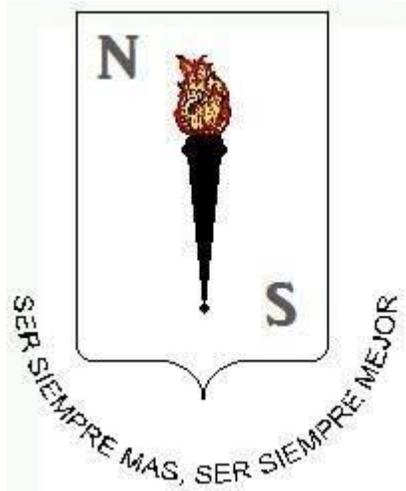


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA
HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO EN VISIÓN DE MARLEEN TEMMERMAN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LILIAN CONTRERAS YAÑEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



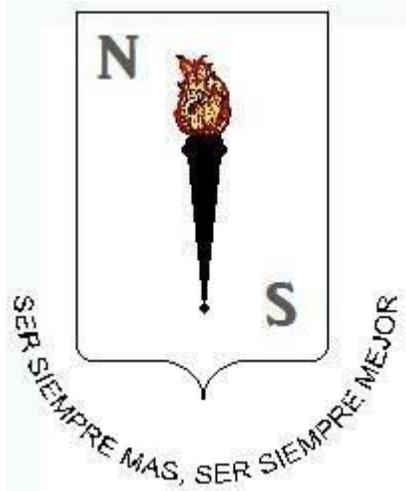
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA
HEMORRAGIA EN EL PUERPERIO EN VISIÓN DE MARLEEN TEMMERMAN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LILIAN CONTRERAS YAÑEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2021.

Agradecimiento

A Dios

Por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo.

A mi Madre

Merece reconocimiento especial, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi Padre

Que con su esfuerzo y trabajo me ayudo a culminar mi carrera universitaria.

A mis Hermanos

Agradezco infinitamente que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que puedo llegar a ser. Ojala algún día yo me convierta en esa fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

A mi Tía

Por siempre estar en todo momento.

Dedicatoria

Principalmente a Dios por ser el inspirador y darme fuerza para continuar.

A mis padres, a esas grandes personas que nunca se rindieron en los momentos más difíciles que con su fortaleza, cariño y paciencia, me han enseñado el camino correcto, por brindarme ese apoyo y ese amor incondicional que siempre han demostrado, que con su lucha y esfuerzo han contribuido a este gran logro que es el comienzo de tantos.

A una persona muy especial que es y será un gran ejemplo de vida, con su fuerza me enseñó que no hay imposible, que todo lo que me proponga se puede lograr. Con ese gran corazón me enseñó que la vida está llena de grandes regalos y bendiciones, quien siempre estuvo conmigo en todo momento apoyándome y siempre estará presente para mí.

A mis hermanos que estuvieron siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa.

A mi tía y a mi primo, a quienes quiero, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. VIDA Y OBRAS.....	8
2.2. INFLUENCIAS	11
2.3. HIPÓTESIS.....	12
2.4. JUSTIFICACIÓN.....	12
2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.6. OBJETIVOS.....	13
2.6.1. GENERAL.....	13
2.6.2. ESPECÍFICOS	13
2.7. MÉTODOS.....	14
2.7.1. CIENTÍFICO.....	14
2.7.2. INDUCTIVO	14
2.7.3. DEDUCTIVO	15
2.7.4. MAYÉUTICA	15
2.8. VARIABLES.....	15
2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS	16
2.10. GRAFICADO	19
3. “INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA DETECTAR OPORTUNAMENTE LA HEMORRAGIA POSPARTO.”	25
3.1. ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA POSTPARTO.....	25
3.2. GESTACIÓN.....	28
3.3 PARTO.....	29
3.4. PUERPERIO	32
3.5. CESÁREA	34
3.6. HEMORRAGIA.....	38
3.7 HEMORRAGIA POSTPARTO	39
3.8. PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	42
3.9. INVERSIÓN UTERINA.	44
4. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	45
4.1 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	45

4.2. RUPTURA UTERINA.....	48
4.3. PLACENTA PREVIA.....	51
4.4. ATONÍA UTERINA.....	54
4.5. TRATAMIENTO TRANSFUCIONAL.....	57
4.6. RETENCIÓN PLACENTARIA Y RESTOS PLACENTARIOS.....	58
4.7. ACRETISMO PLACENTARIO.....	59
4.8. DESGARROS O LACERACIONES DEL TRACTO GENITAL.....	60
4.9. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	62
5. EMBARAZO.....	69
5.1. CONCEPTO.....	69
5.2. ETAPAS.....	69
5.3. CLASIFICACIÓN.....	70
5.4. CARACTERISTICAS.....	73
5.5. CAUSAS.....	75
5.6. CONSECUENCIAS.....	75
5.7. DETECCIÓN.....	76
5.8. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO.....	77
5.9. FARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.....	82
6. ABORTO.....	85
6.1. CONCEPTO.....	85
6.2. CLASIFICACIÓN.....	86
6.3. CAUSAS.....	89
5.4. SIGNOS Y SINTOMAS.....	92
6.5. FACTORES DE RIESGO.....	92
6.6. COMPLICACIONES.....	94
6.7. DETECCION.....	99
6.8. TRATAMIENTO.....	100
6.9. CUIDADOS.....	105
7. MANEJO OBSTETRICO.....	105
7.1. HEMATOMAS.....	105
7.2. COAGULOPATIAS.....	106
7.3. PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.....	106
7.4. MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO.....	107

7.5. USO DE MISOPROSTOL EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO	108
7.6. MANEJO OBSTETRICO: MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA.	109
7.7. HISTERECTOMIA OBSTETRICA.	111
7.8. SHOCK HEMORRAGICO DE ORIGEN OBSTETRICO	112
7.9. SEPSIS PUERPERAL	113
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	114
8.1. ¿QUE ES ENFERMERÍA?	114
8.2. ENFERMERÍA PERINATAL.....	116
8.3. ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL.....	116
8.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	117
8.5. VIRGINIA HENDERSON	117
8.6. ACTUACIONES DE ENFERMERIA ANTE UNA HEMORRAGIA	118
8.7. DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS	119
8.8. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO..	120
8.9. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO	121
9. CONCLUSIÓN	122
10. BIBLIOGRAFÍA	125
10.1. BÁSICA.....	125
10.2. COMPLEMENTARIA	126
10.3. ELECTRÓNICA	127
11. GLOSARIO	128
12. ANEXOS	136

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América latina y del caribe, La mortalidad materna es un problema de salud pública, pues su grado de impacto no se ha podido disminuir significativamente.

La OMS, reporta que existen en el mundo 536 000 muertes maternas al año, de las cuales 140 000 son originadas por hemorragia obstétrica, representando el 25% del total de las muertes maternas y su prevalencia varía entre los países desarrollados (0.16 a 8.8/100). Más del 50% de estas muertes se presentan dentro de las primeras 24 horas postparto.

En México la Hemorragia Obstétrica, representa la segunda causa de muerte materna, más de la mitad se producen dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, debido generalmente a la excesiva pérdida de sangre. Ante la situación, es necesario que se analice el nivel de calidad de las intervenciones del personal de salud, pues deben realizarse con conocimiento, actitud y compromiso.

Entre el equipo profesional de salud, el personal de enfermería es un elemento clave para la prevención y detección oportuna de la hemorragia obstétrica y puede proporcionar los primeros cuidados en el manejo del evento obstétrico.

Este trabajo tiene como finalidad identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre las medidas preventivas de la hemorragia obstétrica y proponer una intervención en base a los resultados que permita coadyuvar en la resolución del problema.

La hemorragia obstétrica en sí representa una causa potencial de morbimortalidad materna y fetal, es rara antes de las 24 semanas, y cuando se produce, el tratamiento de la madre es prioritario.

Pueden deberse a cierto desprendimiento de una placenta insertada en la proximidad del orificio cervical interno (placenta previa) o por el desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina (desprendimiento prematuro de placenta); otras causas son rotura de vasos previos, rotura uterina, rotura del seno marginal de la placenta y lesiones del canal del parto (pólipos, procesos tumorales, ectopia, varices, etc.)

Dentro del contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente, presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico. Este período es de gran riesgo, debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente.

La hemorragia obstétrica puede deberse a diferentes causas las cuales pueden dividirse de acuerdo a las semanas de gestación y de acuerdo al período obstétrico.

El tratamiento inicial que se da como prevención de hemorragia postparto, y que reduce la morbilidad es el manejo activo del tercer período del trabajo de parto a través del masaje uterino y tracción controlada del cordón umbilical. El manejo activo también incluye el uso de uterotónicos como la oxitocina.

Sin embargo el manejo específico está directamente relacionado con la causa que produjo la hemorragia obstétrica y el médico deberá estar preparado para llevar a cabo los procedimientos de urgencia necesarios, así como manejar oportunamente las complicaciones que en ocasiones son catastróficas para la madre y el recién nacido.

La gran mayoría de las hemorragias tienen lugar en el postparto inmediato. La causa más frecuente de hemorragia postparto es la atonía uterina, aunque también el traumatismo genital, la rotura uterina, el tejido placentario retenido o los trastornos de la coagulación pueden provocar una hemorragia postparto.

La mayoría de estas muertes son prevenibles, ya que la atención prenatal durante el embarazo, la asistencia capacitada durante el parto y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto pueden prevenir la aparición de las complicaciones que más frecuentemente causan la muerte materna, situándose como se ha explicado previamente, la hemorragia postparto a la cabeza de dichas complicaciones.

En los países desarrollados, a pesar de la identificación de una serie de factores de riesgo para la hemorragia postparto, la incidencia de esta ha aumentado sustancialmente en la última década, debido principalmente a un aumento de los casos por atonía uterina. En base a estos datos, las matronas y enfermeras de las unidades de cuidados maternos independientemente del lugar de trabajo, tendrán la posibilidad de encontrarse con algún caso de Hemorragia postparto, por ello deben ser capaces de identificar el problema, tomar las decisiones adecuadas y de poner en práctica la atención de emergencia.

Una identificación temprana y el manejo inmediato de la hemorragia postparto son de suma importancia para prevenir la morbilidad y mortalidad materna. La matrona es la figura principal en la atención al parto. Sus competencias incluyen entre muchas otras, el control de la hemorragia y la hemorragia postparto, mediante el uso de técnicas apropiadas y administración de agentes uterotónicos según pauta o protocolo, así como la realización de la compresión bimanual interna del útero para controlar su correcta involución en caso de ser necesario. Teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes provocadas por la hemorragia postparto son evitables, y que será el colectivo de matronas, junto con las enfermeras de las unidades de atención a la mujer en el embarazo quienes vayan a realizar el control inicial en una hemorragia postparto. Es imprescindible, que conozcan la entidad, los

factores de riesgo asociados, y las distintas técnicas disponibles así como su eficacia, con el objetivo de llevar a cabo la atención de la hemorragia postparto con la mayor calidad y seguridad posible.

La mortalidad maternal continúa siendo un indicador de salud con grandes diferencias entre clases sociales, zonas urbanas y rurales y por supuesto entre distintos países. La mayoría de estas muertes son prevenibles, ya que la atención prenatal, la asistencia capacitada durante el parto y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto pueden prevenir la aparición de las complicaciones que más frecuentemente causan la muerte materna, situándose como se ha explicado previamente, la hemorragia postparto a la cabeza de dichas complicaciones.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes provocadas por la hemorragia postparto son evitables, y que el factor principal para conseguirlo es la detección precoz, la clave está en la formación de los profesionales. Las matronas, y las enfermeras de las unidades de atención a la mujer en el embarazo y postparto, son los profesionales de primera línea para asegurar esa detección precoz, y quienes van a realizar el control inicial en una hemorragia postparto.

Es imprescindible, que conozcan los signos y síntomas, los factores de riesgo asociados, y las distintas terapéuticas disponibles así como su eficacia, con el objetivo de llevar a cabo la atención de la hemorragia postparto con la mayor calidad y seguridad posible. Dos tercios de las hemorragias postparto ocurren sin la existencia de un factor de riesgo identificado.

Es de vital importancia establecer unas medidas de prevención universales que permitan la identificación de los casos de mayor riesgo. Entre las distintas actividades dedicadas a la prevención de la hemorragia postparto se incluye el manejo activo de la tercera etapa del parto. Dicha fase comprende desde el momento de la expulsión del feto hasta el alumbramiento y expulsión de la placenta.

