustraciones, triunfos, derrotas y en cada etapa de mi vida. Y aún sigue apoyándome con mi hijo, sin ella nunca hubiera logrado la culminación de mis estudios.

Gracias Mamá: Sra. Yolanda Hernández Olvera.

AGRADECIMIENTO:

Doy mi más profundo y cordial agradecimiento a las maestras: Lic. Enf. Norma María Sánchez Martínez por su paciencia, Lic. Enf. Rosa María García Álvarez y a la Lic. Enf. Bertha Elsa Bravo González por la asesoría, recomendaciones para la realización de la presente tesina.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO

- General
- Especifico

CONTENIDO.

CAPITULO I. MARCO LEGAL.

Ley general de salud. 1

Normas oficiales mexicanas. 2

CAPITULO. II. MARCO HISTÓRICO. 4

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO.

Puerperio. 7

Hemorragia posparto. 9

• Epidemiología. 9

• Clasificación. 11

• Fisiología. 12

• Factores de Riesgo. 12

Etiología de acuerdo a nemotecnia de las "4 T". 14

1. TONO. 15

2. TEJIDO. 15

3. TRAUMA. 16

4. TROMBINA. 17

Manifestaciones clínicas (signos y síntomas). 19

Complicaciones.

• Choque hipovolémico. 20

• Fallo Renal (Insuficiencia Renal Aguda). 21

• Síndrome de Seehan. 22

• Coagulación Intravascular Diseminada (CID). 23

Diagnóstico.	24
Tratamiento	28
Tratamiento Inicial.	29
Tratamiento con soluciones.	31
Tratamiento secundario.	32
Tratamiento de acuerdo a nemotecnia de las 4 “T”	
TONO	32
Atonía uterina.	33
Fármacos uterotónicos.	33
Alcaloides ergotónicos.	34
Prostaglandinas.	35
Físicos.	37
Quirúrgico.	37
Técnicas conservadoras del útero.	39
Técnicas quirúrgicas que extraen el útero.	40
TEJIDO.	40
• Placenta retenida.	40
• Restos placentarios	41
• Placenta ácreta.	42
TRAUMA.	42
• Desgarro vaginal.	42
• Desgarro perianal.	43
Inversión uterina.	44
Rotura uterina.	45
Transfusional.	45
Código mater.	47
• Responsabilidades y funciones del equipo de salud.	52
Caja roja.	53
CAPITULO IV. MARCO REFERENCIAL.	54
Concepto de enfermería.	54

Concepto de intervención.	55
Filosofía de enfermería.	58
El cuidado como objeto de estudio	60
Meta paradigma de enfermería	67
Intervenciones de enfermería en el trabajo de parto y parto.	71
Intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico.	74
Intervenciones de enfermería en la hemorragia posparto.	87
Intervenciones de enfermería en la cirugía de urgencia.	96
CONCLUSIONES.	97
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.	98
BIBLIOGRAFÍA.	106
ANEXOS.	107
• Triage obstétrico.	

INTRODUCCIÓN.

La siguiente investigación se refiere al tema de intervenciones de enfermería en el tratamiento de la hemorragia posparto y se define como la pérdida sanguínea mayor a 500ml o un descenso del 10% o más del hematocrito durante las primeras horas después del parto y mayor de 1000ml después de una operación cesárea. Esta definición presenta algunos problemas que dependen de la condición hematológica y volumétrica de la cual se parte, por lo que se redefine como cualquier pérdida hemática que no puede ser compensada fisiológicamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registra aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragia posparto, dejando complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente. La hemorragia posparto es por consiguiente una de las causas más comunes de muerte materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo.¹

Para analizar la problemática de la hemorragia posparto es necesario mencionar las causas. Algunas de ellas son la atonía uterina, la anemia como las más principales sin olvidar la retención de restos placentarios, rotura uterina, inversión uterina, desgarros del canal de parto pueden ser fácilmente previsibles a un costo bajo. En la mayoría de los casos ocurre en el puerperio inmediato (dentro de las primeras 24 horas después del parto).

La investigación de esta problemática en salud pública se realizó por el interés de conocer las principales razones de porque ha incrementado el número de muertes maternas siendo una complicación que constituye una urgencia obstétrica de modo tal que existe el peligro de perder un órgano o hasta la vida. Dando a conocer las intervenciones de enfermería en el tratamiento de la hemorragia posparto de manera eficaz, adecuada y profesionalmente en el ámbito hospitalario sea público o privado.

¹ OMS. Manejo de las complicaciones en el embarazo y parto. Ginebra OMS 2012. Pág. 150

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en cualquier etapa del puerperio. Actualmente la mejor atención obstétrica, mayor disponibilidad y el mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5%, si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos sigue siendo una de las primeras causas de muerte materna en el mundo.²

El contenido de la tesina se divide en 4 capítulos:

Capítulo I: Marco legal.

Haciendo hincapié en la normatividad mexicana para el correcto actuar del personal de salud.

Capítulo II: Marco histórico.

Se resume el inicio en la atención del parto y cómo ha evolucionado.

Capítulo III: Marco Teórico.

Abarca todo lo referente a la hemorragia posparto desde su definición, clasificación, factores de riesgo, nemotecnia de las "4T" hasta la activación del código mater.

Capítulo IV: Marco referencial.

Se da a conocer una breve reseña de la filosofía de enfermería, intervenciones de enfermería en el puerperio fisiológico, atención de la hemorragia posparto, en cirugía de urgencia.

²Hemorragia postparto-Artículo 2013 [en línea]. México [fecha de acceso 14 de Febrero de 2018]. URL disponible en:<http://www.recyt.fecyt.es/index.php>

JUSTIFICACIÓN.

La siguiente investigación documental es una de las maneras de llegar al conocimiento y da la pauta para conocer las intervenciones de enfermería en el tratamiento de la hemorragia posparto, en colaboración con el equipo de salud desde la aplicación del triage obstétrico para la oportuna detección de las pacientes con signos y síntomas de gravedad, así obtener una atención rápida durante la emergencia desde su ingreso al área de urgencias.

Las primeras dos horas posteriores al alumbramiento, constituyen un periodo crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer.

La contribución que realiza la licenciada en enfermería deben ser intervenciones de forma integral, eficaz, oportuna, dependiendo de la etapa donde se encuentra la paciente dentro de la hemorragia posparto. A la vez se debe brindar apoyo inmediato al ERIO (Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica) con las actividades previamente asignadas conociendo y capacitándose constantemente al mismo tiempo conocer la labor que realiza cada integrante del equipo.

La razón de la mortalidad materna calculada es de 20.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una reducción de 55.8% respecto a lo registrado a la misma fecha del año pasado.

En la primera semana de enero del 2017 se registraron 9 defunciones, en tanto que para el mismo periodo del 2016 se registraron 20 defunciones, lo descrito representa una disminución de 11 defunciones (55%).

Las principales causas de defunción son: enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio 35.3%, hemorragia obstétrica 11.1%, siendo los estados con mayor número de defunciones: Puebla 22.2%, Chiapas 11.2%, Ciudad de México 11.1%, Jalisco 11.1%, Nuevo León 11.1%, Sinaloa

11.1%, Sonora 11.1%, y Veracruz 11.1%, en conjunto suman el 66.7% de las defunciones registradas.³.

Se analizara de manera amplia la situación de salud relacionada a la maternidad de acuerdo a las complicaciones como: la atonía uterina, desgarros en el canal de parto, retención de restos placentarios, inversión uterina y rotura uterina, causantes de la mortalidad materna, encontrando determinantes sociales, culturales y de salud destacando principalmente la hemorragia posparto, productos macrosómico, periodo intergenésico corto, obesidad, anemia y falta de seguimiento en su control prenatal.

Por lo anterior se considera importante realizar la siguiente investigación bibliográfica, ya que las estadísticas muestran la incidencia de muerte materna por hemorragia posparto no ha disminuido en los últimos años, a causa del mal manejo de las pacientes con mayores factores de riesgo, siendo valoradas inadecuadamente por el equipo de salud calificado, un mal control prenatal por parte de la paciente, sin olvidar la prevención en el tercer periodo del trabajo de parto como: tracción y contracción controlada del cordón umbilical, masaje uterino posparto, mencionadas en las recomendaciones de la OMS.

La adecuada valoración en el triage obstétrico es fundamental para situar a la paciente en el tipo de emergencia que se presente en el momento de la atención y tenga un mejor porcentaje de sobrevivida. Al momento de ser detectada una emergencia obstétrica se debe llamar al Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) o Código Mater que cuenta con personal previamente capacitado, calificado en la hemorragia obstétrica. Ya sea en el área de tococirugía o quirófano donde también se puede presentar una emergencia obstétrica.

³ Dirección General de Epidemiología (DGE), Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica [en línea]. México; 2017 [fecha de acceso 08 de Enero de 2018].
URL disponible en:<http://www.omm.org.mx>

El siguiente trabajo de investigación documental tuvo como fin que la licenciada en enfermería conozca los cuidados en el periodo del puerperio para ayudar a que la salud de la mujer que se vea comprometida en alguna complicación como lo es la hemorragia posparto, teniendo claro los conocimientos para la oportuna evaluación y valoración céfalo-podal como la vigilancia de los loquios, palpación del globo de seguridad de Pinard, control de líquidos ingeridos y eliminados, canalización de dos vías periféricas, para así detectar cualquier complicación que pueda estarse dando y de esta forma poder realizar las intervenciones y cuidados de enfermería de manera profesional vigilando el correcto actuar para el pronto restablecimiento de la salud en la mujer.

OBJETIVO GENERAL.

Describir las intervenciones de enfermería en el tratamiento de la hemorragia posparto dentro del ámbito hospitalario, mediante la revisión de diversos documentos oficiales alusivos al tema.

OBJETIVO ESPECIFICO.

- Analizar la situación actual de la hemorragia posparto en México.
- Identificar las causas de la hemorragia posparto.
- Describir el tratamiento de la hemorragia posparto.
- Clasificar las Intervenciones de enfermería en el tratamiento de la hemorragia posparto.

CAPÍTULO I

MARCO LEGAL.

LEY GENERAL DE SALUD.

CAPITULO V. Atención Materno–Infantil.

Artículo 61. El objetivo del presente capítulo es la protección materno–infantil y la promoción de la salud materna, que abarca desde el embarazo, parto, posparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno–infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera:

I Bis. La transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal.

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención, detección de las condiciones y enfermedades hereditarias, congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba de tamiz ampliado y su salud visual.

III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro.

IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera y tratamiento en todos sus grados.

V. El diagnóstico oportuno y atención temprana en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como

la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteroposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida.

VI. La atención del niño, su vigilancia durante el crecimiento, desarrollo, promoción de la integración y del bienestar familiar.

Artículo 61 Bis. Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el capítulo IV del Título Tercero de esta Ley con estricto respeto de sus derechos humanos.

Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités en la prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar, evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 64 Bis. Los servicios de salud que hace referencia al artículo 34 de la presente ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.⁴

NORMAS OFICIALES MEXICANAS.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, Expediente clínico.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

⁴Ley General de Salud [en línea]. México: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación; 1984, última reforma publicada DOF 17 de Noviembre de 2017. [fecha de acceso 17 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-022-SSA3-2012, Que constituye las condiciones para la administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. (Expediente electrónico).

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SSA1-2002, Protección ambiental–salud ambiental. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos. Clasificación y especificaciones de manejo.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-094-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas de silicón para drenaje urinario modelo foley.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

CAPÍTULO II

MARCO HISTÓRICO.

Desde la antigüedad en la mayoría de las sociedades el arte de asistir partos ha estado en manos de mujeres que ya habían pasado por esa experiencia. Figuras arqueológicas muestran a diosas y mujeres pariendo en distintas posiciones, sus gestos y actitudes son un reflejo de las prácticas tradicionales con respecto al parto.⁵

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, en casa de la embarazada.

Fray Bernardino de Sahagún relata cómo la joven al embarazarse avisaba a sus padres, siendo motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva.

A los 7 u 8 meses volvían a reunirse en casa de los padres de la joven para comer y beber, con el fin de conocer a la partera que había de intervenir el parto.

La *Tlamatquiticitli*, era la partera entre los aztecas. Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres, tenía la categoría de sacerdotisa, socializadora, consejera en asuntos matrimoniales, educadora en salud.

1840: Apareció el reglamento Particular de la Enseñanza Médica, que considero un curso sobre partos para las matronas del hospital San Miguel, señalando además que “Las parteras debían ser casadas (con consentimiento de su marido)

⁵Castán S., Tobajas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

o viudas, haber llevado el curso y practicado bajo el cuidado de una matrona por dos años”.⁶

Es cierto que la ayuda de la mujer en su trabajo de parto es una de las actuaciones médicas más antiguas, probablemente generalizada entre las tribus de cromañón, donde encontraríamos los ancestros de las actuales comadronas. Entre ellas se transmitirían las actuaciones que empíricamente daban buenos resultados en los casos de partos dificultosos, y así se creó una “proto-obstetricia”. Fue a partir del renacimiento, con los avances de la anatomía cuando apareció el médico partero, y se idearon técnicas para aplicar ante las llamadas distocias. En el siglo XVII Francois Mauriceau, quien ha sido el creador del arte de partear, la mayoría de sus maniobras y consejos a seguir, tanto en los partos normales como en los distócicos, continúan teniendo vigencia.

El Dr. Raúl Lucio Nájera escribió y también publicó “Breves consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades”, un “Cuadro sinóptico de obstetricia” y un “Manual del arte de partos”.

El Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los “Apuntes sobre puericultura uterina”, el cual incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa-efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido, aquí planteaba la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y postnatal.

La asistencia del parto lo debemos a Fleming, el padre no reconocido de la obstetricia actual, gracias a los antibióticos, la cesárea pasó hacer una intervención más dentro de la tococirugía.⁷

⁶ Alfaro N., Villaseñor M., Valadez I., Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. medigraphic Artemisa [en línea]. 2014 [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]; No.1 URL disponible en:<http://www.medigraphic.com>

⁷Clavero J. A., Historia del Parto. Madrid Real Academia Nacional de Medicina; 2016.

1930: Emergieron dos factores importantes para la reducción de la muerte materna, la introducción de la ergometrina y las transfusiones de sangre facilitadas por el equipo de urgencia obstétrica.

Históricamente, Credé fue el primero en introducir el manejo activo del tercer periodo del parto; conducta vigilante y si era necesario tracción delicada de la placenta.

1970: Supuso el gran cambio en la atención del parto, pasando de ser un acontecimiento perteneciente al ámbito privado a una asistencia hospitalaria profesional, pública, que ha introducido nuevas formas de percibirlo, nombrarlo y representarlo. Sin embargo hay que considerar el planteamiento antropológico que va más allá de la gran reducción de la morbimortalidad materno-fetal que los avances científicos han proporcionado a la sociedad actual.

1997: Con motivo de la inauguración del congreso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en Copenhague y haciendo referencia a ese aspecto del problema, el presidente de la FIGO dijo: “Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podamos tratar, están muriendo por que las sociedades no han tomado aún la decisión si esas vidas valen la pena ser salvadas”.

El modelo de atención al parto ni es único ni “natural”, desde el punto de vista profesional, plantea la necesidad de flexibilizar los cuidados y adaptarse a las necesidades de las mujeres, que no son sólo biológicas, sino también sociales y culturales.⁸

⁸ Castán S., Tobajas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO.

PUERPERIO

CONCEPTO.

Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

Este periodo se extiende convencionalmente desde la finalización del periodo de post alumbramiento (trabajo de parto) hasta 45 - 60 días posparto.⁹

ETAPAS DEL PUERPERIO.

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas y se pone en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio mediato: Abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos y comienza la lactancia materna.

Puerperio tardío: Se extiende aproximadamente hasta los 45 días o 6 semanas posparto.

FISIOLOGÍA DEL POSPARTO.

Puerperio Inmediato: En este proceso el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia uterina.

En el alumbramiento, se produce el desprendimiento, expulsión de la placenta y las membranas ovulares, este se produce al nivel del límite entre la decidua

⁹Parte VI Puerperio [en línea]. México, 2014. [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.sld.cu>

compacta y esponjosa; queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego dos mecanismos.

La retractibilidad: Fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.

La contractibilidad: Fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temprano de la fibra muscular uterina.¹⁰

Placenta y decidua basal.

Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina “Globo de Seguridad de Pinard”, periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados “entuetos”, el fondo uterino se ubica a nivel umbilical.

La hemostasia lograda no es total se pierden pequeñas cantidades de sangre roja rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales se denomina “loquios”, en las primeras 24 horas, estos son hemáticos y se pierden aproximadamente 500cc de sangre.¹¹

Decidua basal luego del desprendimiento placentario.

En este periodo aparecen episodios de escalofríos, palidez generalizada, pueden durar minutos o prolongarse, existen dos mecanismos fisiológicos:

1. Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que se trata de compensar con temblor.

¹⁰Casella C. A., Gómez V. G., Maidena D. Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]; no. 100. Pág.: 2-6.

¹¹Aguarón G. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio. Lactancia materna [en línea]. Complejo hospitalario universitario de Albact; 2012[fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.chospab.es>

2. Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, provocando una bacteriemia acompañada de escalofríos y temblores.¹²

HEMORRAGIA POSPARTO.

CONCEPTO.

Es la pérdida sanguínea mayor o igual a 500ml.

Se divide en menor cuando la pérdida oscila entre los 500 y 1000ml.

Mayor cuando es más de 1000ml.

Moderada cuando la pérdida sanguínea se encuentre entre 1000 y 2000ml.