Existen dos formas de actuación en esta fase: el manejo expectante y en manejo activo. La actitud expectante hace referencia al alumbramiento espontáneo de la placenta, sin la realización de ninguna intervención.

Al contrario, el manejo activo comprende una serie de intervenciones entre las que se encuentran: el clampaje precoz y la tracción controlada del cordón umbilical, el masaje uterino y la administración de uterotónicos. Estudios realizados en esta dirección señalan que “el manejo activo durante la tercera etapa del parto, independientemente del profesional que lo realice, médico o matrona, reduce la hemorragia postparto, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado”.

Las recomendaciones de la OMS para la prevención de hemorragias postparto señalan que la tracción del cordón umbilical solo debe realizarse en presencia de una enfermera especialista o un médico obstetra y que el masaje uterino no debe

realizarse asociado a la administración de agente uterotónicos, ya que puede ocasionar molestias maternas.

En cambio, sí debe de ser controlada la involución uterina mediante una palpación abdominal, pretendiendo una detección precoz de la atonía uterina.

Por otra parte, el manual básico de ginecología y obstetricia, recoge como medidas preventivas la administración de oxitocina, la ligadura precoz del cordón umbilical, el masaje uterino y la tracción controlada del cordón, así como la revisión del canal del parto y la placenta en todos los partos, tanto eutócicos como distócicos. El puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas tras el alumbramiento.

Durante este periodo tienen lugar dos acontecimientos importantes: el establecimiento de la lactancia y la involución del aparato reproductor.

Se ha demostrado que un control y atención a la mujer en el puerperio, llevado a cabo por la matrona, disminuye la duración de los ingresos hospitalarios y aumenta las tasas de inicio de lactancia materna.

Para realizar un diagnóstico precoz, y comenzar rápidamente el tratamiento deben de ser capaces de detectar los signos y síntomas asociados a las distintas complicaciones postparto. La valoración hospitalaria del puerperio se llevará a cabo en las 48 primeras horas tras el parto. Una vez transcurrido este periodo, si no se presentan complicaciones la mujer será dada de alta y el seguimiento lo realizará la matrona de atención primaria. La valoración de enfermería en el puerperio inmediato debe basarse en la historia clínica, la exploración física y la entrevista.

Además de detectar los diagnósticos de enfermería presentes en la madre, deben ser valorados una serie de aspectos importantes relacionados con la detección de problemas de colaboración y la prevención de complicaciones potenciales.

- Estado general
 - Constantes vitales.
 - Control de temperatura corporal
 - El dolor será evaluado mediante la Escala Visual Analógica (EVA)
 - Micción.
 - Evacuación intestinal.
 - Evolución uterina.
- Loquios.
- Periné.
- Mamas

2. MARCO TEÓRICO

El embarazo y el parto implican serios riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres sin problemas de salud preexistentes aproximadamente el 40% de las embarazadas sufren de problemas asociados al embarazo y el 15% presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas, conforme a estimaciones de la OMS.

Más de la mitad de las muertes maternas, ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente de la hemorragia obstétrica. Por lo que es de suma importancia conocer los factores de riesgo en pacientes, para disminuir la morbilidad y la mortalidad originada por esta entidad.

La hemorragia postparto puede ser causada por una o diferentes situaciones, como atonía uterina, retención placentaria, implantación anormal de la placenta, trauma genital o alteraciones en la coagulación. El conocimiento sobre la patología desencadenante de la hemorragia es crucial para poder obtener información y elaborar guías terapéuticas.

Además se encontró que en los grupos de edad con mayor factor de riesgo fue el de entre 20 y 30 años de edad, grupo considerado con edad ideal reproductiva. Los extremos de la vida, menores de 20 años y mayores de 40 años, considerando ya un riesgo implícito por la edad y falta de condiciones biológicas ideales para un embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la hemorragia posparto severa acontece en aproximadamente 11% de las mujeres que han tenido un parto. Esta incidencia difiere entre países por los distintos sistemas de salud y el nivel de desarrollo industrial. En las naciones en vías de industrialización la mayoría de las gestantes no tiene acceso a un parto asistido por profesionales especializados y la conducta de la tercera fase del parto no suele ser una práctica establecida.

En los países industrializados la hemorragia posparto severa es la tercera causa de muerte materna, pero en las que sobreviven las secuelas no son despreciables: es la principal causa de histerectomía posparto, de transfusión y la mayoría padecerá anemia, con sus consecuencias físicas y la inevitable alteración en la calidad de vida. Todas las púerperas son susceptibles de sufrir una hemorragia posparto severa, por ello es fundamental su prevención y disponer de la organización necesaria para atenderla rápidamente. Se calcula que más de 80% de las muertes maternas secundarias a hemorragia posparto severa ocurren en menos de 4 horas a partir de su inicio. Ante una hemorragia posparto severa es decisiva la actuación inmediata, secuencial y multidisciplinaria.

Se recomienda que todos los centros de atención a la madre dispongan de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar a todo el personal

implicado. Es una emergencia que requiere estrategias de prevención y tratamiento específico e inmediato. El mejor tratamiento de la hemorragia posparto severa es la prevención.

La identificación de factores de riesgo es importante, pero solo es posible hacerlo en un tercio de los casos y generalmente no son modificables, por lo que solo son “signos de alerta” de aparición de la hemorragia. Todas las sociedades científicas y guías de actuación basadas en la evidencia indican que en todos los partos debe efectuarse prevención primaria de la hemorragia (nivel de evidencia y el grado de recomendación).

Está demostrado que el tratamiento activo de la tercera fase del parto reduce el riesgo de hemorragia en más de 40%, solo se requiere tratar profilácticamente a 22 mujeres para evitar una hemorragia posparto. La pauta de actuación recomendada es la administración rutinaria de oxitocina enseguida de la salida del hombro anterior, aunque aún falta por establecer la dosis idónea.

Definamos la palabra puerperio la cual proviene del latín, puer, niño, y parus, dar a luz, tomándose en el intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. Hablemos de hemorragia la cual proviene del latín: haemorrhagia, tomado del vocablo griego haimorrhagia, formado con haima, ‘sangre’ y una flexión derivado del verbo rhegnunai, ‘romper’, ‘reventar’, ‘derramar’.

En nuestra lengua española abundan las palabras derivadas de haima: hemoglobina, hemolisis, hemorroide, y muchas otras, en su mayoría del área médica, pero también ajenas a ella como hematites, un tipo de mineral de hierro, literalmente, ‘sangre que parece piedra’. Obstetricia la palabra obstetricia, que designa la rama médica que se ocupa del embarazo, parto post parto, o puerperio, viene del latín, obstetricia, que es la actividad de la obstetrix, (comadrona). La palabra obstetrix, se compone del prefijo OB- que indica posición enfrentada, la raíz del verbo STO, STAR: significa “estar de pie, o permanecer en posición erguida”, y el sufijo de agente femenino –TRIX (que da TRIZ en español encontramos en actriz, emperatriz, etc.).

La obstetrix es pues la que actúa permaneciendo en pie enfrenta a la parturienta para asistirle y ayudarle a la salida del niño. Hemorragia: es el exceso de pérdida de sangre por sangramiento uterino asociado a trabajo de parto o nacimiento. Se define como la pérdida de sangre mayor a 500 ml o a una cantidad que la fisiología materna, como la presión sanguínea y el hematocrito. La hemorragia posparto se divide en dos categorías: inmediata (dentro de las primeras 24 horas del nacimiento) o retrasada (después de 24 horas después del posparto).

En el comienzo de la humanidad unos 40.000 a. C., se conservan datos que el parto fue atendido por el marido; sin embargo pasando el tiempo, ya en el año 600 a. C., se empieza a considerar la ayuda al nacimiento como un “arte” dando lugar el

interés por la mujer por tomar mayor experiencia y por lo cual empiezan a ser más requeridas durante el trabajo del parto, dando así el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, el de la comadrona, partera, o en griego obstetrix (palabra de la que se deriva la obstetricia y obstetra).

En tiempos remotos en México, principalmente los aztecas, tenían conocimientos sobre la atención a embarazadas dando lugar a la parteras o TLAMATQUITÍCITL las cuales daban a todas sus pacientes los cuidados prenatales necesarios haciendo uso de sus conocimientos herbolarios y anatómicos, así ayudaban a un buen alumbramiento, aliviaban las dolencias del parto y del embarazo llevando un registro continuo de la evolución de la madre y del bebé dentro del vientre, además de aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación.

2.1. VIDA Y OBRAS

Marleen Temmerman (nacido en Lokeren 24 de marzo 1953) es un ginecólogo belga, profesor y ex senador, actualmente al frente del Centro de Excelencia de la Mujer y del Niño en la Universidad Aga Khan , Nairobi, Kenia.

Temmerman ha trabajado en varios lugares alrededor del mundo para la salud y los derechos de las mujeres y los niños. La mayor parte de su trabajo es en el ámbito internacional académica y política, en particular en colaboración con las Naciones Unidas organizaciones, como la OMS y el UNFPA , así como la Unión Europea , la Unión Africana , los gobiernos nacionales en Europa y África, así como con los medios de comunicación y la sociedad civil.

Diversas habilidades de Temmerman en el mundo académico, la ciencia, la gestión y la política, en conjunto con su trabajo en el área de mujeres, niños y salud de los adolescentes y los derechos, condujeron The Lancet llamarla 'un erudito en la salud reproductiva'. Sus esfuerzos de promoción de la salud y los derechos de las mujeres inspiraron la banda de rock irlandesa U2 , durante su concierto el 1 de agosto de 2017 el Estadio Rey Balduino de Bruselas, para incluirla en la lista de inspirar a las mujeres ("Las mujeres del mundo, uníos") que eran poner en el centro de atención durante la canción " Ultra Violet (Light My Way) ".

Temmerman estudió Medicina en la Universidad de Gante en Bélgica. Esta elección se realizó principalmente a partir del compromiso social. [Se necesita aclaración] Su primer contacto con África durante una pasantía en Butare, Ruanda, en 1975, despertó su interés en la salud y los derechos de las mujeres que viven en países de ingresos bajos y medianos.

Entrenado en obstetricia y ginecología, medicina tropical y salud pública, Temmerman fue un investigador junior en la década de 1980 y más tarde un líder de investigación y mentor. Comenzó con la investigación en infertilidad en el Hospital General de la Universidad Libre de Bruselas, y siguió con la investigación clínica epidemiológica sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH en el Departamento de Microbiología del Instituto de Medicina Tropical en Amberes, bajo el liderazgo de Peter Piot. Esta posición incluyó una conferencia y una tarea de investigación en la Universidad de Nairobi, donde fue miembro del Centro Colaborativo de la OMS sobre VIH / ITS, Departamento de Microbiología Médica. Ella vivió en Kenia desde 1986 hasta 1992.

Fundó el Centro Internacional de Salud Reproductiva (ICRH) en la Universidad de Gante, que tiene organizaciones hermanas de investigación en Kenia (ICRHK) y Mozambique (ICRHM) y una gran red académica global de colaboración.

ICRH obtuvo fondos para investigación de la Comisión Europea, la cooperación belga para el desarrollo (DGD, BTC), la cooperación flamenca para el desarrollo (VLIR, FICA), el Fondo Especial de Investigación (BOF) de la Universidad de Gante y otras organizaciones.

Muchas de estas actividades de investigación se llevaron a cabo en África subsahariana e incluyeron investigaciones de implementación sobre una amplia gama de problemas de salud sexual y reproductiva, incluido el VIH / SIDA. Además, se establecieron colaboraciones de investigación con otros países europeos, China, India, América Central y América Latina, Australia y la Federación de Rusia. ICRH es un Centro Colaborador de la OMS en Salud Reproductiva desde 2004, y un socio preferencial del UNFPA.

Desde 1995, ha sido profesora titular de obstetricia / ginecología en la Universidad de Gante en Bélgica, actualmente Con licencia. Durante sus más de 30 años de trabajo clínico como obstetra, supervisó más de 18,000 nacimientos en muchas partes del mundo. Estableció una red mundial de universidades en el campo de la salud reproductiva, materna, neonatal y adolescente, que condujo a resultados medibles con más de 500 publicaciones y alrededor de 50 supervisiones de doctorado en Europa, África, América Latina y China.

Organización Mundial de la Salud En 2012, Temmerman fue nombrado Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. RHR es el principal instrumento dentro del sistema de las Naciones Unidas para la investigación en reproducción humana y salud sexual y reproductiva, que reúne a formuladores de políticas y programadores, científicos, proveedores de atención médica, médicos, consumidores y representantes de la comunidad para identificar y abordar las prioridades de investigación para mejorar salud sexual y reproductiva.

Brindó liderazgo estratégico para la OMS en el contexto de la CIPD más allá de 2014, Beijing + 20 y los debates sobre los ODM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible posteriores a 2015 y dirigió, en nombre de la OMS, el desarrollo del contenido técnico para la Estrategia mundial sobre cada mujer, cada niño, Cada adolescente 2016–2030.

En diciembre de 2015, se retiró de la Organización Mundial de la Salud y desde entonces trabaja en la Universidad Aga Khan (AKU), con sede en Nairobi, Kenia. Actualmente [¿cuándo?] Es Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Directora del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer y el Niño.

Temmerman comenzó su carrera política con Agalev, el Partido Verde Flamenco. En 2001 se convirtió en miembro del ayuntamiento de Lokeren en nombre de Agalev. En 2004 se unió al Partido Socialista (sp.a). Fue elegida senadora del Parlamento belga en 2007, donde sirvió hasta 2012 como miembro de la Comisión de Asuntos Sociales, la Comisión de Asuntos Europeos, el Comité Asesor sobre Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, y el Comité de Supervisión de Misiones Extranjeras.

Como tal, fue miembro del Foro Parlamentario Europeo y Presidenta del Grupo Asesor sobre VIH / SIDA de la Unión Interparlamentaria. En 2011 sucedió a Johan Vande Lanotte como líder de fracción en el Senado. Como experta en salud de la mujer y como política, se desempeñó como miembro de un (grupo independiente de revisión de expertos) hasta 2012.

En otoño de 2012 dejó la política para convertirse en Directora del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de World Health Organización. Su sucesor en el Senado belga fue Leona.

El 8 de febrero de 2011, después de 244 días sin el gobierno belga e inspirado en la comedia de Aristófanes Lysistrata, sugirió a los cónyuges de los políticos belgas que prohibieran el sexo hasta que el país forme un gobierno.

2.2. INFLUENCIAS

Temmerman es autora de más de 500 libros y artículos en el área de la salud de la mujer, con un índice Hirsch de 44. Publicó una serie de libros para el público en general con historias sobre la vida de mujeres y niñas. También ha contribuido a una serie de videos educativos en línea sobre embarazo y parto.

Premios y distinciones

Ha recibido varios premios y honores por su trabajo de investigación y defensa, que incluyen:

Comandante de la Orden de Leopoldo (2008); Ganador del premio trianual de ginecólogo meritorio de FIGO, la Federación Internacional de Ginecólogos y Matronas, en Ciudad del Cabo (julio de 2009); Lifetime Achievement Award, otorgado en Londres, del British Medical Journal (10 de marzo de 2010); Premio del Humanismo Liberal de la Sociedad Humanista-Liberal (belga) por su compromiso con los derechos de las mujeres, la salud y la emancipación (21 de junio de 2013); Premio Marie Popelin por los Derechos de la Mujer, establecido por el Consejo Nacional de la Mujer de Bélgica y otorgado cada cinco años (enero de 2016); Excelente reconocimiento de mujeres científicas de la Asociación de ensayos clínicos de países europeos y en desarrollo (noviembre de 2016).

La Universidad de Gante estableció el Fondo Marleen Temmerman, que depende completamente de donaciones voluntarias. Con este Fondo, la Universidad de Gante rinde homenaje a su personal docente y ayuda a mejorar la situación de numerosas mujeres y niños.

2.3. HIPÓTESIS

Al implementar el tratamiento adecuado a las pacientes después del parto se reduce el riesgo de presencia de hemorragias, esto se puede lograr si el personal de enfermería tuviera un instrumento de apoyo en el servicio de obstetricia en el cual se facilitara el acceso a la información de los pasos que se deben llevar a cabo, y así de esa manera se mejorara la calidad de la atención brindada a las pacientes, además de que se generara un interés en el personal de enfermería por investigar sobre lo que es esta patología en la paciente púérpera ya sea fisiológica o quirúrgica.

2.4. JUSTIFICACIÓN

A todas las pacientes en trabajo de parto se les debe evaluar el riesgo que puedan presentar de una hemorragia obstétrica. El manejo oportuno y adecuado de la hemorragia posparto, requiere de una investigación precisa y exhaustiva en busca de una causa específica.

También podremos determinar cuáles son las principales causas de la hemorragia posparto, así como los riesgos que se presentan, para poder prevenir complicaciones en el puerperio fisiológico y disminuir la estancia intrahospitalaria, haciendo hincapié a su alta sobre recomendaciones para el puerperio.

Cabe señalar que de los resultados obtenidos se tendrá una visión más clara para el personal, aportando una descripción detallada de la situación, dando a conocer mejoras que contribuyan a una disminución de la prevalencia de los casos de los riesgos de hemorragia obstétrica.

Tomando en cuenta que la hemorragia obstétrica ya mencionada anteriormente implica complicaciones de manera sociales, laborales, legales y económicas.

Con esta investigación se pretende mejorar tiempos de respuesta del equipo multidisciplinario responsable de la atención de las pacientes disminuyendo así los índices de morbimortalidad en la región.

La hemorragia cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. La prevención a través del estudio de las causas y factores de riesgo es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna.

2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de los riesgos de la salud en las pacientes puérperas pueden ser detectados, prevenidos y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normativos para la atención, utilizados para el enfoque de actividades preventivas y la eliminación de algunas prácticas llevadas de forma rutinaria.

La información y aplicación de los conocimientos del personal de enfermería es determinante la atención del problema para lograr un procedimiento adecuado, de seguimiento a tal situación. Ante un caso de emergencia obstétrica debe ser garantizado el manejo inmediato e integral por el equipo de salud y de esta manera disminuir los casos de morbilidad materna siendo este un factor importante mejorando el proceso de atención y vigilancia de estas pacientes.

Para que el pronóstico sea favorable, ya no solo en términos de mortalidad sino en mantener la fertilidad de la madre y minimizar la morbilidad, es fundamental que el Hospital cuente con un protocolo de atención bien definido y multidisciplinar que facilite el diagnóstico y el tratamiento inmediato.

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. GENERAL

Realizar al personal de enfermería una evaluación para saber el grado de conocimiento que tienen sobre cómo prevenir una hemorragia postparto, para de esta manera implementar un método de enseñanza y de esta manera contar con un personal de salud mejor preparado.

2.6.2. ESPECÍFICOS

Realizar una evaluación al personal de enfermería para saber si es un tema de interés en el personal.

Generar en el personal de enfermería interés sobre el tema, para de esta manera el personal se informe sobre el tema.

Promover intervenciones exitosas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado para reducir las muertes por hemorragias obstétricas.

Reducir el número de muertes maternas por hemorragia postparto

Fortalecer la vigilancia en pacientes con hemorragias postparto

2.7. MÉTODOS

2.7.1. CIENTÍFICO

El método científico es una metodología que consiste en la observación sistemática, medición, experimentación, y la formulación, análisis y modificación de hipótesis.

Dicho método permitirá en la investigación, establecer un campo de acción basado en campos de estudios previos como base a seguir en el momento de elaborar un propio modelo aplicable, determinando los principales factores de desgaste profesional en el personal de enfermería y diseñar las medidas correspondientes de forma que dichos factores sean disminuidos o tratados adecuadamente.

2.7.2. INDUCTIVO

Permite visualizar el problema desde una perspectiva más completa, otorgando visión importancia a todos los sucesos relacionados al objeto de estudio sin perder la original, de forma que la recolección de datos se volverá más completa. La conclusión se encontrara respaldada por las premisas resultantes de las variables a considerar.

Proceso utilizado para la obtención de conclusiones generales partiendo de hechos particulares, dicho método se encuentra entre los más utilizados en los procesos de investigación. Comenzando de lo particular a lo general, se encuentra basado principalmente en la observación, estudio y experimentación de diversos sucesos reales, con el fin de elaborar una conclusión, la principal característica de este método es la acumulación de datos.

2.7.3. DEDUCTIVO

La aplicación del modelo deductivo otorgará un carácter profundo y ordenado a la investigación a realizar, estableciendo una idea específica elaborada por premisas consideradas previamente, generando una conclusión totalitaria al tomar en cuenta cada aspecto que conforma el problema de estudio, esta visión será fundamental para la elaboración del desarrollo e identificación del desgaste profesional en el personal de enfermería, así como el grado en el que se encuentra sometido.

2.7.4. MAYÉUTICA

La utilidad de este método dentro del desarrollo de la investigación, radica en el razonamiento que se adquiere al ser capaz de concluir de manera independiente las conclusiones desarrolladas, otorgando complementariedad a la visión a proporcionar con los métodos pasados, dando oportunidad de desarrollar un plan de acción específico para la resolución del problema a presentar.

Método aplicado por Sócrates, integrado a la primera fase de depuración del pensamiento de prejuicios. Los elementos básicos del diálogo socrático son la pregunta, respuesta, debate y conclusión. Entre estos elementos esta la idea inicial, la cual puede resultar errática o ignorada, llegando al discernimiento intelectual.

2.8. VARIABLES

Intervenciones de enfermería, que son todos los cuidados que la enfermera tiene con el paciente, así como las actividades que realiza para beneficio del mismo.

2.8.1. Variable independiente

Las causas y los factores de riesgos

Antecedentes de hemorragia postparto

2.8.2. Variable dependiente

Hemorragias postparto

2.9. ENCUESTA Y RESULTADOS

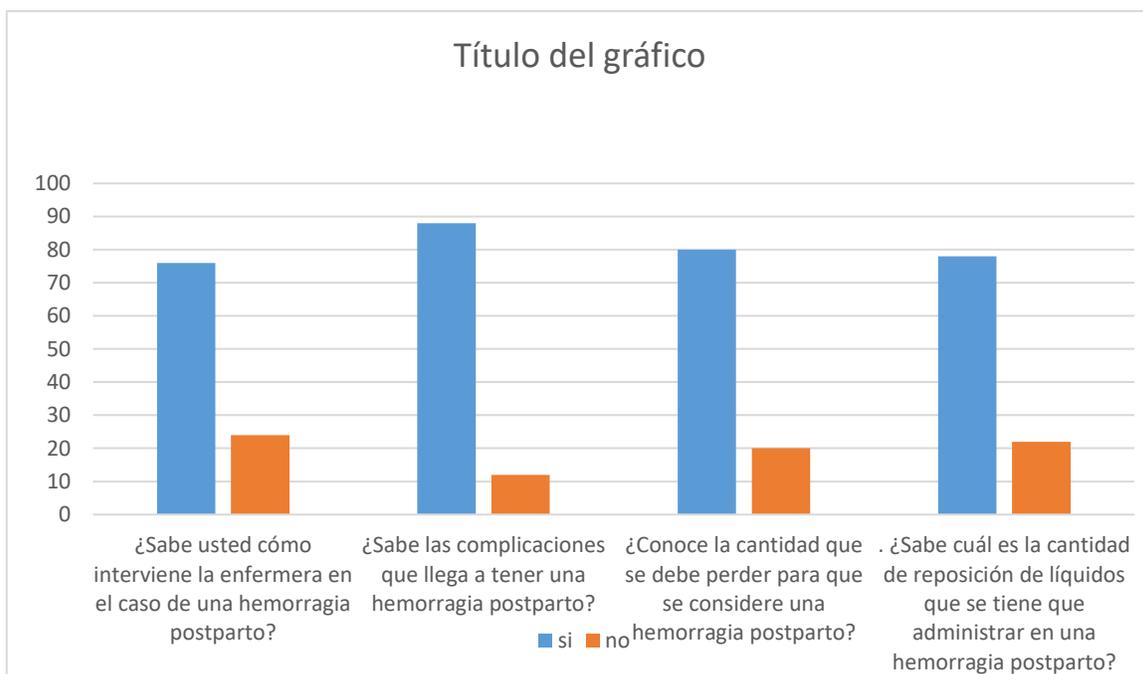
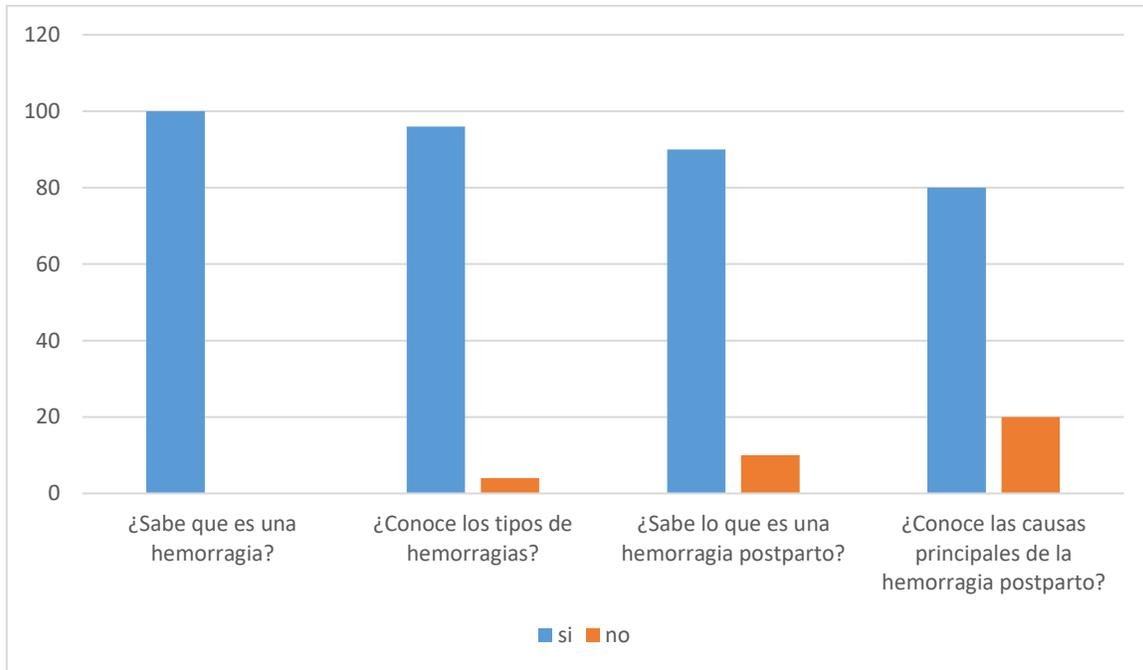
La siguiente encuesta va dirigida al personal de enfermería.