Severa cuando es más de 2000ml.¹³

EPIDEMIOLOGÍA.

Las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo son la hemorragia posparto y la hipertensión, que en su conjunto representan el 50%, de las causas de mortalidad materna. Según la OMS, en 2008 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de mortalidad materna a nivel mundial, un 25% de las muertes maternas totales, independientemente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país.

El 99% de las muertes maternas ocurrieron en países en vías de desarrollo cabe destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud, como la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir su ocurrencia de la hemorragia posparto.

Las razones que explican esta elevada incidencia son: La falta de acceso al parto asistido por personal capacitado, la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento, cuando la paciente es asistida en los servicios de salud,

¹² Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto [en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2014[fecha de acceso 23 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.apps.who.int>

¹³ Austurizaga P., Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz 2014; 20(2): 2

la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado remplazo del volumen, son la razón principal de muerte materna¹⁴

La FIGO en la tasa de muertes maternas por hemorragia posparto, varía un 30% en tasas superiores del 50% en diferentes países y comunidades. La meta planteada para 2015 es reducir un 75% la mortalidad materna por hemorragia posparto con medidas preventivas y tratamientos adecuados.¹⁵

Panorama en México.

El Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) señala que la mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, pero también de derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social.

Condiciones médicas persistentes agravadas por el embarazo:

Diabetes, paludismo, VIH, obesidad	28%
Hemorragias graves.	27%
Infecciones (generalmente después del parto).	11%

De manera global en el 2010 por muertes maternas:

Estado de México.	119	12%
Veracruz.	78	7.2%
Distrito Federal.	76.....	7.7%
Baja California Sur.	-----	
Colima.	-----	
Campeche y Nayarit.	8	0.8%

Si bien las anteriores causas señaladas como las principales, cabe mencionar que existen otros factores que influyen en esta problemática como lo señala la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:

¹⁴ Toledo L., Hemorragia Postparto. Revista Médica La Paz 2015, 27(8): 6.

¹⁵ Solari A., Hemorragia del Postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes 2014; 25 (6):993 -1003.

- La edad en que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos.
- El intervalo entre los nacimientos.
- El número total de embarazos a lo largo de la vida reproductiva.
- Las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres.

De acuerdo con el CONEVAL, las largas trayectorias que llevan a cabo las mujeres para la atención de la emergencia obstétrica y la anemia se consideran dentro de las principales causas de muerte materna.¹⁶

CLASIFICACIÓN.

La hemorragia obstétrica puede presentarse en diferentes periodos de tiempo y se dividen en:

Anteparto: Hemorragia hasta antes del parto.

Posparto:

Primaria: Dentro de las 24 horas posteriores del parto, cuando es mayor de 500ml en el parto vaginal y más de 1000ml en la cesárea.

Secundaria: Cuando se presenta posterior a las 24 horas del parto y hasta las 6 semanas del puerperio.¹⁷

¹⁶ Gamboa C., Valdés S. Mortalidad materna en México. [en línea]. México, D. F.; 2015 [fecha de acceso 30 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>

¹⁷ Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia, Guía de Práctica Clínica [en línea]. México, Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en <http://www.cenetec-difusion.com>

FISIOLOGÍA.

Para comprender las causas y el tratamiento de la hemorragia posparto, es importante en primer lugar, entender los mecanismos mediante los que se puede evitar la hemorragia durante el embarazo normal. La pérdida de sangre por el útero grávido a término oscila entre 800 a 1000 ml/min, pudiendo perderse enormes cantidades de sangre con rapidez.

Algunos de los aspectos en los cambios cardiovasculares inducidos por el embarazo protegen contra los efectos de la hemorragia. Al término del embarazo el gasto cardíaco se ha incrementado en un 50%, el volumen de eyección en un 25% y el volumen de sangre de 70ml/kg a casi 100ml/kg.

La taquicardia puede ser el único signo de hemorragia posparto hasta que el 30-40% del volumen circulatorio se haya perdido, que es cuando la hipotensión y la vasoconstricción periférica se desarrollan.

El flujo sanguíneo uterino aumenta desde <5% a 12% del gasto cardíaco durante el embarazo (700–900ml/min.). Por lo tanto, la pérdida de sangre desde el lecho uteroplacentario puede ser activo y difícil de controlar.¹⁸

FACTORES DE RIESGO.

Las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada, en muchos casos la hemorragia posparto puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial, la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que mujeres consideradas de alto riesgo sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería ventajoso para ellas ni para los sistemas de salud.

¹⁸Campos D., Villarreal G., Hemorragia Postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica (Costa Rica) 2014; LXXI (613): 785 – 788.

A continuación se presentan los factores de riesgo para la presencia de hemorragia posparto.

A. Presentes antes del parto asociados a un incremento sustancial de la incidencia de hemorragia posparto.	
A las mujeres con estos factores de riesgo se les aconseja la atención del parto en centros de mayor complejidad	
Factor.	4T
Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario.	Trombina
Placenta previa conocida.	Tono
Embarazo múltiple.	Tono
Preeclampsia hipertensión gestacional.	Trombina

Cuadro No.1: Campos D., Villarreal G. Hemorragia posparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica (Costa Rica) 2014; LXXI(613): 785-788. Pág.: 786

B. Presentes antes del parto asociados a un incremento bajo de la incidencia de hemorragia posparto.	
Se debe tomar en cuenta al discutir el lugar donde se atenderá el parto.	
Factor	4T
Hemorragia posparto previa.	Tono
Obesidad (IMC >35).	Tono
Anemia (Hb <9g/dL).	-----

Cuadro No. 2: Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014. Pág.: 110.

C. Presentes durante el trabajo de parto y parto.

Estas pacientes requieren vigilancia adicional por el personal que atiende el parto y puerperio.

Factor	4T.
Cesárea de emergencia.	Trauma
Cesárea electiva.	Trauma
Inducción del trabajo de parto.	-----
Placenta retenida.	Tejido
Episiotomía medio – lateral.	Trauma
Parto vaginal asistido (fórceps/vacum).	Trauma
Trabajo de parto prolongado (>12 horas).	Tono
Macrosomía fetal (>4kgs.).	Tono/Trauma
Pirexia durante la labor	Trombina
Edad mayor de 40 años, primípara	Tono

Cuadro no. 3: Campos D., Villarreal G. Hemorragia postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica (Costa Rica) 2014; LXXI (613): 785-788. Pág.: 787.

Los Factores de Riesgo se pueden clasificar en:

PRIMARIAS-	SECUNDARIAS.
<ul style="list-style-type: none"> -Cirugía uterina previa. (anomalías de la adherencia placentaria) -Cesárea posterior (anomalías de la adherencia placentaria). -Inversión uterina aguda (en las primeras 24 hrs). -Coagulopatías congénitas (Hemofilia A, Enf. De Von Willebrand) -Atonía uterina (sobre distensión uterina, fatiga uterina.) -Parto asistido con fórceps. -Desgarro vaginal y perianal. -Periodo expulsivo prolongado. -Trabajo de parto prolongado (superior a 15–18 horas). -Placenta retenida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Coagulopatías congénitas (Hemofilia A, Enf. De Von Willebrand) -Dehiscencia de cicatriz de cesárea. -Inversión uterina subaguda (entre las 24 horas postparto y 4 semanas posteriores). -Dehiscencia secundaria a la episiotomía. -Infección en la línea de sutura. -Múltiples tactos durante el parto. -Corioamnionitis. -Extracción manual de la placenta. -Retención de restos placentarios.¹⁹

Cuadro No. 4: Silvares A., Rubio C. Hemorragia postparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex (México) 2017; 85 (4): 254-266. Pág.:258.

ETIOLOGÍA.

Las causas de la hemorragia posparto deben identificarse tomando en cuenta, la nemotecnia (“4T”).

1. Tono (atonía uterina).
2. Tejido (retención de productos de la concepción).
3. Trauma (lesiones del canal genital).
4. Trombina (alteraciones de la coagulación).

¹⁹ Silvares A., Rubio C., Hemorragia postparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex (México)

1. TONO.

Atonía uterina.

Es la pérdida de la musculatura del útero por un consecuente retraso en la involución uterina, se caracteriza por falta de contractilidad adecuada de las fibras miométriales después de un parto fisiológico o una operación cesárea, que impide realizar una hemostasia fisiológica.

La atonía uterina es la causa más frecuente, siendo responsables del 80–90% de las hemorragias posparto.

2. TEJIDO.

Retención de la placenta o de restos placentarios (<3%). Consiste en la ausencia del alumbramiento de la placenta después de 15 a 30 minutos, o la retención de tejido placentario y de membranas después de la expulsión de la placenta.

Retención de restos placentarios y/o coágulos.

Es la tercera causa en frecuencia dentro de la hemorragia posparto. La salida de la placenta tiene lugar dentro de los primeros 15 a 30 minutos, tras el parto, lo cual no sucede puede deberse a una placenta adherente por una implantación anormal de la misma.

Se clasifica en:

Retención total: Se hace evidente cuando transcurren 15 minutos después de la expulsión del producto que no sale la placenta, obedece a la falta de contracción y retracción uterina adecuadas que impiden el desprendimiento placentario.

Retención parcial: Existe adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua.²⁰

Como pueden ser las placentas Ácreta 80%, Íncreta 15% o Pércreta 5%.

²⁰ Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.

El acretismo placentario es poco frecuente 1 entre 2500 partos, aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente.²¹ El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas.

3. TRAUMA.

Desgarros del canal de parto.

A pesar de que el parto es un acto fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, con frecuencia resulta traumático y produce lesiones diversas en las estructuras blandas que cubren la pelvis.²²

En la hemorragia por desgarro, el inicio es inmediato tras la expulsión fetal, aunque puede aparecer tras el alumbramiento de la placenta. La forma de sangrado es constante, con útero firme, contraído, la sangre es de color rojo y sin coágulos.

Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto, la severidad de las lesiones varía de acuerdo con su extensión y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical.²³

Tipos:

Desgarro vaginal.

Es la pérdida de la integridad de la vagina y se produce en el periodo expulsivo.

²¹ Pérez S., Karlsson H., Hemorragia postparto. scielo [en línea]. 2013, [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]; No. 32 URL disponible en: <http://www.scielo.iscii.es>

²² Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.

²³ Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

Desgarros perianales.

Son unas de las complicaciones maternas más comunes del parto fisiológico, sucede con una frecuencia del 2–15%.²⁴

Clasificación:

Primer grado: Comprende la mucosa vaginal, horquilla y piel del periné.

Segundo grado: Comprende el cuerpo perianal, lesionando el músculo transverso del periné y exponiendo el esfínter.

Tercer grado: Abarca el cuerpo perianal, con lesión al esfínter rectal y los músculos perianales profundos. Si solo se lesiona el esfínter se le llama Incompleto y si el recto se encuentra abierto se le considera completo.

Cuarto grado: Lesión del esfínter anal y mucosa rectal.²⁵

4. TROMBINA.

Alteraciones de la coagulación.

Los trastornos de la coagulación próximos al parto son factores de alto riesgo para la hemorragia posparto, pero son bastante raros.

La hemorragia por coagulopatía puede iniciarse en cualquier momento. El sangrado es continuo, el útero tiene una contracción intermedia, y la sangre tiene un aspecto claro y sin coágulos.

²⁴ Pagés G., Martell A. Capítulo 41: Intervenciones Menores [en línea]; 2014. [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.fertilab.net>

²⁵ Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

	CAUSAS.	FACTORES DE RIESGO
Atonía uterina (Tono).	Sobredistención uterina.	-Gestaciones múltiples. -Hidramnios. -Feto macrosómico.
	Corioamnionitis.	-Ruptura prematura de membranas prolongada. -Fiebre
	Agotamiento muscular.	-Parto prolongado. -Multiparidad.
Retención de tejidos (Tejido).	Placenta	-Acretismo placentario. -Cirugía uterina previa.
	Coágulos	
Lesiones del canal de parto (Trauma)	Desgarros del Canal de Parto.	-Fase de expulsivo precipitada. -Parto instrumental.
	Rotura/Dehiscencia uterina	-Cirugía uterina previa (cesárea). -Parto instrumental. -Distocia. -Hiperdinamia.
	Inversión Uterina.	-Alumbramiento manual -Acretismo placentario. -Maniobra de Credé.
Alteraciones de la coagulación. (Trombina).	Adquiridas.	-Preeclampsia. -Síndrome de Hellp. -Coagulopatía Intravascular Diseminada. -Embolia del líquido amniótico. -Sepsis.
	Congénitas.	-Enf. De Von Willebrand. -Hemofilia tipo A.

Cuadro No.5: Abelli A., Araujo A. Protocolo: Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva [en línea]. [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.csakidetza.euskadi.eus>.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS).

		SIGNOS Y SÍNTOMAS.
TONO	Atonía uterina.	-Falta de formación del globo de seguridad de Pinard. -Sangrado excesivo por vía vaginal con o sin coágulos.
TEJIDO.	Retención de restos placentarios	-Sangrado transvaginal fresco con coágulos. -Olor fétido después de 48 horas. -Fiebre. -Útero más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido después del parto. -Útero parcialmente contraído.
	Desgarros.	-Sangrado profuso después de la expulsión del feto. -Visualización del desgarro. -Doloroso.
TRAUMA.	Rotura uterina.	-Cambio en la actividad uterina. -Sangrado intraabdominal o vaginal. -Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura). -Hipotensión. -Taquicardia.
	Inversión uterina.	-Salida del útero invertido al exterior. -Espasmo cervical doloroso. -Sangrado profuso. -Tendencia al shock hipovolémico.
	Dehiscencia uterina.	-Sangrado vaginal leve a moderado. -Dolor abdominal repentino. -Alteración de la dinámica uterina.
TROMBINA	Enf. De Von Willebrand	-Sangrado anormal. -Sangrado en orina y heces. -Tendencia a formación de hematomas abultados. -Anemia.
	Hemofilia tipo A.	-Sangrado prolongado. -Hematomas. -Sangrado nasal. -Sangrado que comienza sin causa. -Sangrado en vías urinarias y digestivas. ²⁶

Cuadro No. 6: Manual breve de emergencias obstétricas [en línea]. (); 201 [fecha de acceso 12 de Febrero de 2018]. URL disponible en:<http://www.sogiba.org.ar>>document.

²⁶ Cuadro No. 6: Manual breve de emergencias obstétricas [en línea]. (16); 201 [fecha de acceso 12 de Febrero de 2018]. URL disponible en:<http://www.sogiba.org.ar>>document.

COMPLICACIONES

CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

Entendemos por shock aquel estado patológico de hiperfusión tisular e hipoxia celular, caracterizado por el aporte insuficiente de oxígeno y otros sustratos metabólicos esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de órganos vitales. El shock hemorrágico, la hipoxia celular es desencadenada por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, con caída del retorno venoso y gasto cardíaco.²⁷

La severidad del sangrado siempre debe ser estimada en la paciente con hemorragia. Los signos sugestivos de choque en pacientes obstétricas y que deben ser monitorizados cuidadosamente son:

- Hipotensión Presión Arterial Sistólica (PAS)<90mmHg o disminución de la PAS >40mmHg.
- Presión Arterial Media (PAM): <60mmHg
- Frecuencia Cardíaca (FC): >120 latidos por minuto.
- Volumen Urinario: <0.5ml/kg/hra
- Llenado Capilar. >3 seg.

En el choque hipovolémico severo con más de 40% de pérdidas sanguíneas amenaza inmediatamente la vida y requiere de transfusión rápida.²⁸

El diagnóstico de shock hemorrágico es clínico y suele ser evidente. La presencia de hipotensión arterial asociada a signos de hiperfusión periférica y visceral. Una PAM <50mmHg se asocia a una caída del flujo sanguíneo a los distintos órganos. Los sistemas compensatorios neuroendocrina es sobrepasada y la resucitación no

²⁷ Parra V. Shock hemorrágico. Revista Médica Clínica Condes [en línea]. 2012, [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]; No. 22. URL disponible en: <http://www.clc.cl>

²⁸ Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetría, Guía de Práctica Clínica [en línea]. Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017] URL disponible en:<http://www.cenetec-difusion.com>

logra la estabilización cardiovascular, se desencadena la fase no controlada o progresiva del shock hemorrágico.

La disminución de la PAM disminuye la presión de la perfusión coronaria y finalmente se produce isquemia miocárdica y paro cardiaco.²⁹

GRADO DE SHOCK HEMORRÁGICO (The American College of Surgeons; Advanced Trauma Life Support)

	COMPENSADO	LEVE.	MODERADO.	SEVERO.
PÉRDIDA DE SANGRE.	<750 ML	750-1500 ML	1500–2000 ML	2000 ML
VOLEMIA (%).	<15%	15–30%	30–40%	>40%
FC.	<100 lpm.	100–120 lpm.	120-140 lpm.	>140 lpm.
TA.	Normal	Ligero descenso.	Descenso marcado TAS<90.	Descenso profundo TAS>80.
LLENADO CAPILAR.	Normal.	Lento.	Lento.	Ausente.
FR.	14 -20 rpm.	20-30 rpm.	30-40 rpm.	>40 rpm.
DIURESIS (ml/h)	>30 ml/h	20-30 ml/h	5–20 ml/h	>5 ml/h
CONCIENCIA	Normal	Ansioso/agotado	Confuso/létargico	Coma.

Cuadro No. 7: Rivera M. Hemorragia obstétrica y Choque hipovolémico [en línea]. México, D.F.; 2014 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.files.sld.cu>

FALLO RENAL (INSUFICIENCIA RENAL AGUDA).

Consecuencia de la hipotensión arterial sostenida, se aprecia una caída del flujo sanguíneo renal que conduce a la disminución del filtrado glomerular, al principio potencialmente reversible a media que la compensación hemodinámica se prolongue más allá de un corto periodo. La extensión temporal de esta compensación por un lapso estimado de 45 min. Aproximadamente, con lleva el

²⁹Cuadro No. 7: Rivera M. Hemorragia obstétrica y Choque hipovolémico [en línea]. México, D.F.; 2014 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.files.sld.cu>

riesgo de provocar necrosis tubular aguda, producto de la isquemia sostenida que sufre el nefrón.³⁰

La insuficiencia renal aguda se presenta como oligoanuria en el 60% de los casos, en el resto la diuresis se mantiene a pesar que el filtrado glomerular persiste disminuido con incapacidad tubular para concentrar la orina. Dentro de las formas de oligoanúricas se identifican dos periodos.

1. Durante el curso del periodo oligoanúrico, con diuresis inferiores a 400ml/24hrs, la caída del filtrado glomerular conduce a la retención de agua, productos nitrogenados y potasio, con alteraciones en el manejo del sodio y del volumen plasmático. La extensión de la fase es de 7 a 21 días, y durante la misma requiere tratamiento hemodialítico.
2. A esta fase oligoanúrica le sucede un periodo de poliuria, que como su nombre lo indica está caracterizado por elevados volúmenes urinarios a pesar de esta condición no se aprecia tendencia a la normalización de los valores de uremia y creatinina.³¹

SÍNDROME DE SEEHAN.

El Síndrome de Seehan es el nombre que se le dio a la necrosis de la glándula hipófisis como consecuencia de una hemorragia obstétrica severa, shock o hipotensión, acompañada de un colapso circulatorio intenso que con lleva a la aparición de hipopituitarismo en el posparto. Las áreas necróticas de la adenohipófisis posteriormente se organizan y forman una cicatriz fibrosa, la destrucción de estas células resulta un grado variable de hipopituitarismo en un tiempo muy variable que oscila de días o años.³²

³⁰ Insuficiencia Renal Aguda [en línea]; 2016. [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.medicina-ucr.com>

³¹ Malvino E. Shock hemorrágico en obstetricia Tomoll [en línea]. Buenos Aires Argentina; 2012. [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.fasgo.org.ar>

³² Contreras E. Síndrome de Sheehan: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. 2013 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]; No. 4. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co>

El crecimiento durante el embarazo de la hipófisis predispone al riesgo de isquemia con espasmos oclusivos de las arterias de la hipófisis anterior y tallo hipofisiario. La forma crónica se presenta meses o años después, mientras que la forma aguda, aún más rara, aparece en corto tiempo después del parto, la distribución hipofisiaria tiene que ser de al menos 75% para que haya sintomatología apreciable.³³

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID).

Es un trastorno hematológico adquirido en donde se encuentran activados anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizándose por el alto consumo de factores precoagulantes, así como de una fase compensatoria de fibrinólisis.³⁴

Inicialmente aparecen los síntomas de la enfermedad de base, otras manifestaciones que pueden comprometer la vida de la paciente son: la presencia de microtrombosis en la microcirculación, con el consecutivo daño isquémico de órganos, así como la aparición del cuadro de hemorragia de apariencia “dramática” en muchos de ellas, por los niveles bajos de los factores de coagulación.

Las manifestaciones estarán determinadas por la etapa de la CID, pueden presentarse fenómenos de microtrombosis con daño de órganos, manifestado por insuficiencia renal con oligoanuria, dificultad respiratoria, estado confusional en el sistema nerviosos central.³⁵

³³ De la Rosa A., Girado G. Hipotuitarismo secundario a hemorragia postparto. Revista medica científica [en línea]. 2015 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.revistamedicocientifica>

³⁴ Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013 [fecha de acceso 30 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.ipasmexico.org>

³⁵ Nápoles D., García D. Hemostasia normal y coagulación intravascular diseminada en obstetricia. Medisan [en línea]. 2012 [fecha de acceso 18 de Enero de 2018]; No.16. URL disponible en: <http://wwwbvs.sld.cu>

DIAGNÓSTICO.

Se debe de tener en cuenta, la nemotecnia (“4T”).

1. Tono (atonía uterina).
2. Tejido (retención de productos de la concepción).
3. Trauma (lesiones del canal genital).
4. Trombina (alteraciones de la coagulación).

El volumen sanguíneo de la mujer gestante.

Aproximadamente en la octava semana de gestación, en forma fisiológica se presenta una condición indispensable para que el curso del embarazo llegue a feliz término. Esta condición se caracteriza por la expansión del volumen plasmático, debido al aumento de óxido nítrico que con lleva a una vasodilatación periférica, produciendo la típica disminución de la presión arterial, pero compensada por el incremento de casi 50% del volumen plasmático y, por lo tanto, aumentando el volumen sanguíneo corporal en casi 1500-2000ml adicionales al volumen normal, resulta ser una “defensa” importante para que resista el sangrado posparto.³⁶

VALORACIÓN.

En condiciones normales, se aconseja realizar una valoración cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio, cada 30 minutos durante la segunda hora y cada 4 horas hasta completar las 24 horas. Se tendrá en cuenta el estado general de la mujer, la pérdida hemática visible, la observación de un útero subinvolucionado o lateralizado (hay que comprobar que la vejiga no esté llena, ya que podría favorecer la atonía uterina), el estado del periné y las manifestaciones de shock materno.³⁷

³⁶ Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Ver Per Ginecol Obstet [en línea]. 2012 [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]; No. 54. URL disponible en: <http://www.spog.org.pe>

³⁷ Castán S., Toboñas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

Es más frecuente basar el diagnóstico en la clínica con aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o la necesidad de transfusión sanguínea, con un descenso del 10% o más del hematocrito.³⁸

Como algoritmo diagnóstico de la hemorragia posparto, tras un parto vaginal, se pueden seguir los siguientes pasos:

Comprobar la expulsión de la placenta: Si la hemorragia tiene lugar con la placenta retenida dentro del útero es prescindible el vaciamiento uterino de la forma más rápida posible. Si al realizar la extracción manual de la placenta no se encuentra un plano de escisión para su despegamiento, probablemente es un acretismo placentario.

Tras la expulsión de la placenta, deberá realizarse una inspección completa de las caras materna y fetal. La aparición de zonas sangrantes o pérdida de sustancia en la cara materna hará sospechar la retención de restos placentarios.

Comprobar el tono uterino: La presencia de un útero blando, mal contraído y voluminoso indica que la atonía es la responsable de la hemorragia.

Si persiste un sangrado rojo brillante, con un útero firmemente contraído la causa de hemorragia será una lesión del canal blando de parto.

Revisión manual de la cavidad uterina: La exploración asegura la expulsión completa de la placenta y el útero está intacto.

Revisión del canal blando del parto: Pondrá en manifiesto los desgarros y las zonas sangrantes que será necesario suturar para detener la hemorragia.³⁹

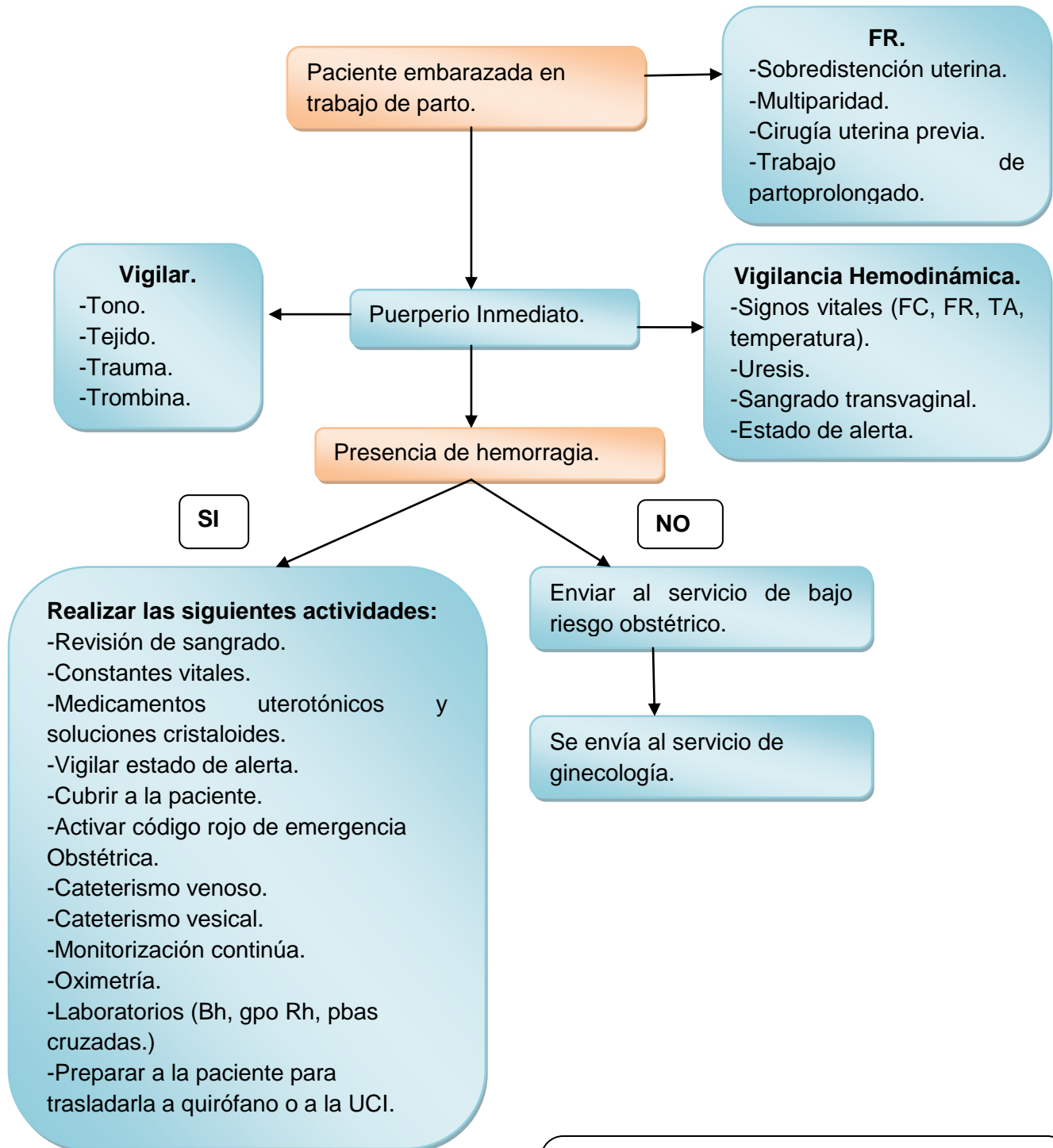
³⁸ Alvarado J. D., Martínez P. J., Colón J. P. Manejo de la hemorragia posparto [en línea]. Guías de Práctica Clínica; 2013. [fecha de acceso 10 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.igssgt.org>

³⁹ Adell A., Araujo A. Protocolo: Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva [en línea]. [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus>

Primer lugar se debe intentar cuantificar el volumen de la pérdida hemática, posteriormente valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente, se evalúan diferentes parámetros: tensión arterial, llenado capilar, diuresis, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia. Según valores se establecen los diferentes grados de hemorragia:⁴⁰

⁴⁰ Iratí G. Hemorragia puerperal [en línea]. Revista de Posgrado de la vía Catedra (Nordeste) 2012; 206.

DETECCIÓN OPORTUNA DE LA HEMORRAGIA POSPARTO.



Cuadro No.8: Dauzón García Leticia, Intervención de enfermería para detectar oportunamente la Hemorragia postparto. Universidad Veracruzana. Páa.: 58.

TRATAMIENTO.

El reconocimiento temprano de la hemorragia obstétrica se considera un reto diagnóstico, ya que la pérdida sanguínea permanece oculta y es difícil de cuantificar, como consecuencia de la dilución del líquido amniótico y de los cambios fisiológicos en el embarazo que enmascaran los signos clínicos de hipovolemia.

La OMS implemento una guía para el tratamiento y prevención de la hemorragia posparto la cual incluye 32 recomendaciones para la organización de la atención siendo las siguientes:

1. Agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto.
2. Oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto
3. Otros agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto.
4. Administración de misoprostol por trabajadores comunitarios de la salud para la prevención de la hemorragia posparto.
5. Realización de tracción controlada del cordón por parteras capacitadas para la prevención de la hemorragia posparto.
6. Realización de tracción controlada del cordón por parteras no capacitadas para la prevención de la hemorragia posparto.
7. Pinzamiento tardío del cordón umbilical para la prevención de la hemorragia posparto.
8. Pinzamiento temprano del cordón umbilical para la prevención de la hemorragia posparto.
9. Masaje uterino sostenido para la prevención de la hemorragia posparto.
10. Evaluación abdominal posparto del tono uterino.
11. Oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto en la cesárea.
12. Tracción controlada del cordón para la prevención de la hemorragia posparto en la cesárea.
13. Oxitocina para el tratamiento de la hemorragia posparto.
14. Otros uterotónicos para el tratamiento de la hemorragia posparto.

15. Cristaloideos isotónicos para el tratamiento de la hemorragia posparto.
16. Ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto.
17. Masaje uterino para el tratamiento de la hemorragia posparto.
18. Taponamiento con balón intrauterino para el tratamiento de la hemorragia posparto.
19. Embolización de la arteria uterina para el tratamiento de la hemorragia posparto
20. Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la hemorragia posparto.
21. Compresión uterina bimanual para el tratamiento de la hemorragia posparto
22. Compresión aórtica externa para el tratamiento de la hemorragia posparto.
23. Prenda no neumática anti shock para el tratamiento de la hemorragia posparto⁴¹
24. Taponamiento uterino para el tratamiento de la hemorragia posparto.
25. Agentes uterotónicos y tracción controlada del cordón para la placenta retenida.
26. Ergometrina para la placenta retenida.
27. Prostaglandinas alfa E2 para la placenta retenida.
28. Antibióticos con extracción manual de la placenta retenida.
29. Protocolos formales para el tratamiento de la hemorragia posparto.
30. Protocolos formales para la derivación de pacientes.
31. Simulaciones del tratamiento de la hemorragia posparto.
32. Monitoreo de agentes uterotónicos.⁴²

⁴¹ Torre T., León M. A., Carrillo R. Guías de práctica clínica para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología (México) 2017; 40(2): 420-421.

⁴² Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la Hemorragia postparto [en línea]. Organización Mundial de Salud; 2014 [fecha de acceso 10 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.apps.who.int>

TRATAMIENTO INICIAL.

El obstetra debe iniciar una secuencia operativa de intervenciones NO quirúrgicas para el control de la hemorragia posparto inmediata y evaluar el éxito o fracaso de cada medida:

- Restaurar o mantener un volumen circulatorio para evitar la hipoperfusión de órganos vitales.
- Restaurar o mantener una oxigenación tisular adecuada.
- Revertir o prevenir la coagulopatía.
- Eliminar la causa obstétrica de la hemorragia posparto.⁴³
- La piedra angular de la reanimación es la restauración del volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno.
- Pedir ayuda inmediatamente.
- Evaluar la vía respiratoria y aumentar la fracción inspirada de oxígeno mayor a 40%.
- Canalizar dos vías con catéteres #14 que garantice un flujo de 330mL/min. ó #16 con flujo de 225mL/min.
- Rápida infusión con líquidos idealmente tibios, una vez que se alcance el acceso intravenoso.
- Muestras de sangre para pruebas diagnósticas que incluyan Bh completa, pruebas de coagulación incluyendo fibrinógeno, urea y electrolitos.
- Mantener disponibles por lo menos 4UI de concentrados eritrocitarios (CE) y 2UI de plasma (uso de CE con grupo y Rh específico o considerar grupo O Rh D-negativo).
- Monitoreo de la FC, pulso, SaO₂, PA.
- Colocación de sonda foley #16Fr.
- Realizar balance de líquidos.
- Mantener la temperatura.

⁴³Moreno A., Corrales M. Hemorragia postparto [en línea]. Clases de Residentes; 2013. [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.hun.es>

-Se recomienda anestesia general para:

- Asegurar la protección de la vía aérea.
- Coadyuvar a la estabilidad hemodinámica en la paciente con hemorragia obstétrica y choque hipovolémico.

-Evacuar la vejiga y dejar una sonda para medir el gasto urinario.

-Es recomendable seguir la nemotecnia ABCDEF para el manejo inicial del choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica.

A-Pida ayuda.

B-Vía respiratoria (O₂, FiO₂>40% Y/O ASEGURAR LA VÍA AÉREA, SaO₂>90%).

C-Circulación (Restitución de líquidos y hemoderivados).

D-Medicamentos uterotónicos y evaluación del estado neurológico de acuerdo a la escala.

- Alerta
- Responde a estímulos verbales.
- Responde a estímulos dolorosos.
- No responde.

E-Control del ambiente (temperatura).

En caso de que la mujer se encuentre aún con embarazo:

F-Frecuencia cardíaca fetal en rangos de 110 a 160 latidos por min. Recordar que la supervivencia fetal depende de la supervivencia materna.

-La evaluación inicial del sangrado en la paciente requiere de una monitorización de la PA, pulso, llenado capilar, estado mental y flujo urinario.⁴⁴

⁴⁴Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia, Guía de Práctica Clínica [en línea]. Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 16 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.cenetec-difusión.com>

TRATAMIENTO CON SOLUCIONES.