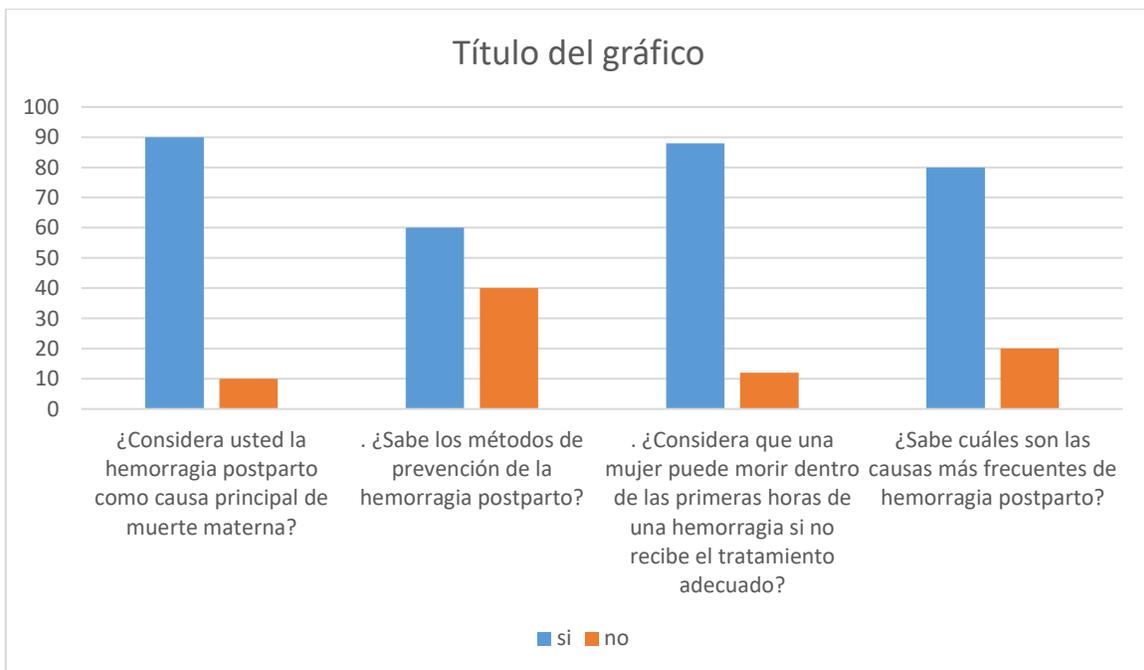
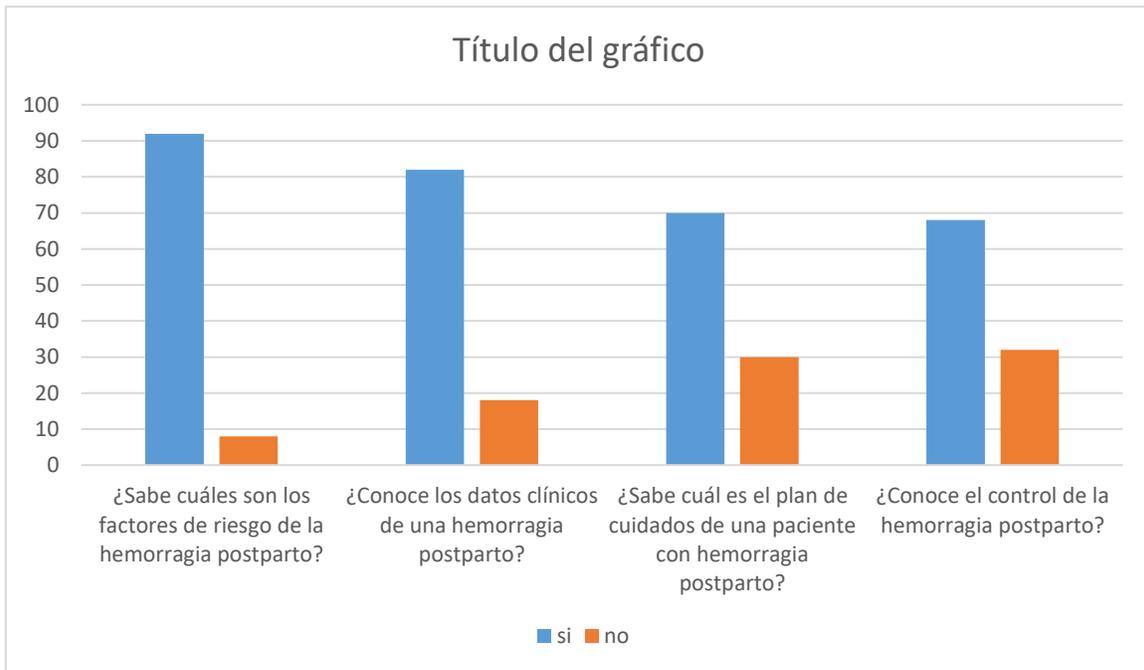
PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Sabe que es una hemorragia?	100%	0%
2. ¿Conoce los tipos de hemorragias?	96%	4%
3. ¿Sabe lo que es una hemorragia postparto?	90%	10%
4. ¿Conoce las causas principales de la hemorragia postparto?	80%	20%
5. ¿Sabe usted cómo interviene la enfermera en el caso de una hemorragia postparto?	76%	24%
6. ¿Sabe las complicaciones que llega a tener una hemorragia postparto?	88%	12%
7. ¿Conoce la cantidad que se debe perder para que se considere una hemorragia postparto?	80%	20%
8. ¿Sabe cuál es la cantidad de reposición de líquidos que se tiene que administrar en una hemorragia postparto?	78%	22%
9. ¿Sabe cuáles son los factores de riesgo de la hemorragia postparto?	92%	8%
10. ¿Conoce los datos clínicos de una hemorragia postparto?	82%	18%
11. ¿Sabe cuál es el plan de cuidados de una paciente con hemorragia postparto?	70%	30%
12. ¿Conoce el control de la hemorragia postparto?	68%	32%
13. ¿Considera usted la hemorragia postparto como causa principal de muerte materna?	90%	10%
14. ¿Sabe los métodos de prevención de la hemorragia postparto?	60%	40%
15. ¿Considera que una mujer puede morir dentro de las primeras horas de una hemorragia si no recibe el tratamiento adecuado?	88%	12%
16. ¿Sabe cuáles son las causas más frecuentes de hemorragia postparto?	80%	20%

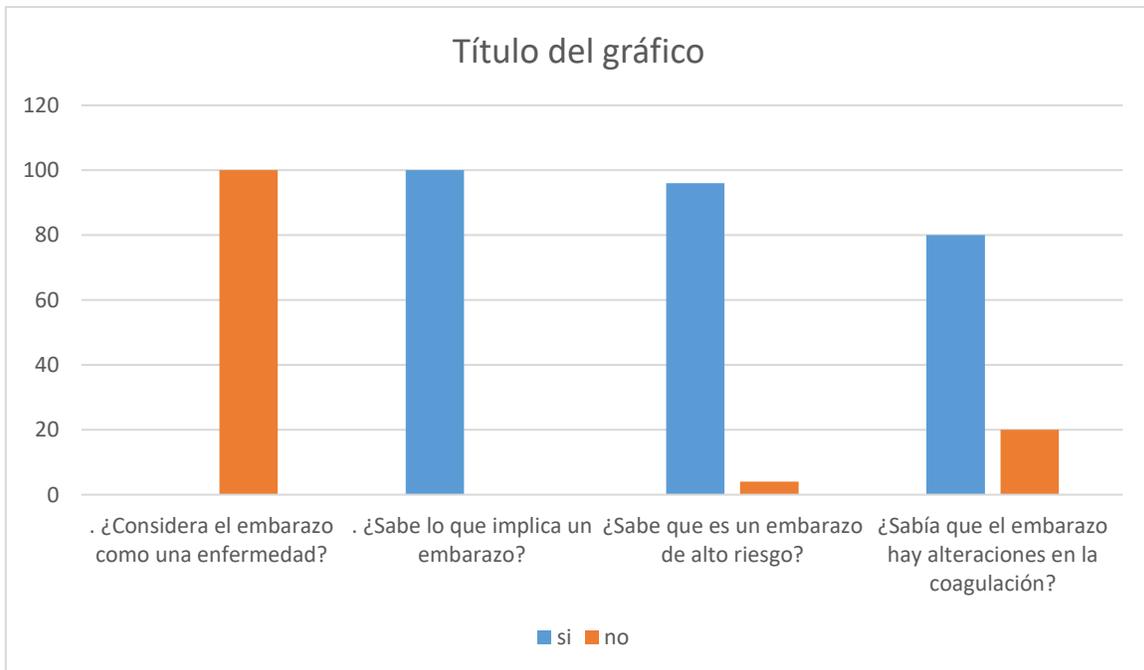
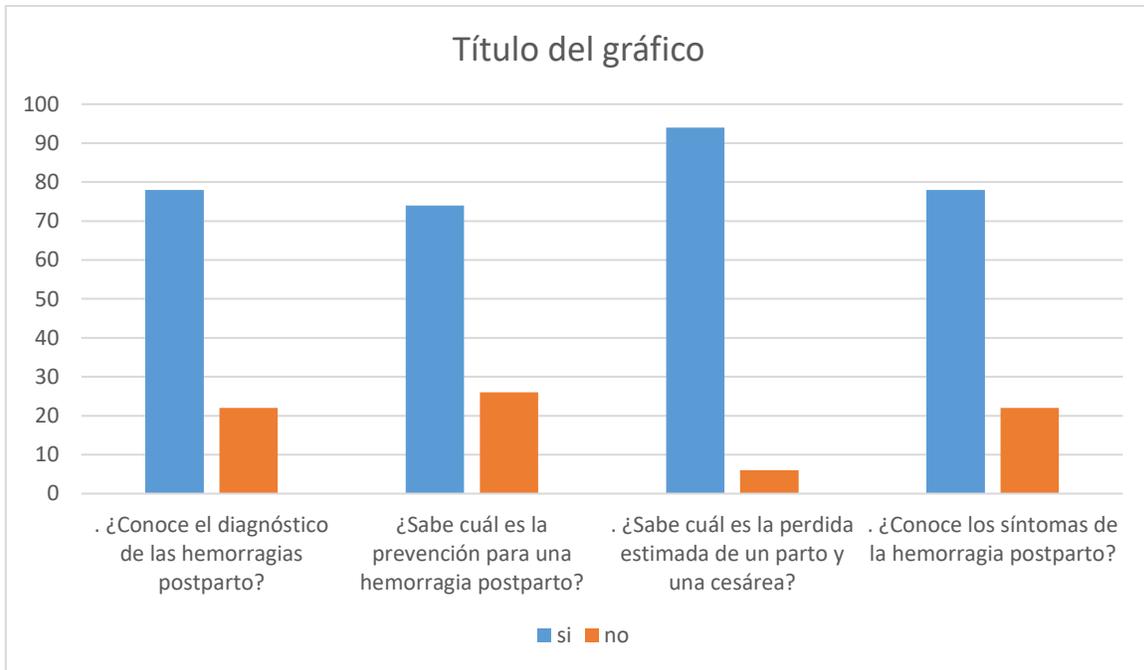
17. ¿Conoce el diagnóstico de las hemorragias postparto?	78%	22%
18. ¿Sabe cuál es la prevención para una hemorragia postparto?	74%	26%
19. ¿Sabe cuál es la pérdida estimada de un parto y una cesárea?	94%	6%
20. ¿Conoce los síntomas de la hemorragia postparto?	78%	22%
21. ¿Considera el embarazo como una enfermedad?	0%	100%
22. ¿Sabe lo que implica un embarazo?	100%	0%
23. ¿Sabe que es un embarazo de alto riesgo?	96%	4%
24. ¿Sabía que el embarazo hay alteraciones en la coagulación?	80%	20%
25. ¿Considera la edad como un factor de riesgo?	94%	6%
26. ¿Sabe cuáles son los signos vitales normales de una persona?	98%	2%
27. ¿Sabe cómo se encuentra el útero después del parto?	76%	24%
28. ¿Conoce el nombre de la pérdida de integridad de la pared del útero?	60%	40%
29. ¿Sabe cómo se clasifica la inversión uterina?	60%	40%
30. ¿Sabe que es un estado de choque?	80%	20%
31. ¿sabe que es la atonía uterina?	78%	22%
32. ¿Conoce las causas de la atonía uterina?	70%	30%
33. ¿Conoce los tipos de atonía uterina?	60%	40%
34. ¿Sabe cuál es la tercera fase del parto?	98%	2%
35. ¿Sabe que es una laceración?	76%	24%
36. ¿Conoce el significado de las 4 "T"?	80%	20%
37. ¿Conoce los signos de la hipovolemia?	72%	28%
38. ¿Sabe que es la dehiscencia uterina?	58%	42%
39. ¿Conoce el manejo inicial ante una hemorragia postparto?	70%	30%

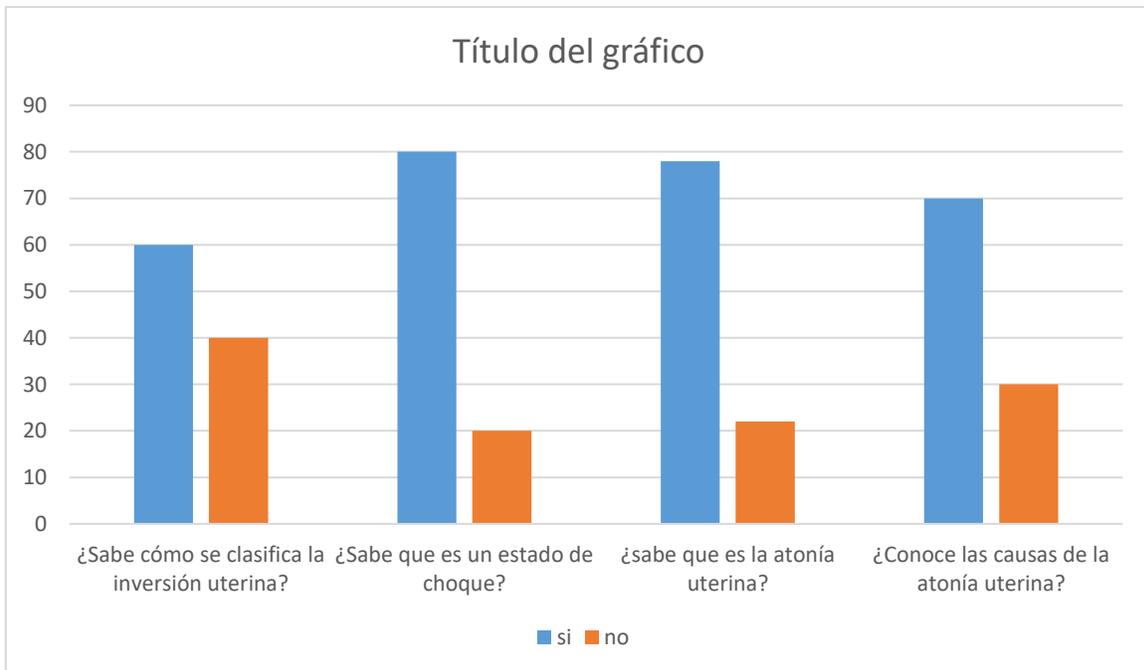
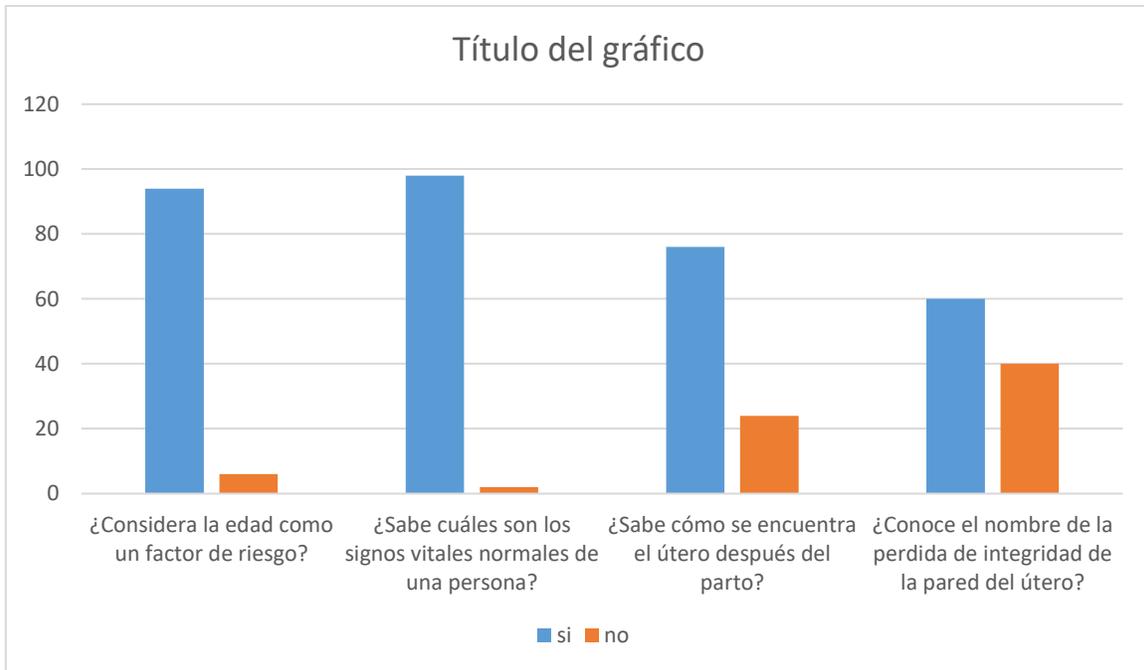
40. ¿Creen necesario el monitoreo continuo de signos vitales?	100%	0%
41. ¿Sabe que es un cuidado paliativo?	68%	32%
42. ¿Sabe que cuidados debe darse después del parto?	76%	24%
43. ¿Cree usted importante el tema de hemorragias postparto?	100%	0%
44. ¿Sabría qué hacer en caso de una hemorragia?	88%	12%
45. ¿Considera usted importante la capacitación de todo el personal de salud?	100%	0%

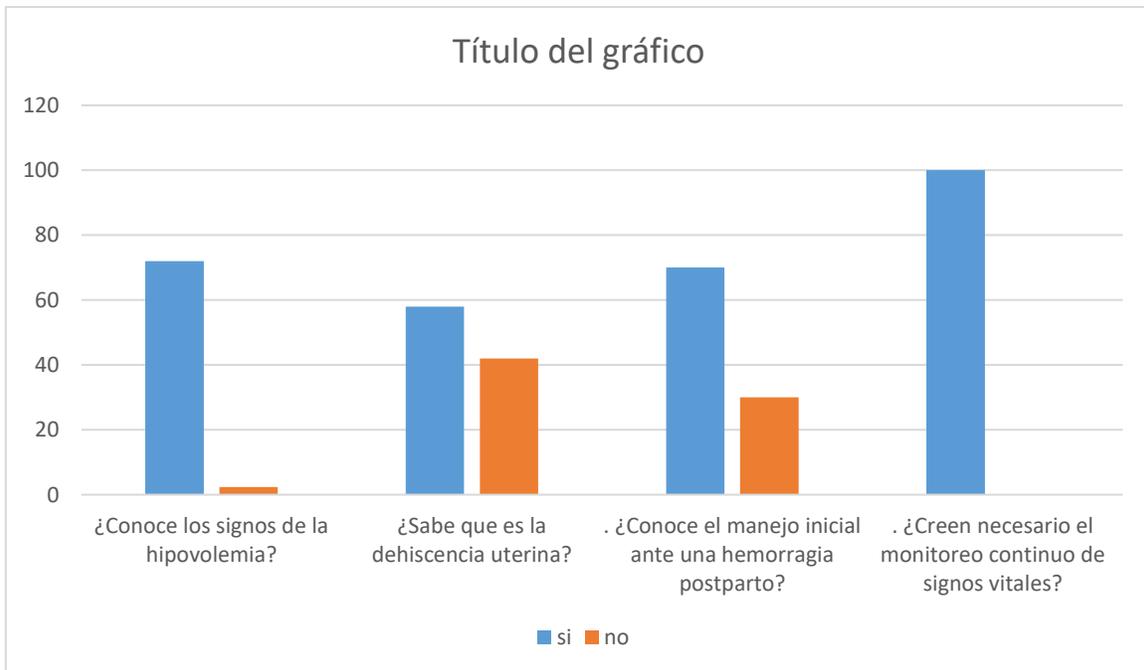
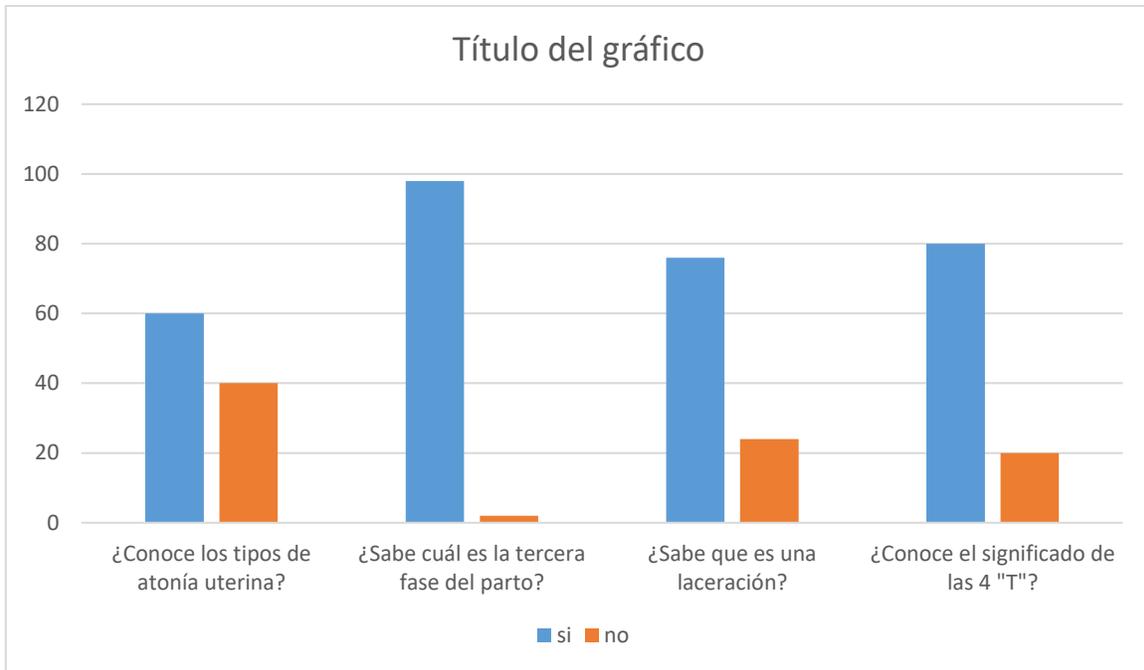
2.10. GRAFICADO