-Los cristaloides son soluciones que contienen agua, electrolitos y/o azúcares en diferentes proporciones y con respecto al plasma, pueden ser hipotónicos, isotónicos o hipertónicos.

-Las soluciones cristaloides son efectivas en la restauración de volumen, sin embargo, contribuyen a hemodilución, disminuyen la capacidad de transporte de agua y no son efectivas en la prevención o corrección de la coagulopatía.

-Se recomienda como primera opción para la reanimación de la paciente con hemorragia obstétrica la utilización de soluciones cristaloides balanceadas como solución hartman.

-Se recomienda el empleo de soluciones cristaloides a una dosis de 30ml/kg en la fase de reanimación en el manejo de la paciente con hemorragia obstétrica y choque hipovolémico.

-Los coloides son partículas de alto peso molecular que atraviesan con dificultad las membranas capilares, siendo capaces de aumentar la presión oncótica – plasmática y retener agua en el espacio intravascular.

-El empleo de solución salina 0.9% es una alternativa para el manejo de la paciente con estado de choque hipovolémico.

-En la paciente con hemorragia obstétrica que necesite una rápida expansión de volumen se recomienda considerar el empleo de gelatina al 4% no se debe superar la dosis de 20ml/kg.

-Se recomienda evitar durante la fase de reanimación la administración que exceda el aporte recomendado de soluciones cristaloides y coloides. En estos casos se requiere el uso de hemoderivados para la reanimación.

TRATAMIENTO SECUNDARIO.

TONO: Atonía uterina.

- Si continúa la hemorragia realizar masaje compresivo bimanual del útero.
- Se inserta una mano en la vagina y se cierra conformando un puño.
- Esta mano se sitúa en el fondo del saco anterior y se aplica presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano, presionar profundamente el abdomen detrás del útero, aplicando presión contra la pared posterior del órgano.
- Mantener la presión hasta que el sangrado este controlado y el útero se encuentre retraído.

FÁRMACOS UTEROTÓNICOS.

Oxitocina.

El fármaco de primera elección.

Una vez realizado el alumbramiento dirigido de la placenta, la dosis es 10UI, IM o 5UI, IV, 20–40UI/L en infusión IV.

Si no se ha realizado el alumbramiento dirigido de la placenta, administrar 5UI de oxitocina, IV. No hay ninguna ventaja en el uso de oxióticos a mayor dosis. Es conveniente limitar a 3lts. el volumen total de fluidos en los que se administran altas dosis de oxitocina, para evitar sobre cargas hídricas.

Es preciso la monitorización de los pacientes, balance de entradas y salidas de líquido, riesgo de edema pulmonar o cerebral.

Efectos Secundarios:

Hiperactividad uterina, bradicardia, disminución de la saturación de oxígeno fetal, náuseas, vómito, cefalea, enrojecimiento y efecto antidiurético.

ALCALOIDES ERGÓTICOS.

- **Metilergonovina.**

0.2mg IM Dosis Máxima dos con intervalo mayor a 2 horas. No más de 5 días.

Es un uterotónico potente y cada ampollita de 1ml contiene 0.2mg. El comienzo de acción tiene lugar 2–5 minutos después de la administración IM. La duración es de aproximadamente 4–6 horas.

Las inyecciones IV no se recomiendan pues se han descrito accidentes cardiovasculares maternos graves.

Contraindicaciones:

Hipertensión arterial, la cardiopatía moderada–severa y pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Son los derivados de la vasoconstricción cefalea, dolor abdominal, hipertensión, erupciones cutáneas, vértigo, náuseas, vómito, convulsiones, espasmos coronarios.⁴⁵

PROSTAGLANDINAS.

- **Carbetocina.**

Está indicado en la prevención de la atonía uterina tras el parto por cesárea bajo anestesia epidural. Se administra una dosis de 1ml que contiene 100mcg de carbetocina y administrarlo solo por inyección IV, bajo supervisión médica adecuada en un hospital.

Administrar lo más rápido posible tras la extracción del niño preferiblemente antes de extraer la placenta. Está destinado únicamente para un solo uso.⁴⁶

⁴⁵ Winograd R. M., Salcedo L., Bolatti H. Manejo de la hemorragia obstétrica crítica [en línea]. Argentina; 2014. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.fasgo.org.ar>

- **Misoprostol.**

600mcg (sublingual) u 8000mcg (rectal)

Se puede utilizar si se carece de carbeprost. El misoprostol es muy estable, no precisa refrigeración, es el fármaco de elección en países con escasos recursos económicos o cuando no disponen de una vía IV, si no se dispone de otras prostaglandinas y el tratamiento con misoprostol puede repetirse para mantener el tono uterino a las 2 horas de la primera dosis.

En pacientes que se han realizado un alumbramiento dirigido con oxitocina (5UI, IV) y posteriormente sufre una hemorragia postparto, el misoprostol (800mcg sublingual) es igual de eficaz que la oxitocina (40UI) como primera línea de tratamiento en la hemorragia posparto y ambos son eficaces en reducir antes de 20 minutos.

“El Misoprostol solo es de primera línea cuando no existe otros recursos”. Una reciente revisión se pone de manifiesto que no hay ningún ensayo clínico que evidencie que el tratamiento con Misoprostol (600–1000mcg) añadido simultáneamente a oxitocina sea eficaz en la reducción de la tasa de histerectomía, ingreso en UCI, movilidad materna grave o mortalidad.⁴⁷

⁴⁶ Vázquez J. M. Manual básico de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015 [fecha de acceso 14 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.ingesa.mssi.gob.es>

⁴⁷ Martínez O., Guash E., Cueto I. Manual práctico de emergencias obstétricas [en línea]. INYECCMEDIA S. L.; 2014 [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.simulacionobsgin.com>

FÍSICOS.

TAPONAMIENTO UTERINO.

Antes de realizarlas, deben ser excluidas las casusas vaginales de hemorragia posparto. Mientras el útero esté comprometido, se debe continuar la reposición de líquidos, sangre y administración de antibióticos. Se retira a las 24 horas y si no se consigue controlar la hemorragia no debe recolocarse.

- **Con gasa.**

Rellenar la cavidad uterina con gasa larga en forma uniforme y completa. No utilizar gasa pequeña por la posibilidad de olvido al ser retiradas.⁴⁸

- **Con sonda foley.**

Sonda foley del número 24 con un balón de 30 ml.

La punta es guiada dentro de la cavidad uterina e inflada con 60-80 ml de solución fisiológica. Puede insertarse más de una sonda si es necesario, esta técnica no solo comprime el útero sino también permite el drenaje de sangre.

- **Balón bakri.**

Supone una tasa de éxito del 84%, se rellenan con 500ml de suero salino una vez que han sido introducidos correctamente a través del canal cervical. Así mismo dispone de orificios para el drenaje sanguíneo, es un procedimiento poco usado y más en pacientes a la espera de una cirugía resolutive como método definitivo para detener la hemorragia posparto. Debe retirarse a las 24 horas.⁴⁹

⁴⁸ Castán S., Toboñas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

⁴⁹ Pérez S., Karlsson H. Hemorragia posparto. Scielo [en línea]. 2013, [fecha de acceso 22 de Diciembre de 2017]; No. 32. URL disponible en: <http://www.scielo.isciii.es>

- **Balón rush.**

Utilizado cuando otro catéter fue insertado y falló el manejo inicial; también tras el manejo de las complicaciones (desgarros, retención de coágulos). Se infla el balón con una jeringa de 1000ml, usando agua caliente hasta que venza la resistencia. La presión requerida es equivalente a usar una sonda foley. Finalizando el procedimiento, la vagina es taponeada con gasa para mantener el balón en su sitio, se inserta luego un catéter urinario, se inicia terapia antibiótica con goteo de mantenimiento de oxitocina (40UI en 1lt salino). Incluso si se requiere cirugía, el uso del balón reduce las pérdidas sanguíneas y da oportunidad de corregir las coagulopatías.⁵⁰

- **Condón hidrostático intrauterino.**

Debe considerarse cuando no hay reacción favorable a los uterotónicos. El uso del condón hidrostático intrauterino se describió por primera vez en la India y Bangladesh, con un reporte de adecuada eficacia del método para el control de la hemorragia posparto. Como hipótesis se han propuesto varios posibles mecanismos:

1. Mantiene una presión mecánica temporal, hace frente al sangrado del sitio placentario para activar los mecanismos hemostáticos naturales y forma un coágulo estable.
2. El condón hidrostático intrauterino (que se llena de líquido en la cavidad uterina) crea una presión intraluminal que excede la presión arterial sistólica de la paciente para detener el flujo de sangre.

⁵⁰ Cabrera S. Hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (Perú) 2012; 56(3): 24-32.

QUIRÚRGICOS.

TÉCNICAS CONSERVADORES DEL ÚTERO.

- **Suturas compresivas.**

Ejerce una tensión sostenida en sentido vertical y antero–posterior esto permite la adhesión de la pared posterior y anterior del útero, el acortamiento de sus paredes en sentido vertical; de tal forma que no permite la formación del espacio virtual en la cavidad endometrial, impidiendo la colección de sangre. Realizando el cierre “compresivo” de los vasos en las arterias espiraladas. Para realizar la técnica se necesita una aguja curva de 5cm y el ayudante debe comprimir el útero mientras se tensa la sutura.

La técnica original y más conocida fue descrita por B–Lynch en 1997. La misma es adecuada cuando el útero ya ha sido abierto por cesárea. Según el Comité Escoces de Morbilidad Materna Severa, se identificaron 52 casos donde la sutura compresiva fue utilizada, observando que la histerectomía fue evitada en 42 mujeres (81%).⁵¹.

- **Ligaduras vasculares.**

La ligadura sucesiva de los vasos que irrigan el útero tiene como objetivo controlar el sangrado, conservando el útero. Está técnica realizada en forma secuencial, generalmente logra detener el sangrado en los primeros pasos. Posee ventajas, ya que es fácil de realizar y requiere menor tiempo quirúrgico.

Los pasos son 5:

1. Ligadura unilateral de la arteria uterina (es un sector alto de la incisión uterina).

⁵¹Asprea I., Lipchack D., Di Marco I. Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica manual breve de práctica clínica [e línea]. Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2013. [fecha de acceso 06 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.msal.gob.ar>

2. Ligadura de la arteria uterina contralateral al mismo nivel del primer pasó.
3. Ligadura unilateral de la arteria uterina (3–5cm debajo de donde se realizó la primera ligadura).
4. Ligadura de la arteria uterina contralateral al mismo nivel que en el paso 3.
5. Ligadura bilateral de las arterias ováricas.

En 10–15% casos de atonía uterina, es suficiente la ligadura unilateral de la arteria uterina para controlar la hemorragia; la ligadura bilateral controlará un 75% adicional de estos casos.⁵²

- **Ligadura de arterias hipogástrica.**

Recomendada cuando fallan los procesos menos invasivos y puede ser la primera opción cuando la hemorragia posparto se presente durante la cesárea.

Posee una desventaja principal es su dificultad y con mayor demora. De todas formas es un recurso para tener muy en cuenta ante el fracaso de otras técnicas.⁵³

TÉCNICAS QUE EXTRAEN EL ÚTERO.

- **Histerectomía.**

Histerectomía Subtotal: Ha sido aconsejada para reducir los tiempos quirúrgicos y la pérdida sanguínea. Dejar el cuello parece buena opción cuando el sangrado ya está controlado, los tiempos quirúrgicos y la pérdida sanguínea ha sido importante.

La histerectomía posparto puede ser total o subtotal. Si hay sangrado incontrolable luego de un parto vaginal la velocidad es esencial. Es la modalidad de tratamiento quirúrgico más utilizada en la hemorragia posparto masiva. Debido a que esté

⁵²Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas [en línea]. Nicaragua: Gobierno de Nicaragua: Ministerio de Salud MINSAL; 2014.[fecha de acceso 06 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.maternoinfantil.org>

⁵³Fescina R., Mucio B., Ortíz E., Jarquín D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [en línea]. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.paho.org>

procedimiento se realiza habitualmente con sangrado activo, es importante campear, seccionar y ligar rápidamente los pedículos de abajo del nivel de las arterias uterinas.

Para evitar dañar los uréteres, las arterias uterinas deben ser ligadas no muy cerca del segmento uterino inferior y luego realizar sucesivas pequeñas tomas, una dentro de la otra, en el espesor del ligamento cardinal y el útero–sacro.

Debido a que puede ser dificultosa la palpación del cuello uterino, es preferible abrir la vagina y luego circunscribir el cuello uterino. Se aconseja habitualmente asegurar los ángulos vaginales con una sutura en forma de “ocho” y luego cerrar los bordes vaginales.⁵⁴

TEJIDO.

Placenta retenida.

Si luego de realizar la tracción controlada del cordón umbilical, la placenta no se expulsa después de 15 a 30 min. de estimulación con oxitocina y el útero esta contraído se llega al diagnóstico de placenta retenida.

-Asegurarse que no existan contradicciones para el procedimiento (hemorragia profusa y shock).

-Inyección venosa intraumbilical, oxitocina (10–20UI) hasta lograr un volumen de 20ml.

-Inyecte en la vena umbilical, inmediatamente por encima del pinzamiento.

-Pince nuevamente el cordón umbilical por encima del sitio de la inyección.

-Si después de 15–30 minutos no se observan signos de desprendimiento de la placenta y no existe hemorragia importante, se procede a la remoción manual de la placenta.

⁵⁴Winograd R. M., Salcedo L., Bolatti H. Manejo de la hemorragia obstétrica crítica [en línea]. Argentina; 2014. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.fasgo.org.ar>

Contraindicación: Administración de ergonovina por que causa una contracción uterina tónica que retardaría la expulsión. Actualmente el alumbramiento manual de la placenta es el tratamiento estándar para la placenta retenida.

Restos placentarios.

Puede no haber ningún sangrado, aún en caso de retención de fragmentos placentarios. Cuando parte de la placenta (uno o más lóbulos) quedan retenidos, ello impide que el útero se contraiga eficazmente.

- **Exploración manual del útero.**

- Palpe dentro del útero para detectar fragmentos placentarios.

- Extraiga los fragmentos placentarios con la mano o con pinza foester.

- Utilice una dosis inicial de oxitocina en goteo durante el procedimiento.

- Si no funciona por último se realiza un legrado evacuador. Debido al alto grado de perforación del útero puerperal grande y blando debe usarse legras de gran tamaño (Legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico.⁵⁵

Placenta ácreta.

El tratamiento de la adherencia placentaria ha evolucionado mucho en los últimos años, pasando de un planteamiento completamente intervencionista y radical (histerectomía) tras el parto o cesárea a un planteamiento terapéutico conservador, dejando la placenta total o parcialmente, si el estado hemodinámico lo permite y si existe un deseo genésico posterior. Entre la posibilidad de tratamiento conservador destacan: La embolización arterial uterina.⁵⁶

⁵⁵ Abalos E., Aspreal., García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto [en línea]. Ministerio de Salud; 2015. [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.sogiba.org.ar>

⁵⁶ Silvares A., Rubio C. Hemorragia postparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex (México) 2017; 85(4): 254-266.

Embolización de la arteria uterina.

Se emplea anestesia general o epidural. El acceso es por la arteria femoral y se realiza la cateterización arterial selectiva de las arterias uterinas, con catéteres Cobra tipo 1, 5 French, con medio de contraste hidrosoluble iodado; se realiza una angiografía digital pelviana bilateral. El objetivo es la preservación del útero, manteniendo la fertilidad.⁵⁷

TRAUMA.

Desgarro vaginal.

Los sitios de la vagina en que ocurren con mayor frecuencia las lesiones son las paredes posterior y lateral, a nivel del saco. La revisión cuidadosa del canal de parto es el mejor método para apreciar la existencia del desgarro vaginal y suturarla con puntos de X con catgut 0.⁵⁸

Desgarro perianal.

Primer grado.

- Anestesia local o epidural
- Practicar asepsia y antisepsia estrictas de la zona.
- Suturar la mucosa vaginal con puntos separados o en "X", con catgut 00.
- Suturar la piel con puntos separados con catgut 000 y aguja atraumática.

Segundo grado.

- Afrontar con catgut 0 los fascículos musculares del elevador y esfínter del ano.
- La sutura de la mucosa vaginal se realiza con puntos separados o en "X" con catgut 00.
- Suturar la piel con puntos separados con catgut atraumático 000

⁵⁷Cabrera S. Hemorragia postparto. Revista Peruana de Ginecología u Obstetricia (Perú) 2012; 56(3): 24-32.

⁵⁸Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.

Tercer grado.

- Realizar un tacto rectal para determinar el grado y tipo de lesión.
- Suturar la pared muscular del recto con catgut atraumático 00 sin penetrar la mucosa.⁵⁹

INVERSIÓN UTERINA.

Reubicación manual del fondo uterino.

Realizar la reposición del volumen plasmático, si la placenta no ha sido removida, aplicar oxitocina 40UI en 1000ml de solución hartman o solución fisiológica a goteo rápido, efectuando al mismo un masaje suave y sostenido durante 5 – 10 minutos hasta lograr una contracción firme y permanente.

Si la placenta NO ha sido removida.

Se debe intentar reubicar el fondo uterino sin remover la placenta, una vez lograda la reinversión del fondo uterino la placenta debe ser removida.

Si no es posible la reinversión del útero se debe intentar nuevamente con la ayuda de agentes relajantes como la terbutalina, el sulfato de magnesio o anestesia general.