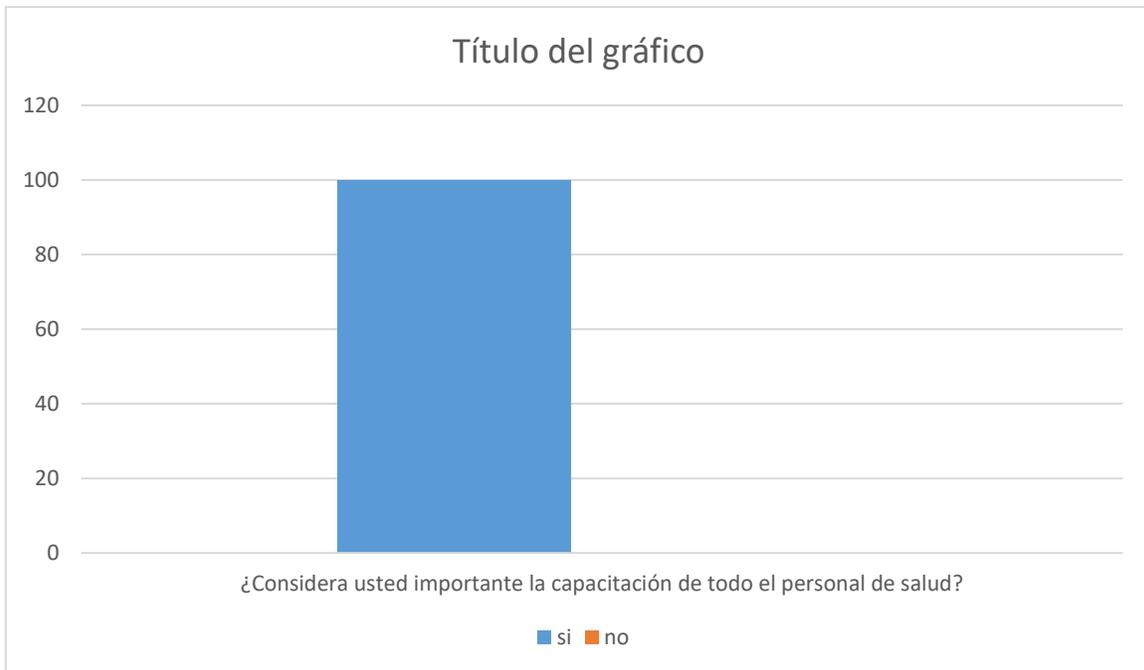
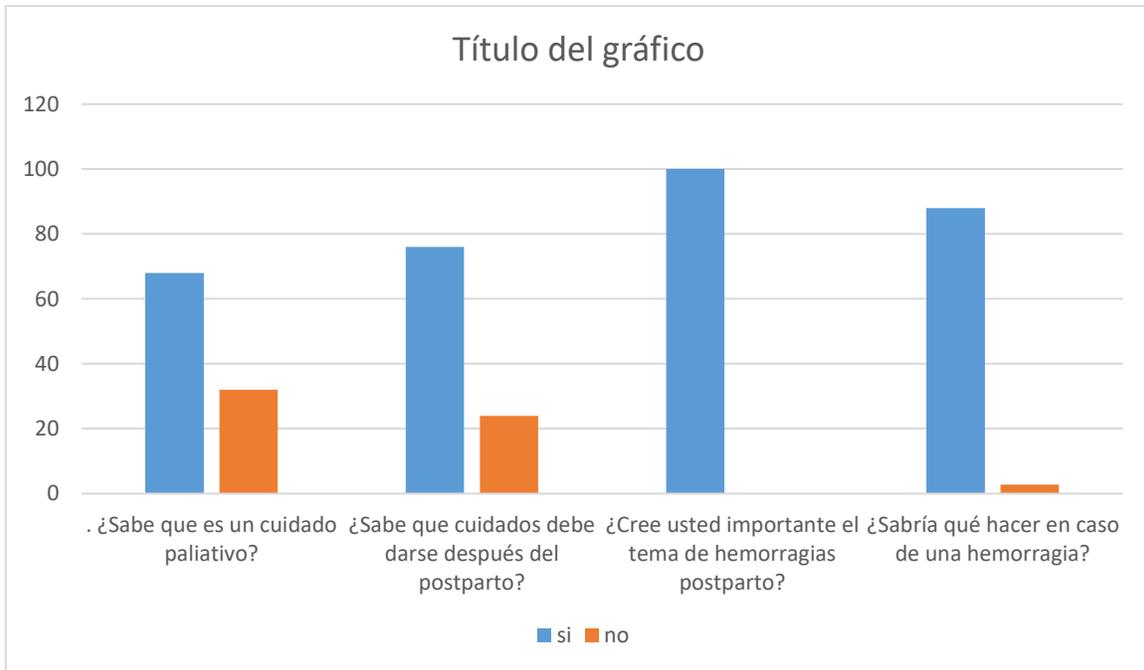












3. “INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA DETECTAR OPORTUNAMENTE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.”

3.1. ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA POSTPARTO.

La hemorragia posparto (HPP) constituye la principal causa de muerte materna en los países pobres.

De acuerdo a las definiciones que otorga la OMS, clásicamente, se define la HPP como la pérdida sanguínea calculada mayor de 500 ml después de un parto, y de 1000ml después del acto quirúrgico de una cesárea.

Así también, cuando se constata la caída del hematocrito en 10 puntos luego del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. Estas definiciones son controversiales en el ámbito de las prácticas, porque habitualmente no se mide con exactitud el volumen real de pérdida sanguínea.

La hemorragia posparto en el ámbito mundial es un tema en el cual las organizaciones como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han puesto su iniciativa mencionando que las complicaciones obstétricas (como la hemorragia posparto) y la resultante de un aborto en condiciones peligrosas son causa de la mayoría de las muertes maternas.

La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Las cinco principales causas de mortalidad materna directas son, las hemorragias, las infecciones, los abortos realizados en condiciones de riesgo, las eclampsias y los partos prolongados u obstruidos. Las causas indirectas que contribuyen a aumentar los niveles de mortalidad materna incluyen la anemia, la malaria, los problemas cardíacos y el VIH/SIDA.

Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000.

Durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre los ODM, celebrada en septiembre de 2010, el Secretario General Ban Ki-moon presentó una Estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante cuatro años. Esta estrategia se refirió en reducir, en tres cuartas parte la mortalidad materna y dar acceso a los servicios de salud reproductiva a todas las personas.

La OMS colaboró con los asociados para alcanzar este objetivo, y los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Sin embargo, entre 1990 y 2013 solo disminuyó en un 2,6% al año, cifra que se quedó lejos de la reducción del 5,5% anual.

El Grupo Interinstitucional de Estimaciones de Mortalidad Materna (MMEIG) dio a conocer un informe sobre estas estimaciones a nivel mundial y nacional para 2013, en el mundo, la tasa de mortalidad materna (MMR) se redujo de 380 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 1990 a 210 en 2013.

Esta disminución del 45 % es mucho menor que la reducción prevista del 75 % entre 1990 y 2015 con el fin de cumplir el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM 5), estos resultados refieren que 19 países han alcanzado esta meta: Belarús (96 %), Maldivas (93 %), Bhután (87 %), Camboya (86 %), Israel (84 %), Guinea Ecuatorial (81 %), Polonia (81 %), República Democrática Popular Lao (80 %), Rumania (80 %) , Bulgaria (78 %), Estonia (78 %), Timor-Leste (78 %), Eritrea (77 %), Cabo Verde (77 %), Letonia (77 %), Omán (77 %), Líbano (76 %) , Nepal (76 %) y Rwanda (76 %). (

Entre el 11% y el 17% de las defunciones maternas se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71%, durante el puerperio. Aproximadamente el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana.

Las defunciones maternas se distribuyen desigualmente ante las tasas de mortalidad neonatal o en la niñez, las tasas de mortalidad materna oscilan entre 830 por 100 000 nacimientos en los países africanos a razón de 1/16, y 24 por 100 000 nacimientos en los países europeos a razón de 1/2800.

De los países que presentan las razones de mortalidad materna más elevadas, se encuentra África subsahariana, y la causa más frecuente de muerte materna es la hemorragia grave, la segunda causa directa es la sepsis; y la tercera es el aborto. Si no se trata, la hemorragia puerperal puede matar incluso a una mujer sana en dos horas.

El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo.

La proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado aumento del 53% en 1990 al 61% en el 2007, sin embargo en los países de Asia meridional y África subsahariana, más de la mitad de los partos se realizan sin la atención de personal sanitario especializado.

El acceso inmediato a los servicios obstétricos de emergencia, es fundamental para asegurar la atención oportuna en caso de complicaciones que ponen el riesgo la vida.

La Organización Panamericana de la Salud aprobó en el 2011 un plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, con los objetivos generales de:

- a) Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna.
- b) Prevenir la morbilidad materna grave.
- c) Fortalecer la vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas, a través de cuatro áreas estratégicas.
 1. Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
 2. Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.
 3. Recursos humanos calificados.
 4. Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.

La situación en México en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos años.

Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios. Siendo ésta situación un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna.

En México, el Sistema de Salud cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Evidencias y Recomendaciones para la detección y tratamiento de las hemorragias obstétricas, y la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, donde las recomendaciones son de carácter general de procedimientos y tratamientos al ser aplicadas en la práctica que podrían tener variaciones

justificadas con fundamentos en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), el cual es el encargado de vigilar la morbimortalidad materna tiene entre sus mandatos, crear un sistema de indicadores que facilite el análisis, la evaluación, el monitoreo y la vigilancia sistemática de procesos y resultados de políticas, estrategias, programas y servicios encaminados a reducir la mortalidad materna.

En el año 2000, el Estado mexicano se comprometió a reducir en tres cuartas partes la MM con respecto a la cifra que se registraba en 1990, por lo que se debía alcanzar una RMM de 22.2 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. Pero solo el porcentaje del 2013 de 46 defunciones paso a 44 en el 2014. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

Veracruz se mantiene en el tercer lugar a nivel nacional en cuanto a muertes maternas, cifra registrada en el mes de abril del 2015, con un registro del 9% del total de defunciones en México, esto de acuerdo con los datos dados a conocer por el OMM que recibe las cifras de las secretarías e instituciones de salud a nivel nacional. De acuerdo con estas cifras, en Veracruz se registran de 23 a 25 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos.

Como se ha mencionado, la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

3.2. GESTACIÓN

De acuerdo a Montero Leida lo define como proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino, abarca desde el momento de la concepción (unión del ovulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. Teniendo una duración de 280 días (40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y un tercio calendario).

El embarazo se inicia cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del ovulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética, para dar lugar a una célula, huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación, la multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo.

Así también conceptos básicos de obstetricia que gestación o gravidez proviene del latín gravitas, y es el periodo que transcurre entre la fecundación en las trompas, y el momento antes del inicio de parto, comprendiendo todos los procesos fisiológicos de implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así también como los cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Grávida – gesta: Toda mujer que está embarazada.

- Primigesta: Grávida por primera vez.
- Primigesta añosa: Grávida por primera vez pero la gestante con edad de 35 a 39 años.
- Multigesta: Mujer en su segundo o posterior embarazo.

Gestación: período de 9 meses lunares en el que tiene lugar el desarrollo del embrión o feto hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación y el desarrollo de todos los órganos.

El embarazo humano puede ser dividido en tres trimestres. El tercer trimestre comienza aproximadamente a las 28 semanas después de la fecundación. Se considera viable un feto humano cuando han transcurrido 23 semanas de gestación.

Antes de esta edad gestacional, los eventos principales del desarrollo embrionario aún no permiten la supervivencia del feto fuera del vientre materno. Este límite es a menudo arbitrario por razón de que ciertos niños nacidos antes de este punto han sobrevivido, aunque con considerable soporte médico.

3.3 PARTO

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), define al parto como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.

Tiene como objetivo establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

El parto va precedido de los pródromos de parto, síntomas vagos e inespecíficos que preceden al parto propiamente dicho. El parto en sí se divide en tres fases:

- Fase de dilatación
- Fase de expulsivo
- Fase de alumbramiento

Después del parto se inicia la fase del puerperio o postparto.

El parto puede ser un parto sencillo, es decir de un solo feto o bien múltiple, de dos o más fetos.