La reposición quirúrgica, siendo la técnica más empleada la de Hungtinton, consiste en realizar una laparotomía, tomar con pinzas allis los ligamentos redondos y hacer tracción sucesiva hacia arriba avanzando cada 2cm hacia el fondo uterino hasta lograr su reposición total.

Solo en aquellos casos donde se presenta necrosis uterina por isquemia, se debe proceder a realizar la histerectomía obstétrica total.⁶⁰

⁵⁹ Castán S., Toboñas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

⁶⁰ Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto [en línea]. Organización Mundial de Salud; 2014 [fecha de acceso 17 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.apps.who.int>

Manejo posteroposición uterina.

Se mantendrá la administración continua por 8 horas de solución hartman o solución fisiológica de 1000cc cada 20 a 40 UI de oxitocina para 8 horas y vigilancia estrecha del sangrado transvaginal y la involución uterina.

ROTURA UTERINA.

Se trata de una situación emergente. No se debe intentar el parto por vía vaginal, pues esto podría agravar las lesiones. En caso de que el diagnóstico que haya tenido lugar en la revisión tras el parto vaginal, se debe realizar una laparotomía para identificar las características de la lesión y proceder al tratamiento adecuado. Se debe evitar un nuevo embarazo.

Sospecha de rotura.

Las pacientes termodinámicamente inestables deberán estabilizarse mediante fluidoterapia, expansores de plasma o transfusión sanguínea. Es importante administrar profilaxis, antibiótica siendo el riesgo de infección mayor en el caso de la reparación de la lesión, colocaremos una sonda vesical para monitorizar la diuresis.⁶¹

La elección entre anestesia local o regional dependerá de la situación clínica de la paciente y la urgencia. En la mayoría de los casos, la roturas se cierran de la misma forma que una histerectomía convencional, junto a las medidas hemostáticas pertinentes. Se considera que el número de capas de la histerorrafia no influía en la tasa de roturas posteriores, un estudio de la Universidad de Montreal observa un riesgo cuatro veces mayor cuando la sutura es monocapa en lugar de dos capas. Actualmente se tiende a realizar una sutura en doble capa especialmente si se trata de una rotura sobre histerorrafia de cesárea anterior.⁶²

⁶¹ Emergencias obstétricas hemorrágicas [en línea]; 2015. [fecha de acceso 19 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.anestesia.org.ar/search>c.php> man

⁶² Pinto A. Rotura uterina. Clase de Residentes; 2014.

TRANSFUSIONAL.

La pérdida sanguínea durante, el parto vaginal o cesárea no necesariamente necesita transfusión. Es recomendada la transfusión en: la hemorragia obstétrica mayor visible u oculta que ocurre en cualquier periodo del embarazo y puerperio que presenta una disminución del hematocrito en 10% con respecto al de admisión, alteraciones en los signos vitales. Esto puede llevar a alteraciones hemodinámicas que ponen en peligro la vida de la paciente.

Si termodinámicamente no mejora tras la infusión de 2–3 lts. de fluidos y el sangrado continua, se debe administrar productos sanguíneos, inicialmente dos unidades de CH.

No hay consenso sobre la relación óptima de reemplazo entre el CH y plasma fresco congelado (PFC). La experiencia clínica así como varios estudios, sugieren la administración de una unidad de PFC por cada 1 o 2UI de CH hasta que la situación clínica es estable o se confirma la ausencia de coagulopatías por las pruebas de laboratorio.⁶³

Se estimará la pérdida de sangre y se repetirán los estudios de laboratorio cada 30 a 60 min. para guiar el reemplazo de productos sanguíneos. El objetivo es: Hb>7.5g/dl, recuento de plaquetas >50,000/uL, fibrinógeno >100mg/dl, protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TTPA) menos de 1.5 veces el control.⁶⁴

⁶³Moreno A., Corrales M. Hemorragia postparto [en línea]. Clase de Residentes; 2013. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.fasgo.org.ar>

⁶⁴Solari A., Guerrero M., Enriquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes 2014; 25(6): 993-1003.

CÓDIGO MATER.

Sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica. La componen un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios.⁶⁵ (Triage obstétrico, urgencias, tococirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos.⁶⁶

Proceso ABC.

A. Identificar (signos de alarma).

-Hipertensión o hipotensión arterial, convulsiones tónico-clónicas, alteraciones del sensorio o del estado de coma, sangrado transvaginal o por otra vía, taquicardia-taquipnea, cianosis, hipertermia $>38.5^{\circ}\text{C}$, signos y síntomas de choque.

B. Tratar (seguir guías clínicas establecidas).

Para el manejo de: preclampsia–eclampsia, sangrado obstétrico, sepsis.

C. Trasladar.

De acuerdo con el caso, al servicio de admisión en tococirugía, unidad de choque o cuidados intensivos obstétricos.⁶⁷

⁶⁵ Herrera J. E. Código mater, Que son y cómo se forman. [en línea]. México: Ver. Med. Inst. Mex; 2015. 56(5): 151-166. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.comeoc.org.mx>

⁶⁶ Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.

⁶⁷ Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.

Ruta Crítica.

1. Ingresar la paciente por sus propios medios o por personal de la ambulancia.
2. Es valorada por personal de triage obstétrico, quien activa código mater mediante alarma sonora o voceo de cinco veces consecutivas.
3. Inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas.
4. Traslado para manejo complementario bien a quirófano, tococirugía, unidad de choque o cuidados intensivos obstétricos.
5. Retroalimentación permanente del sistema, mediante capacitación continua evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.⁶⁸

Responsabilidades y funciones del equipo de Salud.

Cada unidad deberá conformar su Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), de acuerdo a sus recursos disponibles teniendo como objetivo principal la atención inmediata de la paciente con emergencia obstétrica.

Se debe asignar suplentes del equipo primario, para cubrir cualquier ausencia de alguno de los integrantes o responder a un segundo llamado que ocurra en forma simultánea.

Coordinadora, subdirectora médica, cargo administrativo similar.

- Establece comunicación para la aceptación de pacientes obstétricas al hospital, siempre en coordinación con el personal médico encargado del área.
- Documentar en bitácora y/o reporte específico las actividades del equipo.
- Si el ERIO descarta una emergencia obstétrica, la coordinadora/o consigna en la nota médica el diagnóstico probable, las medidas implementadas y el área a donde se derivará a la paciente realizándose la entrega personalizada.
- Establece coordinación para el traslado de la paciente en caso necesario.
- Verificar la asistencia completa del personal involucrado.
- Gestiona la disponibilidad de todos los insumos requeridos.

⁶⁸ Herrera J. E. Código mater, Que son y cómo se forman. [en línea]. México: Ver. Med. Inst. Mex; 2015. 56(5): 151-166. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.comeoc.org.mx>

- Realiza monitoreo y evaluación del proceso.
- Participa en la selección de los integrantes del ERIO.

Líder del equipo médico especialista en cuidados intensivos, especialista en medicina interna o gineco – obstetra con especialización en medicina crítica.

- Debe ser la persona mejor capacitada del equipo en protocolos de reanimación.
- Realiza valoración neurológica, cardio–hemodinámica, hematológica, respiratoria, renal y metabólica de la paciente.
- Inicia medidas de apoyo órgano funcional y tratamiento multi–orgánico.
- Participa en la selección del personal que participara en el ERIO.
- Verifica que el personal se encuentre debidamente capacitado, evaluándolo de forma permanente.
- Informar al familiar o responsable de la paciente, del estado de salud al término de la intervención del ERIO.
- Registra las actividades del ERIO en el formato correspondiente, mismo que será incorporado en el expediente clínico.

Médico gineco–obstetra: Valoración integral materno–fetal.

- Maneja el problema de su área, desde la fase diagnóstica hasta el establecimiento del plan de manejo integral en conjunto con los demás integrantes del equipo.
- Efectúa exploración de la pelvis genital.

Médico especialista en anestesiología.

- Conoce las condiciones materno–fetales y adecúa manejo anestésico.
- Efectúa intubación oro o naso traqueal en caso necesario.
- Realizar procedimiento anestésico de urgencia.
- Participa activamente en la reanimación hemodinámica.

Médico especialista en neonatología o médico pediatra

- Conocer las condiciones fetales y preparar reanimación neonatal.
- Apoyo ventilatorio mecánico, reanimación básica y avanzada.

- Tratamiento integral del recién nacido.
- Revisar los antecedentes sobre la evolución del embarazo y patología que lo complica.

Médico especialista en cirugía general.

- Evalúa la participación continúa con el gineco–obstetra para la resolución definitiva del problema.

Médico intensivista–internista: Valoración neurológica, hemodinámica y metabólica.

- Escala de glasgow, cálculo del gasto cardiaco, función hepatorenal (pruebas de función hepática y renal), hidroeléctrico y ácido base (electrolitos séricos y gasometría), niveles de glicemia.

Enfermería.

A. Enfermera brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico).

- Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y oximetría.
- Da asistencia para intubación.
- Aspiración de secreciones.
- Fijación de cánula endo–traqueal.
- Instalación de invasivos, sonda foley y sonda nasogástrica.
- Otorgar asistencia para la instalación de catéter venoso central.
- Colocar cánula nasal y/o mascarilla facial.
- Formar parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

B. Enfermera brazo derecho (circulatorio).

- Canalizar vena o permeabiliza accesos venosos.
- Tomar de muestras de laboratorio.
- Tomar de glucometría capilar.
- Realizar prueba multireactiva de orina.
- Administrar medicamentos
- Efectuar vendaje compresivo de miembros pélvicos.

- Dar vigilancia del estado neurológico.
- Ministra hemoderivados.
- Colocar pantalón anti choque, en su caso.

C. Enfermera circulante.

- Preparar medicamentos.
- Provee material de curación.
- Preparar soluciones.
- Manejar el carro rojo y caja roja.

D. Enfermera administrativa.

- Efectuar control de los medicamentos, soluciones y hemoderivados administrados a la paciente.
- Realizar registros clínicos (datos completos).
- Colocar la pulsera de identificación.
- Efectuar ficha de identificación.
- Requisita la hoja de evaluación inicial.
- Registrar los censos del servicio.

Laboratorio.

- Realiza exámenes solicitados con carácter de urgencia.
- Biometría hemática con cuenta de plaquetas, pruebas de coagulación (tiempos de protrombina, trombina y tromboplastina parcial), determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica, gasometría arterial y venosa, electrolitos séricos (sodio, potasio y cloro).

Banco de Sangre.

Agilizar la tipificación y abastecimiento de hemocomponentes, pruebas de compatibilidad sanguínea, grupo sanguíneo y factor Rh.

Imageneología.

-Realizar rastreo abdominal y pélvico, monitorear frecuencia cardíaca, movimientos fetales, presentación, sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma, cantidad del líquido amniótico, valoración de reactividad fetal mediante cardiotocografía externa.

Trabajo Social.

-Vinculación con los familiares de los pacientes, con otros hospitales y servicios.
-Información sobre el estado de salud al familiar o tutor del paciente, consentimiento informado para diversos procedimientos, trámites administrativos, vinculación con centros hospitalarios o servicios en otras unidades médicas.

Camilleros.

-Traslado de pacientes.

Proceso de Atención.

Inicia con la activación del código mater ante la presencia de una paciente con emergencia obstétrica y termina al decidir el manejo definitivo una vez lograda la mejor estabilización posible. El tiempo de llegada del equipo no será mayor a tres minutos una vez activado el código mater.⁶⁹

⁶⁹ Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en: <http://www.cnesgr.salud.gob.mx>.

CAJA ROJA.

Para el manejo de la preclampsia y eclampsia.

Sulfato de magnesio: Crisis convulsiva.

Esquema de aplicación: Impregnación: 4gr IV diluidos en 250ml de solución glucosada en 20 min.

Mantenimiento: 1 a 2gr IV por hora administrados IV continúa. Se logra preparando una solución de 900ml de solución glucosada al 5% más 10 ampolletas de 1gr (10ml cada una) de sulfato de magnesio (que hace en total 10gr de fármaco y 1000ml de líquido). Total de solución 1000ml con 10gr de sulfato de magnesio. Esto implica pasar 100 o 200ml de la solución por hora.

Fenitoína: Crisis convulsivas psicomotoras.

Dosis: 250mg IV, dosis única posterior 125mg IV cada 8 horas (sin exceder 50mg por minuto).

Bicarbonato de sodio: Manejo metabólico.

Aplicar en presencia de pH sanguíneo igual o menor de 7.24 (ajuste individual de la dosis).

Gluconato de calcio: Manejo metabólico.

Dosis: 10mg de solución al 10% IV aplicación durante 3 minutos (intoxicación por sulfato de magnesio) nivel en plasma de magnesio (mg/dl) mayor de 9 a 12.

Hidralazina: Crisis hipertensivas.

Dosis: IV administración en bolos de 5 a 10mg cada 20 min. IV lenta, con vigilancia estrecha de la TA para lograr la dosis terapéutica óptima (se podrá repetir la dosis cada 20 min. de acuerdo a cifras tensionales y en función de la respuesta materno-fetal hasta 50mg /24 horas).

Nifedipina: Crisis hipertensiva.

1 cápsula sublingual de 10mg, dosis única. Si persiste la crisis hipertensiva se puede administrar nuevas dosis cada 20 a 30 min. hasta cuatro dosis en 24 horas.

Dexametasona: Edema cerebral, síndrome de hellp.

Dosis: 16–24mg, IV dosis inicial, posteriormente 8mg cada 6–8 horas.

Insulina humana de acción rápida regular: Hiperglucemia persistente.

Dosificación de acuerdo a los requerimientos de cada paciente, dosis inicial, IV administrar en solución de dextrosa, posteriormente continuar subcutánea o intramuscular dependiendo de los controles glucémicos.

Furosemida: Insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, prueba diurética en Insuficiencia renal.

Dosis:20 a 40mg, IV cada 12 horas (individualizando dosis y frecuencia).

Diazepam: Crisis convulsiva recurrente, irritabilidad neuromotora cerebral, edema cerebral.

Dosis inicial: 10mg, IV, dosis adicionales según valoración médica por infusión continua (dosis máxima 3mg/kg de peso corporal en 24 horas).

CAPÍTULO IV.

MARCO REFERENCIAL.

Concepto de enfermería.

Es la ciencia y el arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad, con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones independientes.⁷⁰

Concepto de intervención.

Es “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Pueden ser de 2 tipos:

1. Intervención directa: Tratamiento realizado directamente con el paciente y/o familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Pueden ser fisiológicas, psicosociales o de apoyo.
2. Intervención indirecta: Tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.⁷¹

⁷⁰NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [en línea]. México: Diario Oficial de la Federación; 2013 [fecha de acceso 27 de Enero de 2018]. URL disponible en: http://www.dof.gob.mx>nota_detalle, NOM 019.

⁷¹NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera [en línea]. México. [fecha de acceso 18 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.enfermeriaactual.com>nic>.

Filosofía de enfermería.

Reseña histórica del cuidado de enfermería.

La enfermería es una profesión que siguió reglas de sentido común, producto de la observación y la experiencia. Son 6 elementos que configuran esta profesión:

Institucional, autonomía, autorregulación, gremios, noción de servicio y cuerpo de saberes todo interactúa de manera dinámica y permanente, estableciendo las peculiaridades de la primera década del siglo XXI que caracteriza a la profesión de enfermería en nuestro país.

Cuidar es primero y ante todo un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita verdad de actividades dirigidas a mantener, conservar, permitir que la vida continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto individual que no se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene que dar a cualquier persona que lo requiera sea temporal o definitivamente, para asumir sus necesidades vitales.

Ocurre en circunstancias donde la pérdida de la autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo la necesidad de cuidados desde el nacimiento, primera infancia, adolescencia y adultez.

Epistemología del cuidado enfermero.

El ejercicio de la enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, misma que contribuye para que la persona obtenga bienestar en todos los aspectos del ciclo vital.

La práctica de enfermería está dirigida al bienestar social con otras disciplinas, su razón de ser es el cuidado a la persona en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual por lo que requiere aplicar las competencias de la profesión de enfermería a las personas con el fin de prevenir, promover, conservar y recuperar la salud.

Los profesionales de enfermería requieren de fundamentos científicos propios, cristalizados en el proceso enfermero que guíen en forma sistematizada, planeada y organizada su quehacer diario.

- **Filosófico.**

La filosofía comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos. El sistema de creencias y la comprensión determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar. La enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia y elementos de la filosofía del personal de enfermería.

El conocimiento es importante para la enfermería porque es una ciencia en su proceso se basa en la lógica y el método científico. La importancia concedida los valores es esencial para enfermería por que las enfermeras efectúan de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y valores conforme se comprometen con la relación que existe entre la enfermera y el paciente.

El objetivo de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, familia y comunidad sanos o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería.

La definición literal de la filosofía es “amor a la sabiduría”, que se deriva de la combinación de los sustantivos griegos “phila”, que significa amor y “sophia” que quiere decir sabiduría, es decir amor a la sabiduría.

Teniendo en cuenta la definición de filosofía y la suposición de que los seres humanos tienen una inagotable sed de conocimientos, definimos a la “filosofía de la enfermería” son como los resultados intelectuales y afectivos de los esfuerzos profesionales que realizan las enfermeras para:

-Comprender las razones y las relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.

-Enfocar a la enfermería como una disciplina científica.

-Elaborar un sistema personal de creencia en el hombre como ser humano que se desarrolla y se transforma en el medio social donde vive, medio ambiente, salud y enfermería como proceso.

- **Ética.**

La enfermería, como la medicina es una práctica moral lo que significa incorporar una actitud y comportamiento ético, basado en una virtud moral y por la responsabilidad. El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería, las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por tanto, el título y la cédula profesional de la enfermería en México.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad.