La vía de parto puede también variar, puede ser un parto vaginal, es decir que el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien un parto abdominal, es decir, por el abdomen de la madre (cesárea).

Los partos vaginales pueden ser eutócicos, estos son los partos normales, o bien instrumentados, que precisan de instrumentos aplicados por el médico para ayudar en el parto vaginal. Estos instrumentos son los fórceps, las espátulas o las ventosas.

El conducto de parto se compone de dos partes, una ósea y otra formada por partes blandas. Las partes óseas conformada por la pelvis ósea, en donde el estrecho superior o plano de entrada en la pelvis, limitado por el borde superior de la sínfisis púbica, las líneas innominadas y el promontorio, que es el borde anterior de la primera vertebra sacra, el estrecho medio, limitado por el borde inferior de la sínfisis púbica, las espinas ciáticas y por un punto situado entre el sacro y el coxis, y el estrecho inferior limitado por la punta del coxis, ligamentos sacro ciáticos mayores, tuberosidades isquiáticas, arco púbico y vértice del mismo.

Así también las partes óseas están involucrados los Planos de Hodge, son cuatro planos paralelos, el primer plano pasa por el borde superior de la sínfisis púbica y por el promontorio, el segundo plano, pasa por el borde inferior de la sínfisis púbica, el tercer plano, pasa por las espinas ciáticas y el cuarto plano es paralelo a las anteriores y pasa por el coxis.

Las partes blandas están compuestas por un tubo interno y otro externo. El interno lo forma el segmento inferior del útero, cérvix uterino y la vagina. El externo está constituido por la musculatura del suelo de la pelvis, el diafragma pélvico, musculo elevador del ano, diafragma urogenital, musculo transverso profundo del periné, y la capa muscular externa, por el musculo bulvocavernoso, elevador del ano, transverso superficial y musculo isquiocavernoso.

Las fuerzas del parto, son las contracciones uterinas y la acción de la musculatura abdominal en el periodo expulsivo, tiene como objetivo el borramiento del cuello, la distensión del segmento uterino, la dilatación cervical y la expulsión del feto.

El parto normal, su evolución está formada por un periodo de dilatación, que es desde el inicio de las contracciones uterina hasta que se alcanza la fase de dilatación completa, la actividad uterina es regular, se producen contracciones con una frecuencia de dos a tres cada diez minutos, en las primíparas el cuello uterino se encuentra borrado total o parcialmente y el orificio cervical, permite, al menos, el paso de un dedo, en las multíparas el cuello está parcialmente borrado y permite el paso de dos dedos, puede haber expulsión de moco o una ligera pérdida hemática.

Este periodo de dilatación a su vez se divide en fase de latencia y fase activa, la fase de latencia, se caracteriza por el borramiento del cuello uterino, finaliza cuando la dilatación es de dos centímetros, tiene una duración aproximada de ocho en las primíparas y de unas cinco horas en las multíparas.

La fase activa comienza cuando la dilatación ha llegado de dos a tres centímetros con dinámica regular y acaba al llegar a una dilatación completa, la velocidad de dilatación es de un centímetro por hora en las primíparas y de un a dos centímetros en las multíparas, dentro de esta fase activa se distinguen tres etapas, la primera llamada fase de aceleración, que va desde los dos a cuatro centímetros, fase de máxima pendiente, esta va desde los cuatro a los nueve centímetros, la velocidad es de tres centímetros por hora en las primíparas y de cinco a seis en las multíparas, y por último la fase de desaceleración, que va desde los nueve centímetros de dilatación a completa, la velocidad media de dilatación es de 0.8 en nulíparas y 0.4 en multíparas.

El periodo expulsivo comienza con la dilatación completa y acaba con la expulsión del feto.

El periodo de alumbramiento, comienza con la salida del feto y acaba con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, se considera normal una duración de 30 minutos.

El alumbramiento puede ser: Alumbramiento espontáneo, la expulsión de la placenta tiene que producirse de forma espontánea antes de los 30 minutos del nacimiento del bebe, y con una pérdida hemática inferior a los 500ml. Alumbramiento manual, éste se realiza administrando bolos de oxitocina en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si se está administrando a la paciente.

Alumbramiento dirigido, si en 30 minutos después del nacimiento del bebe no hay signos de desprendimiento placentario, se considera que la placenta está retenida y el tratamiento es la extracción manual de la placenta, en éste procedimiento la paciente debe estar sedada y/o anestesiada, y en condiciones de asepsia quirúrgica.

3.4. PUERPERIO

Se denomina puerperio a la etapa de ajuste del estado grávido que se inicia al terminar la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos a su estado previo al embarazo. Su duración se considera de 6 semanas. De acuerdo a esto se divide en 3 periodos:

1. Puerperio inmediato:

Se le considera puerperio inmediato al periodo de las primeras 24 horas después del parto, este periodo es de mucha importancia para la puérpera y debe de tener un monitoreo constante para detectar de manera oportuna la presencia de hemorragias después del parto, otro factor a tomar en cuenta es que en este periodo es vital el contacto piel a piel madre e hijo, esto con el fin de mejorar el vínculo madre e hijo.

2. Puerperio precoz:

La segunda etapa comienza a partir de las 24 horas hasta el décimo día posparto, en esta etapa también se establece como tal la lactancia materna lo que favorece aún más el vínculo madre e hijo.

3. Puerperio tardío:

Es el tercer periodo de puerperio y comienza a partir del décimo día hasta los 40-45 días, es lo que las personas llaman cuarentena, en esta etapa los cambios son menos notables, y el vínculo madre e hijo se encuentra ya establecido, esto se logra mediante la lactancia.

La asistencia al puerperio, según cabero, es el seguimiento de los primeros días postparto para detectar precozmente las patologías correspondientes a este periodo y asegurar un restablecimiento completo y pronto de la paciente, incluyendo el seguimiento clínico y el alta obstétrica hospitalaria.

Cambios fisiológicos.

Durante el puerperio se presentan cambios, prácticamente en todos los aparatos y sistemas corporales, el periodo posnatal la paciente experimenta:

Pérdida ponderal de 6.8 a 7.7kg, la mayor parte de esta pérdida (4.5 a 7.7kg) es resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además se pierden por diuresis aproximadamente 2.5kg de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500ml.

El útero, inmediatamente después del alumbramiento tiene un tamaño de 15 a 20 cm. En su diámetro longitudinal, su fondo llega a la altura de la cicatriz umbilical y pesa alrededor de un kilo, en el posparto el útero se contrae por tiempo variable pero no en un lapso mayor de siete días, la paciente lo percibe como un dolor cólico de leve a moderado y se caracteriza porque los dolores de manera gradual van siendo menos intensos, a estos cólicos se les conoce con el nombre de entuertos.

La contractilidad uterina posparto tiene dos funciones, expulsar material sanguinolento y detritus, y evitar la apertura de los vasos miometriales y por ende la hemorragia.

Los loquios, es la secreción uterina, que en el transcurso de las primeras dos horas se trata de sangre coagulada de color rojo brillante, que va disminuyendo de cantidad conforme transcurren las horas, hacia el tercer día y en los próximos siete se observa de color pardoso (sangre oscura), pasando la semana el escurrimiento es serosanguinolento y al final es seroso amarillento compuesto de suero, leucocitos, tejido decidual e inclusive bacterias.

Cérvix. Posteriormente al parto se observa alargado, edematoso, un poco friable, con diversas y discretas laceraciones labiales.

Temperatura corporal, en el primer día la temperatura axilar puede alcanzar los 38°C, pero si persiste se debe descartar alguna patología, tal vez de origen infeccioso.

De tal forma también hace referencia para el control del puerperio en la paciente con parto vaginal.

Primer día, control clínico, cada seis horas, verificar estado general de la paciente, pérdida hemática, altura uterina, y cada doce horas, verificar las constantes de pulso, TA, temperatura, así como estado de la herida perineal.

Asistencia, en la diuresis, vigilar la aparición del globo vesical, no hay que excluirlo en pacientes que aparentemente orinan, en estas pacientes y en las que no ha habido diuresis espontánea, en las seis horas siguientes al parto, se debe realizar un sondeo vesical.

Del periné, mantener una higiene adecuada, hielo local como analgésicos y antiinflamatorio, si se precisa. La deambulación, se debe iniciar precoz, (entre las 4 y las 12 horas posparto) lactancia, iniciarla precozmente. Segundo día y sucesivos hasta el alta, control clínico, verificando las constantes de pulso, TA, temperatura, así como la exploración del estado general, del estado del fondo uterino, periné y loquios, vigilancia de las deposiciones, llevar el control de la lactancia y recomendaciones sobre la misma, y el mantener una higiene adecuada.

De igual manera hace mención a cerca de las indicaciones generales al egreso de la paciente en puerperio.

Dieta blanda, rica en fibra, proteína y calorías, aseo diario en regadera, el aseo de genitales externos con agua y jabón, usar toalla femenina y cambiarla cuantas veces sea necesario, las glándulas mamarias deben asearse con agua y jabón, así como después de dar lactancia utilizar un poco de leche para aplicarlo en pezón y areola, indicar periodos de reposo con periodos de actividad en el interior de la casa, enseñar los datos de alarma, pues todas las molestias deben ir desapareciendo de manera gradual, pero en caso de incremento del dolor, del sangrado, entre otros puede ser un dato de alarma, al igual que olor desagradable de los loquios, presencia de fiebre, ataque al estado general, datos de pre eclampsia (acufenos, cefalalgia, fosfenos, entre otros).

3.5. CESÁREA

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo.

En una nueva declaración, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca lo importante que es centrarse en las necesidades de los pacientes, caso por caso, y desalienta el establecimiento de “metas” con respecto a la tasa de cesáreas.

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño —por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala—. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones.

Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%.

Tipos de Cesárea

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

Corporal o clásica:

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

Indicaciones de la operación Cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

3.6. HEMORRAGIA

El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre. Puede ser externo o dentro del cuerpo. Usted puede sangrar al hacerse un corte o una herida. También puede ocurrir cuando sufre una lesión en un órgano interno. Algunos tipos de sangrado, como la hemorragia gastrointestinal, toser con sangre o el sangrado vaginal, pueden ser un síntoma de una enfermedad.

Usualmente, cuando tiene una herida y comienza a sangrar, se forma un coágulo sanguíneo para detener la hemorragia rápidamente. Luego, el coágulo se disuelve naturalmente.

Para poder formar un coágulo, su sangre necesita proteínas sanguíneas llamadas factores de coagulación y un tipo de glóbulo llamado plaqueta. Algunas personas tienen problemas con la coagulación debido a otra afección médica o una enfermedad hereditaria.

Existen dos tipos de estos problemas:

- Es posible que su sangre no forme coágulos normalmente, lo que se conoce como trastorno de la coagulación. Esto sucede cuando su cuerpo no produce suficientes plaquetas o factores de coagulación, o no funcionan bien.
- Su sangre puede formar demasiados coágulos, o los coágulos pueden no disolverse adecuadamente.

En ocasiones, la hemorragia puede causar otros problemas. Un hematoma es sangrado debajo de la piel. Algunos accidentes cerebrovasculares son causados por sangrado en el cerebro. Ciertas hemorragias pueden requerir primeros auxilios o ir a la sala de emergencias.

3.7 HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia severa se define como la pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a los 150 ml/minuto (aproximadamente cincuenta por ciento de volumen sanguíneo total en un lapso de veinte minutos).

La pérdida sanguínea de más de 500ml. después del parto, siendo las razones principales que las provocan son: atonía uterina, desgarros del canal de parto, retención de restos placentarios, alteraciones de la coagulación, rotura uterina e inversión uterina.

a) Factores de riesgo para Hemorragia posparto.

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores de riesgo que podrían llevarla a presentar hemorragia posparto. Estos factores son clasificados, por el momento de la ocurrencia, como anteparto e intraparto.

- Anteparto.
- Presencia de preeclampsia (más aún si existió administración de sulfato de magnesio).
- Nuliparidad.
- Gran distensión uterina (feto macrosómico, embarazo múltiple, polihidramnios, miomatosis uterina).
- Antecedente de cesárea anterior Descenso de presentación prolongado
- Antecedente de hemorragia posparto previa Desgarros y laceraciones (cervicales, vaginales, perineales).
- Antecedente de trastornos de coagulación.
- Intraparto.
- Trabajo de parto prolongado (superior a 15 a 18 horas)
- Período expulsivo prolongado.
- Episiotomía medio lateral
- Parto asistido con fórceps.