El cuidado como objeto de estudio de enfermería.

El cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, el cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida, con una manera particular de entender la vida, salud, la enfermedad y la muerte.

El cuidado como objeto de estudio se ha ido consolidando en las distintas épocas históricas a través de la evolución de los roles que ha cumplido la enfermera, la reflexión filosófica, la indagación científica y el desarrollo que esto sea significado para nuestra disciplina. La transición de una concepción sobre los cuidados con características evidentemente positivistas, técnicas instrumentales, hacia el desarrollo de un pensamiento complejo, multidimensional, holístico, y por lo tanto contra hegemónico, no fue sencilla y requirió el aporte de numerosas enfermeras teorizadoras, que un dialogo fructífero con otras disciplinas científicas, en un proceso de autoafirmación y demarcación de nuestro campo tuvieron la ardua tarea de remontar siglos de historia.

Tipos de cuidados de enfermería.

El primer desarrollo teórico de los cuidados de enfermería como tal, se lo debemos a Florence Nightingale. La fundadora de la enfermería profesional es una exponente apasionada de las teorías de medicina social y epidemiología, en las que recogen las mejores tradiciones del pensamiento científico en salud de su época, y las combina con esta corriente ancestral de cuidados femeninos, dando a las primeras enfermeras profesionales un prestigio y un aura de intangibilidad irreprochable.

La orientación que propone Florence Nightingale es una visión holónica del proceso de curación, la preocupación de la enfermera, que está al lado de las personas enfermas o sanas, consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y muerte, donde está inmerso el proceso salud – enfermedad.⁷²

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

Care: relacionados con las funciones de conservación de la continuidad de la vida.

Representa a todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz o de naturaleza efectiva o psicosocial, aspectos que interfieren entre sí.

Los cuidados cotidianos habituales están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. A medida que se construye la vida

Cure: son los relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida de un grupo nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran sus permanencias y su duración.⁷³

Características de enfermería como disciplina y como profesión.

Cualquier trabajo llevado a cabo por un oficio o una profesión es una operación, un proceso que consiste en transformar diferentes elementos con la ayuda de instrumentos para conseguir un objetivo. Un trabajo es identificable cuando se puede proyectar lo que se pretende conseguir, cuando se conoce la gama de elementos que intervienen en su cumplimiento, los instrumentos necesarios para

⁷²Coollier Francoiser M. Promover La Vida 2nd ed. México, Panamá: Mc Graw Hill; 2012.

⁷³Colliere M. Promover la Vida. 2nd ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2009.

su realización, y cuando se puede presumir de qué forma van a interactuar los elementos e instrumentos.

En la mayoría de los oficios procede de un encuentro del hombre con la materia, de la familiarización recíproca del uno con el otro, el proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro en dos o más seres vivos que poseen los elementos del proceso de cuidados.

Identificar el trabajo de enfermería se requiere reconocer los elementos que participan en la construcción del proceso de los cuidados de enfermería, es decir, especificar a qué conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado y cuáles son las creencias y los valores sobre los que se basa la prestación de los cuidados de enfermería.

Hay que considerar dos aspectos con respecto al conocimiento:

- Las fuentes de conocimiento utilizadas.
- Su modo de organización y utilización.

Meta–paradigma de enfermería.

Es el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería: está constituido por conceptos altamente abstractos que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y las proporciones generales que describen las relaciones entre los fenómenos.

Los fenómenos de interés particular de la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos:

Persona: Se refiere a los receptores del cuidado de enfermería, incluyendo a los individuos, familias, comunidades y otros grupos.

Entorno: Se refiere a las personas significativas al medio ambiente físico de la persona, así como el lugar donde ocurre el cuidado.

Salud: Es el estado de bienestar de la persona que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal.

Cuidado: Se refiere a las acciones o intervenciones emprendidas por las enfermeras en nombre de la persona o junto con ella y las metas o resultados de sus acciones, las cuales son vistas como un proceso sistemático organizado e individualizado que las sustentan.

El meta paradigma constituye un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica especialmente como la base de la construcción de su conocimiento, estableciendo así los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, con lo cual le confiere a esta disciplina del cuidado.

Modelos y teorías.

Los modelos y teorías pueden ser clasificados de acuerdo a la descripción, explicación y conexión de los cuatro conceptos del meta paradigma enfermero.

1. Las teorías y modelos de desarrollo resaltan el crecimiento, progreso y maduración.

-El enfoque principal es cambiar hacia una dirección correcta.

-Este cambio es ordenado y predecible, se produce en estados, niveles o fases específicas.

-La meta es maximizar el crecimiento.

2. El modelo y teorías de sistemas consideran a las personas como sistemas abiertos.

-Cada sistema abierto recibe información del entorno y una vez procesada la devuelve al mismo y se retroalimenta mientras mantiene una atención dinámica de fuerza.

3. Los modelos y teorías de interacción se basan en las relaciones entre las personas.

-El enfoque principal es la persona como elemento activo.

-La meta se logra a través de la interacción recíproca.

Modelos.

Conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio.

Características:

1. Escriben y explican, en ocasiones predicen las relaciones entre los fenómenos.
2. Se componen de conceptos empíricos inferenciales y abstractos.
3. Proporcionan un marco organizado para la valoración, planificación, intervención y evaluación enfermera.
4. Facilitan la comunicación entre las enfermeras y estimulan la acción unificada en la práctica, educación, administración y la investigación.

Teorías.

Serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Verificadas y validadas a través de la investigación.

Características:

1. Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
2. Están compuestas por conceptos y preposiciones.
3. Relacionan conceptos entre sí para crear una forma específica de observar un fenómeno en particular.

Teóricos del modelo y/o teoría.

Desde 1860 a 1959.

1860: Florence Nightingale desarrollo la “Teoría del entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.

1952: Hildegard Peplau publica “Modelo de relaciones interpersonales”, “Interpersonal relations in Nursing”.

1955: Virginia Henderson publica “Definition of nursing”.

Desde 1960 a 1969.

La escuela de enfermería de la universidad de Yale de New Haven, Connecticut, definió a la enfermería como un proceso, interacción y relación.

El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.

1960: Faye Abdellah publica su “Teoría de tipología de los problemas de enfermería”.

1961: Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.

1962: Lydia Hall publica su “Modelo del núcleo, el cuidado y la curación”.

1964: Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del arte de cuidar de la enfermera clínica”.

1966: Myra Levine publica su “Modelo de la conservación”.

1969: Doroty Jhonson publica su “Modelo de sistemas conductuales”.

Desde 1970 a 1979.

1970:Martha Rogers publica su “Modelo de los seres humanos unitarios”.

1971:Dorothea Orem publica su “Teoría general de enfermería”.

1971:Imogene King publica su “Teoría del logro de metas”.

1972:Betty Neuman publica su “Modelo de sistemas”.

1976:La Hermana Callista Roy publica su “Modelo de adaptación”.

1978:Madeleine Leininger publica su “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales”.

1979:Jean Watson publica su “Teoría del cuidado humano”.

Desde 1980 a 1989.

1980:Evelyn Adam publica su “Modelo conceptual de enfermería”.

1981:Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del desarrollo humano”.

1982:Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la perspectiva de vida”.

1983:Kathryn Barnard publica su “Modelo de interacción padre – hijo”.

1984:Patricia Benner publica su “Modelo del aprendiz al experto”.

1985:Ramona Mercer publica su “Teoría del talento para el papel materno”.

1986:Margaret Newman publica su “Teoría de la salud”.

Florence Nightingale. “Teoría del entorno”.

Inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserweth, Alemania, su experiencia en el trato con los soldados enfermos y heridos durante la guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería.

Considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Florence Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

1852: Florence Nightingale con su libro “Notas de enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

El objeto fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él.

Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.⁷⁴

⁷⁴ RLW. Teorías y Modelos de Enfermería. 1st ed. Interamericana: Mc Graw – Hill; 1997.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

Intervención: Cuidados intraparto.

Actividades:

- Determinar si la paciente presenta trabajo de parto.
- Determinar si las membranas se han roto.
- Determinar la preparación y objetivo de la paciente para el parto.
- Preparar a la paciente para el parto, según protocolo, la solicitud del profesional y preferencias del paciente.
- Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad durante la exploración.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la presentación fetal.
- Realizar las exploraciones vaginales que sean adecuadas.
- Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones.
- Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.
- Fomentar la deambulación en la primera fase del trabajo de parto.
- Enseñar técnicas de respiración, relajación.
- Animar a la paciente a que miccione cada 2 horas.
- Administrar analgésicos para proporcionar comodidad y relajación durante el trabajo de parto.
- Observar los efectos de la medicación en la madre y el feto.
- Informar a las pacientes acerca de las opciones de anestesia.
- Ayudar con la anestesia/analgesia/regional, según corresponda.
- Documentar las características del líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o inducida de las membranas.
- Monitorizar el progreso del trabajo de parto, incluyendo exudado vaginal, dilatación cervical, borramiento del cuello, presentación y descenso fetal.
- Obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos invasivos.

- Enseñar técnicas de pujo para la segunda etapa del trabajo de parto, en función de la preparación y preferencias de la madre para el parto.
- Dirigir el segundo estadio del parto.
- Monitorizar los progresos de pujo, descenso fetal, frecuencia cardiaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.
- Preparar el material necesario para el parto.
- Documentar lo que sucede en el parto.

Intervención: Preparación al parto

Actividades:

- Instruir a la madre sobre los signos del parto.
- Instruir a la madre sobre cuando acudir al hospital para el parto.
- Comentar con la madre las opciones para controlar el dolor.
- Instruir a la madre sobre los pasos a seguir si desea evitar la episiotomía, como masajes perianales, ejercicios de Kegel, nutrición óptima y un tratamiento precoz de vaginitis.
- Informar a la madre sobre las opciones del parto si surgen complicaciones.
- Explicar la monitorización sistemática que puede aplicarse durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Comentar las ventajas y los inconvenientes de la lactancia materna o con biberón.
- Instruir a la madre para que prepare los pezones para la lactancia.
- Animar a la madre a ponerse al bebé al pecho después del parto.
- Proporcionar la oportunidad a la madre para que este en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.

Intervención: Inducción al parto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales maternos y fetales antes de la inducción.
- Iniciar medicación IV (oxitocina) para estimular la actividad uterina, si es necesario.
- Vigilar estrechamente el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.
- Evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones uterinas adecuadas.
- Observar si hay insuficiencia uteroplacentaria (desaceleraciones tardías) durante el proceso de inducción.
- Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario hasta la inminencia del parto.

Intervención: Parto.

Actividades:

- Proporcionar orientación anticipatoria del parto.
- Mantener la intimidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.
- Distender el tejido perianal, según corresponda, para minimizar los desgarros o la episiotomía.
- Administrar analgésicos locales antes del parto o la episiotomía.
- Ayudar a la paciente con la postura para el parto.
- Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía.
- Realizar la episiotomía, según se precise.
- Enseñar a la paciente a realizar respiraciones superficiales (<jadeos>) durante la salida de la cabeza.

- Extraer la cabeza fetal despacio, manteniendo la flexión hasta que salgan los huesos parietales.
- Sostener el periné durante el parto.
- Observar la presencia de circular de cordón.
- Aspirar el líquido teñido de meconio, si es el caso.
- Limpiar y secar la cabeza del bebé después de la salida.
- Ayudar en la salida de los hombros.
- Sujetar el cuerpo del bebé.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical después de que hayan cesado los latidos, sino está contraindicado.
- Obtener una muestra de sangre del cordón umbilical si es Rh negativo o si es necesaria para una gasometría de la sangre del cordón.
- Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.
- Asignar la clasificación apgar de 1 minuto.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, a la vez que se protege el fondo uterino.
- Inspeccionar si hay desgarros en el cuello del útero después de la salida de la placenta.
- Administrar analgésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando está indicado.
- Suturar la episiotomía y los desgarros, según corresponda.
- Realizar una exploración rectal para asegurar la integridad de los tejidos.
- Inspeccionar la placenta, membranas y cordón después del parto.
- Calcular la pérdida de sangre después del parto.
- Limpiar el periné.
- Aplicar una compresa perianal.
- Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bebé.
- Documentar el desarrollo del parto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO.

Intervención: Cuidados posparto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales cada 15 a 30 minutos y temperatura.
- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia.
- Indicar a la paciente que miccione antes de la exploración posparto y con frecuencia después.
- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándonos de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Realizar o ayudar con los cuidados perianales (aplicar compresas de hielo, animar a la paciente a tomar baños de asiento y aplicar calor seco).
- Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios.
- Reconfortar a la paciente que presente escalofríos (proporcionar mantas calientes).
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado
- Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.
- Administrar analgésicos.
- Comentar las necesidades de actividad y descanso.
- Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- Proporcionar información sobre los cambios en el estado de ánimo (tristeza, depresión y psicosis postparto), incluidos los síntomas que requieran más evaluación y tratamiento.
- Monitorizar el estado emocional de la paciente.
- Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas.
- Ayudar al progenitor a programar las consultas de exploración del recién nacido y de exploración posparto.

- Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante (vigilar la presencia de eritema, edema, equimosis, exudado y la aproximación de los bordes de la herida).
- Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar el dolor (baños de asiento, deambulaci3n, masaje, compresas de hielo).
- Instruir a la paciente sobre los cuidados perianales para evitarla infecci3n y reducir las molestias.
- Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas (vaciado vesical, palpabilidad, color, olor).
- Facilitar la reanudaci3n de una funci3n intestinal (fecha y hora de la 3ltima defecaci3n, ruidos intestinales, presencia de flato).
- Facilitar la reanudaci3n de la funci3n intestinal normal (administrar ablandadores fecales o laxantes, instruir a la paciente que ingiera l3quidos y fibra, fomentar la deambulaci3n).
- Facilitar la reanudaci3n de una funci3n urinaria normal (fomentar la hidrataci3n, irrigar el periné con agua caliente, fomentar la deambulaci3n).
- Monitorizar las conductas de apego progenitor–lactante.
- Facilitar un apego progenitor–lactante 3ptimo.
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales del lactante.
- Remitir a la paciente a la consulta de lactancia, si est3 indicado.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieran ser notificados de inmediato (fiebre, depresi3n).
- Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones.
- Aplicar medidas para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa profunda (ejercicios en las piernas y aplicaci3n de botas de compresi3n).
- Monitorizar las piernas en busca del signo de Homans y organizar las pruebas adicionales, si es preciso.

-Monitorizar la aparición de depresión o psicosis posparto.

Intervención: Cuidados perianales.

Actividades:

- Mantener a la paciente en posición cómoda.
- Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precisa.
- Proporcionar y ayudar con baños de asiento, si es preciso.
- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.
- Documentar las características del drenaje.
- Proporcionar analgésicos, cuando esté indicado.
- Aplicar la medicación prescrita (antibacteriana, antifúngica), si es adecuado.
- Aplicar una lámpara de calor, cuando esté indicado.
- Instruir a la paciente, si es adecuado sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (infección, dehiscencia cutánea, exantema, exudado anómalo).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSPARTO.

Intervención: Disminución de la hemorragia útero posparto.

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo en hemorragia posparto (historial anterior de hemorragia posparto, partos largos, inducción, preclampsia, expulsivo prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).
- Evaluar la distensión de la vejiga.
- Aplicar hielo en el fondo uterino.
- Fomentar la micción o cateterizar la vejiga distendida.
- Observar las características de los loquios (color, olor, coágulos, volumen).
- Pesar la cantidad de sangre pérdida.
- Eleva las piernas.
- Iniciar una perfusión, IV
- Poner en marcha una segunda vía IV, según corresponda.
- Administrar oxitócicos por vía IV o IM
- Controlar los signos vitales maternos cada 15 min., con mayor frecuencia.
- Cubrir con mantas calientes.
- Monitorizar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.
- Iniciar oxigenoterapia 6–8 litros por minuto por mascarilla facial.
- Realizar sondaje vesical con sonda foley y cistoflo para monitorizar la diuresis.
- Solicitar análisis de sangre urgente al laboratorio.
- Administrar hemoderivados, si es el caso.
- Ayudar al profesional de salud principal con el taponamiento del útero, la evaluación de hematomas o a suturar los desgarros.
- Proporcionar cuidados perianales.
- Prepararse para una histerectomía de urgencia, si es necesario.

Intervención: Administración de medicación.

Actividades:

- Mantener y actualizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Seguir las 10 reglas de la administración correcta de medicación.
- Verificar la receta o la orden medica antes de administrar el fármaco.
- Observar si existe posibles alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender el medicamento, si es adecuado.
- Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.
- Observar la fecha de caducidad en el fármaco.
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación.
- Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.
- Ayudar al paciente a tomar la medicación.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de administración y efecto logrado de la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.
- Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.

Intervención: Administración de hemoderivados.

Actividades:

- Verificar las órdenes del médico.
- Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente.
- Verificar que el hemoderivado se ha probado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor.
- Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad, fecha de caducidad, registrar según el protocolo del centro.
- Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional (prurito, mareo, disnea y dolor torácico).
- Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado y el estado inmunitario del receptor.
- Realizar una venopunción con la técnica apropiada.
- Evitar la transfusión de más de 1UI de sangre o hemoderivado cada vez, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.
- Monitorizar el sitio de punción IV para ver si hay signos de infiltración, flebitis e infección local.
- Monitorizar los signos vitales (estado basal, durante y después de la transfusión).
- Monitorizar una posible sobrecarga de líquidos.
- Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión.
- No transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas.
- Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada 4 horas.
- Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado.
- Registrar la duración de la transfusión.
- Registrar el volumen transfundido.
- Obtener muestras de sangre y la primera muestra de orina emitida después de una reacción transfusional.
- En caso de reacción sanguínea notificarlo inmediatamente al laboratorio.
- Aplicar precauciones universales.

Intervención: Cuidados del embolismo periférico.

Actividades:

- Elaborar una historia clínica detallada del paciente para planificar los cuidados preventivos actuales y futuros.
- Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardíaco (sibilancias de nueva aparición, disnea, taquipnea, taquicardia, síncope).
- Evaluar los episodios de dolor torácico, hombro, espalda o pleurítico (es decir, comprobar la intensidad, localización, irradiación, duración, factores precipitantes y calmantes).
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación de pulsos periféricos. edema. llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Observar si hay dolor en la zona afectada.
- Administrar anticoagulantes.
- Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20° o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso.
- Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento.
- Mantener al paciente en reposo en cama y realizar cambios posturales.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Preparar al paciente para una deambulación y realización de ejercicios de forma precoz bajo la dirección y supervisión de un fisioterapeuta.
- Proporcionar analgesia y medidas de comodidad.
- Elevar las sábanas utilizando un arco para la cama sobre la extremidad afectada.
- Instruir al paciente para que no realice masajes, ni comprensiones sobre el área afectada.

- Controlar el tiempo de protrombina (TP) del paciente y el tiempo de tromboplastina parcial (TTP).
- Monitorizar los efectos secundarios de la medicación anticoagulante.
- Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante periodos prolongados con las piernas en posición de declive.
- Recomendar al paciente que deje de fumar.
- Instruir al paciente y familia sobre las medias de compresión elástica graduadas.
- Instruir al paciente para que tome la medicación anticoagulante a la misma hora todos los días y que no duplique la dosis el día siguiente si ha olvidado una dosis.

Intervención: Punción venosa.

Actividades:

- Verificar la orden del tratamiento IV.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente tiene problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Solicitar al paciente que permanezca inmóvil durante la venopunción.
- Quitar toda la ropa de la extremidad que se va a puncionar.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, las experiencias previas con las punciones IV y cuál es la mano dominante.
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración prevista de uso.
- Elegir una aguja del calibre #18, si es posible, para la administración de sangre en adultos.
- Aplicar compresas calientes, si es necesario, para aumentar el flujo de sangre con el fin de visualizar las venas (pañuelos secos, calientes).

- Aplicar un torniquete 10-12cm por encima del sitio de punción previsto, de forma adecuada.
- Ordenar al paciente que mantenga la extremidad inferior por debajo del nivel del corazón para permitir el máximo flujo sanguíneo al lugar seleccionado.
- Pedir al paciente que abra y cierre el puño varias veces.
- Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.
- Retirar el torniquete lo antes posible.
- Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
- Conectar la aguja al sistema IV, irrigar y conectar a un sistema de cierre relleno con suero salino.
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción IV.
- Etiquetar el apósito del sitio IV, con la fecha, calibre e iniciales de la persona que lo colocó.
- Mantener precauciones universales.

Intervención: Manejo del dolor.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, trabajo, familia).
- Explorar con el paciente los factores que alivian /empeoran el dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor

- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo.

Intervención: Manejo de la hipovolemia.

Actividades:

- Comprobar el estado de líquidos administrados y eliminados.
- Mantener una vía endovenosa permeable.
- Observar los niveles de Hb y Hto.
- Vigilar la pérdida de líquidos (vómito, hemorragia, transpiración, taquipnea, diarrea).
- Vigilar los signos vitales.
- Controlar la respuesta de la paciente a la administración de líquidos.
- Administrar soluciones cristaloides (solución fisiológica, lactato de ringer), coloides (hespan y hemocé) para reemplazar el volumen intravascular, según prescripción.
- Iniciar la administración de líquidos prescrita.
- Vigilar la zona de punción IV, por si hubiese signos de infiltración o infección.
- Controlar las pérdidas de líquidos insensibles (diaforesis o infección respiratoria).
- Mantener la posición adecuada que asegure la perfusión periférica.
- Disponer de productos sanguíneos para la transfusión.
- Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado).
- Vigilar la aparición de reacción transfusional, si procede.
- Observar si hay signos clínicos y síntomas de sobrehidratación.
- Vigilar si hay signos de insuficiencia renal aguda (incremento de BUN y niveles de creatinina, disminución de la diuresis), si es el caso.

Intervención: Manejo del shock: Volumen.

Actividades:

- Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia).
- Administrar líquidos IV como cristaloides y coloides isotónicos.
- Monitorizar el nivel de hb/hto.
- Administrar hemoderivados (CE, plaquetas o PFC).
- Monitorizar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, recuento de plaquetas.
- Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.
- Comprobar todas las secreciones en busca de sangre manifiesta u oculta.
- Controlar el descenso de PAS <90 mmHg o un descenso de 30mmHg en pacientes hipertensos.
- Controlar si hay signos y síntomas de shock hipovolémico (aumento de la sed, frecuencia cardíaca o de las resistencias vasculares sistémicas, oliguria, disminución de los ruidos intestinales o de la perfusión periférica y alteración del estado mental o de respiración).
- Colocar al paciente para una perfusión óptima.
- Insertar y mantener una vía de acceso IV de gran calibre.
- Administrar líquidos IV y hemoderivados calientes.
- Administrar oxígeno y/o intubación mecánica.
- Realizar una gasometría arterial y controlar la oxigenación tisular.

Intervención: Manejo de la vía aérea.

Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o punción mandibular.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea.
- Realizar fisioterapia torácica.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- Fomentar una respiración lenta, profunda, giros y tos.
- Enseñar a toser de forma efectiva.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal.
- Administrar broncodilatadores.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.

Intervención: Monitorización de signos vitales.

Actividades:

- Monitorizar la TA, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la PA.
- Monitorizar la PA mientras el paciente está acostado, sentado, de pie antes y después de cambiar de posición.
- Monitorizar la PA después de que el paciente tome la medicación.
- Auscultar la PA en ambos brazos y comparar.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias.
- Monitorizar el ritmo y FC.

- Monitorizar los tonos cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y ritmos respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizarla la pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, temperatura y humedad de la piel.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Monitorizar la presencia de acropaquias.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne–Stokes, kusmall, biot, atáxico y suspiros excesivos).

Intervención: Monitorización de líquidos.

Actividades:

- Explorar el llenado capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 seg. tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo en que tardará en recuperarse el color, menor a 2 segundos.
- Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la presión un seg. y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada).
- Monitorizar el peso.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina.
- Monitorizar la PA, FC y estado respiratorio.
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas (ingesta oral, infusión IV, antibióticos, líquidos administrados con medicación, sondas).
- Verificar todas las entradas y salidas en pacientes con tratamiento IV, infusión subcutánea, catéteres urinarios, vómito, diarrea, drenaje de herida, afecciones médicas que afecten el balance de líquidos (insuficiencia cardíaca, renal, desnutrición).

- Corregir los problemas mecánicos (sonda acodada o bloqueada) en pacientes que presentan una interrupción súbita de la diuresis.
- Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed.
- Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso.
- Consultar con el médico en caso de diuresis menor de 0.5ml/kg/hra o de ingesta de líquidos en un adulto menor de 2000ml en 24 hrs.
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis.

Intervención: Oxigenoterapia.

Actividades:

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Instruir al paciente sobre la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno conectado.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra a la concentración prescripta.
- Observar si hay signo de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera en los intentos de respirar del paciente.
- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Intervención: Reposición de líquidos.

Actividades:

- Administrar líquidos IV, según prescripción.
- Administrar hemoderivados, según prescripción.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración de cristaloides (suero salino fisiológico y ringer lactato) como coloides (hetalmidón, fracción proteica plasmática).
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar los niveles de BUN, creatinina, proteínas totales y albúmina.
- Monitorizar la presencia de edema pulmonar y la formación de un tercer espacio.
- Observar si hay sobre carga de líquidos.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas.
- Obtener y mantener un acceso IV de gran calibre.

Intervención: Sondaje vesical.

Actividades:

- Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.
- Reunir el equipo adecuado.
- Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor.
- Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía.
- Pre rellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.
- Mantener una técnica aséptica adecuada.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda.

- Colocar al paciente de forma adecuada (mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino).
- Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril.
- Insertar una sonda recta o con balón de retención.
- Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.
- Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.
- Rellenar el balón de la sonda con agua estéril.
- Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje al pie de cama o a la bolsa de pierna.
- Fijar el catéter a la piel.
- Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno de balón.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA DE URGENCIA.

Intervención: Preparación quirúrgica.

Actividades:

- Confirmar la información explicativa preoperatoria.
- Completar la lista de comprobaciones preoperatorias.
- Asegurarse de que el paciente está en dieta absoluta.
- Asegurarse de que la historial del paciente tiene una anamnesis y exploración física completas.
- Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico.
- Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico se encuentran registrados en el historial.
- Comprobar la disponibilidad de transfusiones de sangre.
- Enumerar las alergias en la primera página de la historia.
- Comunicar las consideraciones de cuidados especiales (como ceguera, pérdida auditiva o minusvalía) al personal del quirófano.
- Verificar que la pulsera de identificación del paciente, la pulsera de alergias, de sangre son legible y están en su sitio.
- Retirar las joyas y/o anillos.
- Quitar el maquillaje, esmalte de uñas, horquillas del pelo.
- Extraer dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prótesis.
- Explicar los medicamentos preoperatorios que se utilizarán.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios.
- Poner en marcha la terapia IV, según orden.
- Colocar una sonda nasogástrica o foley, según corresponda.
- Explicar la intubación y el equipo relacionado con las actividades de preparación.
- Realizar afeitado quirúrgico, fricción, ducha, enema y/o irrigación, según corresponda.
- Colocar medidas antiembolia.

- Comprobar que el paciente vista las prendas adecuadas, según las normas del centro.
- Apoyar al paciente con alto nivel de ansiedad/miedo.
- Apoyar a los miembros de la familia, según corresponda.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía.

Intervención: Coordinación preoperatoria.

Actividades:

- Obtener la historia del paciente.
- Revisar la cirugía programada.
- Realizar una valoración física completa.
- Revisar las órdenes médicas.
- Ordenar o coordinar las pruebas de diagnóstico.
- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas.
- Obtener las muestras de sangre.
- Obtener muestra de orina.
- Confirmar la información suministrada por otros profesionales sanitarios.
- Obtener el consentimiento para el tratamiento.
- Comentar los programas de alta postoperatoria.
- Determinar la capacidad de los cuidadores.

Intervención: Manejo de la vía aérea.

Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o punción mandibular.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea.
- Realizar fisioterapia torácica.

- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- Fomentar una respiración lenta, profunda, giros y tos.
- Enseñar a toser de forma efectiva.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal.

Intervención: Administración de anestesia.

Actividades:

- Verificar la identificación del paciente.
- Realizar y documentar la historia clínica del paciente, evaluación física, valoración de estados anteriores, alergias, contraindicaciones contra agentes o técnicas específicas.
- Desarrollar y documentar un plan de anestesia adecuado para el paciente y para el procedimiento.
- Colaborar con los profesionales sanitarios involucrados en todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Informar al paciente sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas sus inquietudes.
- Obtener un consentimiento informado.
- Realizar una comprobación de seguridad de todo el equipo de anestesia antes de la administración de cada anestésico.
- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y reanimación.
- Poner en marcha las líneas de monitorización invasiva, e iniciar modalidades de monitorización no invasivas.
- Administrar la medicación preanestésica y los líquidos correspondientes.
- Ayudar al traslado del paciente desde la camilla a la mesa de operaciones.
- Colocar al paciente de forma que se eviten lesiones por presión y la afectación de nervios periféricos.

- Administrar el anestésico en consonancia con las necesidades de cada paciente, la evaluación clínica y con las normas de práctica de cuidados de anestesia.
- Determinar las pérdidas aceptables de sangre y administrar sangre.
- Calcular las necesidades de líquidos adecuadas y administrarlos por vía IV.
- Monitorizar los signos vitales suficiencia respiratoria, circulatoria, respuesta a la anestesia, parámetros fisiológicos; medir y evaluar los valores de laboratorio.
- Administrar medicamentos y líquidos complementarios necesarios para controlar el anestésico, mantener la homeostasis fisiológica y corregir las respuestas adversas o desfavorables a la anestesia y cirugía.
- Trasladar al paciente a la unidad de reanimación post anestésica o de cuidados intensivos con la correspondiente monitorización y oxigenoterapia.
- Facilitar un informe completo del paciente al personal de enfermería al llegar al paciente a la unidad.
- Controlar el dolor postoperatorio y los efectos secundarios del anestésico.
- Comprobar la recuperación y la estabilidad del paciente durante el periodo postoperatorio inmediato antes de la transferencia de cuidados.

Intervención: Manejo de la sedación.

Actividades:

- Revisar el historial del paciente y los resultados de las pruebas diagnósticas para determinar si cumple con los criterios del centro para que se administre sedación consciente por parte de una enfermera titulada.
- Comprobar si existen alergias a fármacos.
- Determinar la última ingesta de alimentos y líquidos.
- Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación consciente.
- Obtener el consentimiento escrito.
- Evaluar el nivel de conciencia del paciente y los reflejos de protección antes de proceder con la sedación consciente.

- Determinar los signos vitales basales, saturación de oxígeno, electrocardiograma, talla y peso.
- Asegurarse que el equipo de reanimación de urgencia está disponible con facilidad en concreto, una fuente para administrar oxígeno al 100%, indicación de urgencia y un desfibrilador.
- Canalizar una vía IV.
- Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente.
- Comprobar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente, saturación de oxígeno y electrocardiograma.
- Observar si producen efectos adversos como consecuencia de la medicación, como agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de una afección persistente.
- Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta o traslado de unidad (escala Aldrete).
- Dar el alta o trasladar al paciente.
- Proporcionar instrucciones de alta escritas.

Intervención: Reposición de líquidos.

Actividades:

- Administrar líquidos IV, según prescripción.
- Administrar hemoderivados, según prescripción.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración de cristaloides (suero salino fisiológico y ringer lactato) como coloides (hetalmidón, fracción proteica plasmática).
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar los niveles de BUN, creatinina, proteínas totales y albúmina.

- Monitorizar la presencia de edema pulmonar y la formación de un tercer espacio.
- Observar si hay sobre carga de líquidos.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas.
- Obtener y mantener un acceso IV de gran calibre.

Intervención: Regulación de la temperatura: Perioperatoria.

Actividades:

- Identificar y analizar el tipo de anestesia previsto para el paciente con el equipo quirúrgico.
- Identificar los factores de riesgo del paciente de experimentar anomalías de la temperatura corporal (anestesia general o regional mayor, edad, traumatismos graves).
- Precalentar al paciente con el dispositivo de calentamiento activo (el calentamiento mediante aire forzado) durante al menos 15 min. antes de la anestesia.
- Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia.
- Minimizar la exposición de los pacientes durante la preparación y el procedimiento quirúrgico.
- Proporcionar soluciones de irrigación caliente o fría.
- Monitorizar la temperatura de soluciones de irrigación.
- Calentar o enfriar los líquidos IV.
- Proporcionar y regular el calentador de sangre.
- Monitorizar los aumentos y disminuciones anormales o no intencionadas de la temperatura corporal.
- Monitorizar los resultados de laboratorio (gasometría arterial, electrolitos).
- Mantener el equipo de emergencia y suministros para hipertermia maligna.
- Iniciar el protocolo de hipertermia maligna, según corresponda.
- En los cambios de turno transmitir la información sobre el riesgo del paciente de presentar anomalías de la temperatura (riesgo personal o familiar de hipertermia maligna).

-Asegurarse de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente está despierto y alerta.

Intervención: Desintubación endotraqueal.

Actividades:

- Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación normalmente con el cabecero de la cama elevada 75°.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía endotraqueal.
- Aspirar la vía aérea y bucal.
- Desinflar el balón de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal.
- Animar al paciente a que tosa y expectore.
- Administrar oxígeno.
- Estimular la tos y respiración profunda.
- Observar si hay dificultad respiratoria.
- Observar si hay signos de oclusión de la vía respiratoria.
- Vigilar los signos vitales.
- Favorecer el descanso de la voz durante 4-8 horas.
- Comprobar la capacidad de deglución y conversación.

Intervención: Cuidados post anestesia.

Actividades:

- Revisar las alergias del paciente, incluida la alergia al látex.
- Administrar oxígeno.
- Comprobar la oxigenación.
- Proceder a la ventilación.
- Controlar la cantidad y número de respiraciones.
- Obtener un informe de la enfermera de quirófano y de anestesia.
- Vigilar y registrar los signos vitales cada 15 min. o más a menudo.
- Controlar la temperatura.
- Administrar medidas de calentamiento (mantas calientes, mantas de convección).

- Vigilar la diuresis.
- Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor.
- Administrar antieméticos.
- Administrar antagonistas de los narcóticos.
- Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- Vigilar el estado neurológico.
- Observar el nivel de conciencia.
- Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales.
- Comprobar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioro en el estado del paciente.
- Administrar medicación IV, para controlar los escalofríos.
- Comprobar la zona de intervención.
- Ajustar la cama.
- Proporcionar intimidad.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.
- Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta.
- Pasar la información sobre el paciente a la unidad de cuidados postoperatorios.
- Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

Intervención: Vigilancia de la piel.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel o mucosas.
- Valorar el estado de la zona de incisión.
- Vigilar el color y temperatura de la piel.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas, pérdida de la integridad de la piel y mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y mucosas.

Intervención: Facilitar el duelo.

Actividades:

- Identificar la pérdida.
- Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar la expresión de duelo.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.
- Explicar las fases del proceso de duelo.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo.⁷⁵

⁷⁵Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed. Madrid-España: Elsevier.

CONCLUSIÓN.

La hemorragia posparto es una emergencia obstétrica que ha ido en aumento dentro de la practica hospitalaria ya sea en hospitales públicos y privados teniendo una mayor incidencia en países en vías de desarrollo. Cabe destacar que se pueden presentar diferentes causas dentro de las que encontramos como principales la atonía uterina y la anemia.

Presentando complicaciones tales como shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de sheen, fallo renal, paro cardiaco en donde está comprometido un órgano o hasta la sobrevida materna. Razón por la cual el equipo de salud comenzando desde el triage obstétrico, debe realizar una adecuada valoración y semaforización de la emergencia, siguiendo los protocolos del centro y las guías de práctica clínica conocidos perfectamente por el personal a cargo en la activación del código mater o ERIO para atender la urgencia hasta su posible estabilización hemodinámica.

Es de suma importancia que las intervenciones realizadas por la licenciada en enfermería sean integrales, eficaces y orientadas principalmente en el tratamiento de la hemorragia posparto con una detención oportuna, adecuada en el cumplimiento del régimen terapéutico desde el ingreso de la paciente al área del triage obstétrico hasta su alta del hospital.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.

1. Se recomienda una nueva divulgación y promoción de las guías de práctica clínica para que todo el personal recuerde la importancia del manejo activo del alumbramiento, de esta manera reducir la hemorragia posparto con medidas sencillas mencionadas en dicha guía, ya que la hemorragia posparto sigue siendo la principal causa de mortalidad materna.
2. Realizar revisiones exhaustivas del canal de parto en pacientes que hayan presentado factores asociados a desgarros y/o lesiones vaginales, perianales.
3. Efectuar la episiotomía solo en casos necesarios, no de forma rutinaria y realizando una incisión medio lateral, si es el caso.
4. Realización correcta de la historia clínica de cada paciente que ingresa al servicio de gineco-obstetricia, para obtener datos confiables, los mismos que servirán para detectar pacientes con un alto grado de padecer hemorragia posparto.
5. El personal de enfermería debe realizar una valoración céfalo-podal adecuada para identificar las necesidades de la paciente y poder realizar las intervenciones adecuadas para su pronta recuperación.
6. Capacitación constante del personal médico, paramédico, enfermería para establecer un diagnóstico adecuado y por tanto el tratamiento correcto en cada caso de forma individualizada.
7. Tomando en cuenta la anemia como factor de riesgo importante para el desarrollo de esta complicación, se debe concientizar a la mujer en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS. Manejo de las complicaciones en el embarazo y parto. Ginebra OMS 2012. Pág. 150
2. Hemorragia postparto-Artículo 2013 [en línea]. México [fecha de acceso 14 de Febrero de 2018]. URL disponible en:<http://www.recyt.fecyt.es/index.php>
3. Dirección General de Epidemiología (DGE), Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica [en línea]. México; 2017 [fecha de acceso 08 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.omm.org.mx>
4. Ley General de Salud [en línea]. México: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación; 1984, última reforma publicada DOF 17 de Noviembre de 2017. [fecha de acceso 17 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>
5. Castán S., Tobajas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
6. Alfaro N., Villaseñor M., Valadez I., Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. medigraphic Artemisa [en línea]. 2014 [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]; No.1 URL disponible en:<http://www.medigraphic.com>
7. Clavero J. A., Historia del Parto. Madrid Real Academia Nacional de Medicina; 2016.
8. Castán S., Tobajas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
9. Parte VI Puerperio [en línea]. México, 2014. [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.sld.cu>

10. Casella C. A., Gómez V. G., Maidena D. Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]; no. 100. Pág.: 2-6.
11. Aguaron G. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio. Lactancia materna [en línea]. Complejo hospitalario universitario de Albact; 2012[fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.chospab.es>
12. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto [en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2014[fecha de acceso 23 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.apps.who.int>
13. Austurizaga P., Hemorragia Obstétrica. Revista Médica La Paz 2014; 20(2): 2
14. Toledo L., Hemorragia Postparto. Revista Médica La Paz 2015, 27(8): 6.
15. Solari A., Hemorragia del Postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes 2014; 25 (6):993 -1003.
16. Gamboa C., Valdés S. Mortalidad materna en México. [en línea]. México, D. F; 2015 [fecha de acceso 30 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.diputados.gob.mx>
17. Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia, Guía de Práctica Clínica [en línea]. México, Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en <http://www.cenetec-difusion.com>
18. Campos D., Villarreal G., Hemorragia Postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica (Costa Rica) 2014; LXXI (613): 785–788.

19. Silvares A., Rubio C., Hemorragia postparto secundaria o tardia. Ginecol Obstet Mex (México)
20. Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.
21. Pérez S., Karlsson H., Hemorragia postparto. scielo [en línea]. 2013, [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]; No. 32 URL disponible en: <http://www.scielo.isciii.es>
22. Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.
23. Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.salud.gob.mx>
24. Pagés G., Martell A. Capítulo 41: Intervenciones Menores [en línea]; 2014. [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.fertilab.net>
25. Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013. [fecha de acceso 16 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.salud.gob.mx>
26. Cuadro No. 6: Manual breve de emergencias obstétricas [en línea]; 201 [fecha de acceso 12 de Febrero de 2018]. URL disponible en:<http://www.sogiba.org.ar>>document...
27. Parra V. Shock hemorrágico. Revista Médica Clínica Condes [en línea]. 2012, [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]; No. 22. URL disponible en:<http://www.clc.cl>

28. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia, Guía de Práctica Clínica [en línea]. Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017] URL disponible en:<http://www.cenetec-difusion.com>
29. Cuadro No. 7: Rivera M. Hemorragia obstétrica y Choque hipovolémico [en línea]. México, D.F.; 2014 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.files.sld.cu>
30. Insuficiencia Renal Aguda [en línea]; 2016. [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.medicina-ucr.com>
31. Malvino E. Shock hemorrágico en obstetriciaTomoll [en línea]. Buenos Aires Argentina; 2012. [fecha de acceso 20 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.fasgo.org.ar>
32. Contreras E. Síndrome de Sean: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. 2013 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]; No. 4. URL disponible en:<http://www.scielo.org.co>
33. De la Rosa A., Girado G. Hipotuitarismo secundario a hemorragia posparto. Revista médica científica [en línea]. 2015 [fecha de acceso 19 de Enero de 2018]. URL disponible en:<http://www.revistamedicocientifica>
34. Frenk J., Ruelas E., Tapia R. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2013 [fecha de acceso 30 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.ipasmexico.org>
35. Nápoles D., García D. Hemostasia normal y coagulación intravascular diseminada en obstetricia. Medisan [en línea]. 2012 [fecha de acceso 18 de Enero de 2018]; No.16. URL disponible en:<http://wwwbvs.sld.cu>

36. Calle A., Barrera M., Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Ver Per Ginecol Obstet [en línea]. 2012 [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]; No. 54. URL disponible en:<http://www.spog.org.pe>
37. Castán S., Tobjas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
38. Alvarado J. D., Martínez P. J., Colón J. P. Manejo de la hemorragia posparto [en línea]. Guías de Práctica Clínica; 2013. [fecha de acceso 10 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.igssgt.org>
39. Adell A., Araujo A. Protocolo: Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva [en línea]. [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.osakidetza.euskadi.eus>
40. Iratí G. Hemorragia puerperal [en línea]. Revista de Posgrado de la vía Catedra (Nordeste) 2012; 206.
41. Torre T., León M. A., Carrillo R. Guías de práctica clínica para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología (México) 2017; 40(2): 420-421.
42. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto [en línea]. Organización Mundial de Salud; 2014 [fecha de acceso 10 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.apps.who.int>
43. Moreno A., Corrales M. Hemorragia posparto [en línea]. Clases de Residentes; 2013. [fecha de acceso 12 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.hun.es>
44. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia, Guía de Práctica Clínica [en línea]. Ciudad de México; 2017. [fecha de acceso 16 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.cenetec-difusión.com>

45. Winograd R. M., Salcedo L., Bolatti H. Manejo de la hemorragia obstétrica crítica [en línea]. Argentina; 2014. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.fasgo.org.ar>
46. Vázquez J. M. Manual básico de Obstetricia y Ginecología [en línea]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015 [fecha de acceso 14 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.ingesa.mssi.gob.es>
47. Martínez O., Guash E., Cueto I. Manual práctico de emergencias obstétricas [en línea]. INYECCMEDIA S. L.; 2014 [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.simulacionobsgin.com>
48. Castán S., Tobojas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
49. Pérez S., Karlsson H. Hemorragia posparto. Scielo [en línea]. 2013, [fecha de acceso 22 de Diciembre de 2017]; No. 32. URL disponible en: <http://www.scielo.isciii.es>
50. Cabrera S. Hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (Perú) 2012; 56(3): 24-32.
51. Asprea I., Lipchack D., Di Marco I. Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica manual breve de práctica clínica [e línea]. Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2013. [fecha de acceso 06 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.msal.gob.ar>
52. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas [en línea]. Nicaragua: Gobierno de Nicaragua: Ministerio de Salud MINSAL; 2014. [fecha de acceso 06 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.maternoinfantil.org>
53. Fescina R., Mucio B., Ortíz E., Jarquín D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [en línea]. Montevideo: CLAP/SMR; 2012.

[fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.paho.org>

54. Winograd R. M., Salcedo L., Bolatti H. Manejo de la hemorragia obstétrica crítica [en línea]. Argentina; 2014. [fecha de acceso 29 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.fasgo.org.ar>
55. Abalos E., Aspreal., García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto [en línea]. Ministerio de Salud; 2015. [fecha de acceso 13 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.sogiba.org.ar>
56. Silvares A., Rubio C. Hemorragia posparto secundaria a tardía. Ginecol Obstet Mex (México) 2017; 85(4): 254-266.
57. Cabrera S. Hemorragia posparto. Revista Peruana de Ginecología u Obstetricia (Perú) 2012; 56(3): 24-32.
58. Mondragón H. Obstetricia Básica Ilustrada. México: Trillas; 2014.
59. Castán S., Tobjas J. J. Obstetricia para matronas. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
60. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la Hemorragia posparto [en línea]. Organización Mundial de Salud; 2014 [fecha de acceso 17 de Noviembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.apps.who.int>
61. Emergencias obstétricas hemorrágicas [en línea]; 2015. [fecha de acceso 19 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.anestesia.org.ar>>search>c.php man
62. Pinto A. Rotura uterina. Clase de Residentes; 2014.

63. Moreno A., Corrales M. Hemorragia posparto [en línea]. Clase de Residentes; 2013. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en:<http://www.fasgo.org.ar>
64. Solari A., Guerrero M., Enríquez O. Hemorragia del posparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes 2014; 25(6): 993-1003.
65. Herrera J. E. Código mater, Que son y cómo se forman. [en línea]. México: Ver. Med. Inst. Mex; 2015. 56(5): 151-166. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.comeoc.org.mx>
66. Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.
67. Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.
68. Herrera J. E. Código mater, Que son y cómo se forman. [em línea]. México: Ver. Med. Inst. Mex; 2015. 56(5): 151-166. [fecha de acceso 03 de Diciembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.comeoc.org.mx>
69. Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en:<http://www.cnesgr.salud.gob.mx>.
70. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [en línea]. México: Diario Oficial de la Federación; 2013 [fecha de acceso 27 de Enero de 2018]. URL disponible en: http://www.dof.gob.mx>nota_detalle, NOM 019.

71. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera [en línea]. México. [fecha de acceso 18 de Enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.enfermeriaactual.com>nic>.
72. Coollier Francoiser M. Promover La Vida 2nd ed. México, Panamá: Mc Graw Hill; 2012.
73. RLW. Teorías y Modelos de Enfermería. 1st ed. Interamericana: Mc Graw – Hill; 1997.
74. Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.
75. Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed. Madrid-España: Elsevier.
76. Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater en el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.
77. Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en:<http://www.cnesgr.salud.gob.mx>.

ANEXOS.

TRIAGE OBSTÉTRICO.

Es un protocolo de atención de primer contacto ante una emergencia obstétrica, tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio, la materna o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas.

Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del código mater para la participación del ERIO.

Clasificación.

De acuerdo a su condición clínica de la paciente, a su valoración, signos vitales, interrogatorio.

Y se maneja por tres distintos colores.

Código Rojo (emergencia)

Atención inmediata, se considera que la paciente se encuentra comprometida la función vital del binomio o la materna.

Elementos.	Criterios de Evaluación.
Observación.	La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la conciencia con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.
Interrogatorio*	Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgias, acufenos, fosfenos.
Signos vitales.	Con cambios graves en sus cifras: -En caso de hipertensión arterial igual o mayor a 160/110mmHg, en caso de hipotensión la TA igual o menor a 89/50mmHg correlacionar con la FC. -Índice de Choque: >0.8 FC entre la TAS. -FC, menor de 45 o mayor de 125 lpm, siempre correlacionar con cifras de TA. -Temperatura mayor a 39°C, o menor a 35°C. -La FR se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 rpm.

Cuadro No. 9: Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater em el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.

Código Amarillo (urgencia calificada).

Elementos.	Criterios de evaluación.
Observación.	La paciente se encuentra consiente sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
Interrogatorio*	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.
Signos vitales.	Cambios leves en sus cifras: -TA está entre 159/109mmHg y 140/90mmHg, en caso de hipotensión, la TA está entre 90/51 y 99/59mmHg, correlacionar con la FC. -FC con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 lpm, siempre correlacionar con cifras de TA. -Índice de Choque: (0.7 a 0.8) FC entre la TAS -Temperatura de 37.5°C a 38.9°C.

Cuadro No. 10: Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en:<http://www.cnesgr.salud.gob.mx>

Código Verde (urgencia NO calificada).

Pacientes sin antecedentes, en procesos agudos estables, su atención será de 30 a 60 minutos.

Elementos.	Criterios de Evaluación.
Observación.	La paciente se encuentra consiente sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica en la piel. No existen datos de alarma obstétrica grave.
Interrogatorio	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente al interrogatorio sobre datos de alarma obstétrica.
Signos vitales.	Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.

Cuadro No. 11: Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater em el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.

Responsabilidades y funciones del personal de salud.

Directivo del hospital: Directora, subdirectora médica.

- Participa en la planeación, implementación, capacitación, evaluación, supervisión y control de la prestación del servicio.
- Gestiona recursos necesarios (humanos y materiales).

La jefa del servicio de obstetricia.

- Coordina las acciones del personal asignado al triage.
- Supervisa el proceso de atención.

El personal del triage obstétrico.

- Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención.
- Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel del código rojo, activar el código mater, para la participación del ERIO.
- Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del triage y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención.
- En caso de código verde, completa el llenado del formato del triage y envía a la paciente a la sala en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos.
- Mantener contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.
- Registrar en los censos de control las intervenciones realizadas en el triage.
- Participa en la planeación de los recursos para la operación del triage obstétrico.
- Establece coordinación con el personal participante en el otorgamiento del servicio.
- Entrega la información requerida para el correcto monitoreo del servicio.
- Participa en reuniones de capacitación e inducción al puesto a otros integrantes del triage y se capacita continuamente.

Personal administrativo y de vigilancia.

-Recibe a la paciente en el acceso general o en urgencias de la unidad médica.

Facilita el libre paso de la paciente al área del triage.

-Orienta respecto a la ubicación de la unidad del triage.

-Apoya la movilidad de la usuaria si fuera necesario.

Camilleros.

-Apoya en el traslado de la paciente.⁷⁶

Procedimiento de operación del triage obstétrico.

El procedimiento inicia con la recepción de pacientes obstétricas al área del triage obstétrico y termina con su derivación al área correspondiente, dependiendo del código establecido.

⁷⁶ Alvarado R. M., Arroyo M., Hernández C., Vélez M., Márquez P. Manejo del triage obstétrico y código mater em el Estado de México. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (México) 2013; 9(2): 61-76.

Área y persona que interviene.	Actividad.	Descripción.
Personal administrativo o de vigilancia.	1	Recibe a la paciente, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia.
	2	Si la paciente deambula, orienta respecto a la ubicación del servicio de triage obstétrico.
	3	Orienta al familiar respecto de la ubicación del servicio de Triage Obstétrico.
	4	Si la paciente no puede deambular buscar un medio de transporte adecuado (silla de ruedas o camilla) que facilite el ingreso de la paciente al área de triage obstétrico.
Camilleros.	5	Apoyan en el traslado de la paciente.
Responsables del triage obstétrico.	6	Recibe a la paciente obstétrica en el área de triage obstétrico.
	7	Valora a la paciente y determina la transferencia al área correspondiente dependiendo del código asignado: Rojo: Se activa código mater.
		Amarillo: Entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico.
		Verde: Orienta y pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo al turno de llegada.
	8	Registra las acciones y datos requeridos en el formato de asistencia de evaluación del triage obstétrico.
9	Integra el formato del sistema de evaluación del triage obstétrico al expediente clínico.	
	10	Fin del proceso. ⁷⁷

Cuadro No. 12: Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en: <http://www.cnesgr.salud.gob.mx>.

⁷⁷Triage obstétrico, Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento técnico [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2016. Pág.: 23, [fecha de acceso 02 de Diciembre de 2017] URL disponible en: <http://www.cnesgr.salud.gob.mx>.