Clínicamente la pérdida hemática se valora de 500 a 1000ml pocos síntomas (palpitaciones, taquicardia, mareo, se mantiene la TA. De 1000 a 1500ml, se presenta debilidad, sudor, taquicardia y la TA sistólica se observa de 80- 100mmHg. De 1500 a 2000ml. Hay presencia de agitación, palidez, oliguria, y la TA sistólica en cifras de 70-80mmHg. De 2000 a 3000ml, ya hay un cuadro de hipotensión (TA sistólica 50-70mmHg), colapso cardiovascular, dificultad respiratoria, anuria, shock.

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).

a) Clasificación de las hemorragias postparto.

Las hemorragias pueden clasificarse según el tiempo de presentación: hemorragia posparto inmediata, que ocurre dentro de las primeras veinticuatro horas posteriores al parto con una pérdida de volumen superior a 500 ml, y hemorragia posparto tardía, que aparece entre las veinticuatro horas posteriores al parto y el final del puerperio (cuarenta y dos días).

También pueden clasificarse de acuerdo con su lugar de origen:

a) uterinas, como la atonía o hipotonía, retención placentaria y restos, por placentación anormal (acretismo), inversión uterina, así como por traumatismo uterino (debido a desgarro cervical, rotura uterina).

b) no uterinas, como consecuencia de desgarros y hematomas en el canal de parto, por episiotomía o coagulopatías.

b) Hemorragia uterina.

La hemorragia uterina disfuncional es un sangrado uterino anormal causado por un problema hormonal. Es posible que su útero sangre en un momento que no sea su período menstrual regular.

Sus menstruaciones pueden durar más o ser más cortos, y podría sangrar una mayor o menor cantidad que de costumbre, la hemorragia puede ser el resultado de una cantidad demasiado alta o demasiado baja de estrógeno.

Es posible que sangre más o menos de lo acostumbrado si uno de sus ovarios no libera un óvulo durante la ovulación. Algunas condiciones de salud, como el síndrome del ovario poliquístico, pueden aumentar su riesgo de tener hemorragia uterina disfuncional.

Hipotonía y atonía uterina: falla parcial o total en la retracción normal uterina.

Cotiledón retenido: la placenta ha salido, pero en forma parcial. Retención placentaria: es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento.

La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa.

El tratamiento convencional de la placenta retenida es el alumbramiento manual, luego de su separación digital de la pared uterina.

b) Hemorragia no uterina.

Traumáticas o desgarros: a nivel cervical y/o a nivel vaginal.

Trastornos sistémicos: Defectos de la coagulación.

El parto, según Mondragón castro lo define en su libro obstetricia básica ilustrada como un acto fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, pero con frecuencia resulta traumático y produce lesiones diversas en las estructuras blandas que recubren la pelvis, estas lesiones pueden ser localizadas con mayor frecuencia en periné, vulva, vagina, vejiga, recto y cérvix.

Lesiones perineales, o como se llaman en muchos casos “desgarros”, en la obstetricia se clasifican según el grado de extensión que tengan en las laceraciones de primero, segundo y tercer grado.

Las laceraciones de primer grado, comprenden piel, tejido celular y mucosa vaginal. Las de segundo grado, comprenden lo anterior y además, las fibras del esfínter anal, estas lesiones generalmente se prolongan hacia ambos lados de la vagina.

Las laceraciones de tercer grado, comprenden lo anterior más, sección completa del esfínter externo del ano con retracción de las fibras musculares, y mucosa y pared muscular del recto, con frecuencia comprenden la mucosa vaginal hasta los fondos del saco.

Hay circunstancias predisponentes para estas lesiones como suele ser, durante el primer embarazo, pacientes con edad avanzada con mayor fibrosis perineal, presentaciones anormales, aplicación de fórceps, extracción manual de la placenta, atención del parto pélvico, partos con periodo expulsivo violento no controlado, macrosomía fetal, con distocia de hombros.

Su tratamiento consiste en efectuar la reconstrucción quirúrgica, con recomendaciones en cada grado que realice, en primer grado, aplicar anestesia local o bloqueo epidural, realizar asepsia y antisepsia en la zona quirúrgica, suturar la mucosa vaginal con puntos separados o en “X”, con catgut 00, suturar la piel con puntos separados o surgete intradérmico con catgut 000 y aguja atraumática. Para las laceraciones de segundo grado, es afrontar con catgut 0 los fascículos musculares del elevador y el esfínter del ano, suturar la vagina con puntos separados o en “X” con catgut 00, suturar la piel con puntos separados con catgut a traumático 000.

Las laceraciones de tercer grado, es suturar la pared muscular del recto con catgut a traumático 00 sin penetrar la mucosa, no debe pasar el catgut a la luz rectal, a fin de no provocar una fistula rectal, suturar el musculo esfínter externo del ano y los elevadores del ano con catgut del 0, o del número 1 con aguja traumática. En el postoperatorio, es recomendable proporcionar dieta blanda, así como administración de laxantes para evitar el estreñimiento intestinal, además aplicar bolsas de hielo o calor seco en el periné.

Los sitios de la vagina en que ocurren con mayor frecuencia las lesiones son las paredes posteriores y laterales, a nivel de los fondos de saco. La causa más frecuente de esta lesión es la utilización de fórceps. La revisión cuidadosa del canal de parto es el mejor método para apreciar la existencia de la lesión vaginal y poder suturar con puntos en "X" con catgut 0. Lesiones cervicales.

El cérvix es uno de los sitios en los cuales se presenta con más frecuencia las lesiones traumáticas durante el parto, ya que al ser sometido el cérvix a una dilatación máxima, está más expuesto a una lesión, además ciertas circunstancias como, tactos repetidos, edema cervical, pujo de la paciente en presencia de dilatación incompleta, dilatación manual del cérvix, periodo expulsivo mal controlado, aplicación de fórceps, favorecen la aparición de estas lesiones.

Estas lesiones presentan un síntoma único la presencia de sangrado abundante vía vaginal, inmediatamente después de que ocurre el parto, diagnosticándose por la visualización directa del cérvix, se recomienda suturar la lesión con punto "X" con catgut crómico número 0 con aguja traumática, iniciando la sutura en la parte más profunda de la lesión, para evitar que ocurra un hematoma en ese sitio, o persista el sangrado, en ocasiones la lesión cervical se prolonga demasiado hacia el segmento y es imposible alcanzarlo vía vaginal, por lo que es necesario practicar una laparotomía para suturar el extremo de la lesión.

3.8. PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Manejo activo del alumbramiento. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina, ruptura uterina.

Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto.

Medicamentos:

Oxitocina: se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior
Ergonovina: se recomienda administrar una ampolla de 0.2 mg IM ó IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior. Prostaglandinas: se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas). En caso de no disponer de oxitocina o ergonovina.

- **Maniobras:**

Masaje en el fondo uterino posterior al nacimiento del producto. (Maniobra de credé). Pinzamiento precoz del cordón umbilical. Tracción controlada del cordón umbilical. Lactancia inmediata Manejo activo del alumbramiento.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina, ruptura uterina.

Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto.

- **Medicamentos:**

Oxitocina: se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior

Ergonovina: se recomienda administrar una ampolla de 0.2 mg IM ó IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior.

Prostaglandinas: se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas). En caso de no disponer de oxitocina o ergonovina.

Maniobras:

- Masaje en el fondo uterino posterior al nacimiento del producto. (maniobra de credé).
- Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- Tracción controlada del cordón umbilical.
- Lactancia inmediata

3.9. INVERSIÓN UTERINA.

Es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando hemorragia posparto de magnitud variable, por lo que su tratamiento debe ser inmediato. Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina.

La incidencia de la inversión uterina es de 1:2 000 nacimientos. Existen los siguientes factores de riesgo que se asocian con la inversión uterina: Exceso de tracción del cordón umbilical. Acretismo placentario. Brevedad real de cordón. Primigestas con implantación fúndica de la placenta. Alteraciones de la contractilidad uterina. Debilidad congénita del útero. Inserción baja de placenta. Uso anteparto de sulfato de magnesio u oxitocina. Sobre distensión uterina (productos macrosómicos, polihidramnios).

El signo principal inicial, es la hemorragia, calculándose la pérdida sanguínea de 800 a 1 800 ml, y el 40% de las pacientes presentan choque hipovolémico. Palpación de masa ocupativa en toda la cavidad vaginal. Ausencia de cuerpo uterino en mitad inferior del abdomen.

Presencia de choque neurogénico. No existen estudios específicos para la confirmación diagnóstica; sin embargo, el ultrasonido pélvico puede ayudar a diferenciar de una inversión uterina subaguda a una miomatosis uterina o pólipo. Son necesarias determinaciones de hemoglobina, hematocrito y pruebas de coagulación.

4. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 20 del embarazo.

4.1 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

La placenta es el órgano que suministra alimento y oxígeno al bebé durante el embarazo. El desprendimiento prematuro de la placenta sucede cuando la placenta se desprende de la pared del útero antes del parto. Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas.

El suministro de sangre y oxígeno al bebé también se puede ver afectado, llevando a sufrimiento fetal.

La causa se desconoce, pero la presión arterial alta, la diabetes, el fumar, el consumo de cocaína o alcohol, una lesión en la madre y tener múltiples embarazos aumentan el riesgo de padecer esta afección. El tratamiento depende de la gravedad de la afección y puede ir desde reposo en cama hasta una cesárea de emergencia.

El desprendimiento de placenta (desprendimiento abrupto de la placenta) es una complicación poco frecuente, pero grave, del embarazo.

La placenta se forma en el útero durante el embarazo. Esta se une a la pared del útero y le provee al bebé nutriente y oxígeno. El desprendimiento de placenta se produce cuando la placenta se separa de forma parcial o completa de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede reducir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes al bebé, y provocar un sangrado intenso en la madre.

El desprendimiento de placenta con frecuencia aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro tanto a la madre como al bebé.

Síntomas

El desprendimiento de placenta es más probable que ocurra en el último trimestre del embarazo, en especial, durante las últimas semanas antes del nacimiento. Estos son algunos signos y síntomas del desprendimiento de la placenta:

- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal
- Dolor de espalda
- Sensibilidad uterina
- Contracciones uterinas, a menudo, una inmediatamente después de la otra
- Dureza en el útero o el abdomen

El dolor abdominal y el dolor de espalda, en general, comienzan repentinamente. La cantidad de sangrado vaginal varía en gran medida y no necesariamente se corresponde con la cantidad de placenta que se haya separado del útero.

Es posible que la sangre quede dentro del útero, por lo que podría no haber un sangrado visible si hay un desprendimiento grave de la placenta.

En algunos casos, el desprendimiento de la placenta se manifiesta gradualmente (desprendimiento crónico), lo que causa un sangrado vaginal leve e intermitente.

Es posible que el bebé no crezca tan rápido como lo esperado y que tengas un bajo volumen de líquido amniótico (oligohidramnios) u otras complicaciones.

Causas

En general, no se conoce la causa del desprendimiento de la placenta. Algunas causas posibles son traumatismos o lesiones abdominales, por ejemplo, a partir de un accidente automovilístico o caída, o la pérdida rápida del líquido que rodea y amortigua al bebé en el útero (líquido amniótico).

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar el riesgo de presentar desprendimiento placentario comprenden los siguientes:

- Desprendimiento placentario en un embarazo anterior, a menos que el desprendimiento haya sido causado por un traumatismo en el abdomen que se cree que no está presente en el embarazo actual

- Presión arterial alta crónica (hipertensión)
- Presión arterial alta durante el embarazo, que provoca preeclampsia o eclampsia
- Una caída u otro tipo de golpe al abdomen
- Fumar
- Consumo de cocaína durante el embarazo
- Rotura prematura de membranas, que provoca filtración del líquido amniótico antes de que finalice el embarazo
- Infección dentro del útero durante el embarazo (corioamnionitis)
- Gestación de más de un bebé
- Ser mayor, especialmente después de los 40 años

Complicaciones

El desprendimiento de la placenta puede provocar problemas que ponen en riesgo la vida, tanto para la madre como para el bebé.

Para la madre, el desprendimiento de la placenta puede causar lo siguiente:

- Choque debido a la pérdida de sangre
- Problemas de coagulación (coagulación intravascular diseminada)
- La necesidad de una transfusión sanguínea
- Insuficiencia renal o de otros órganos provocada por una significativa pérdida de sangre
- En raras ocasiones, cuando no se puede controlar el sangrado uterino, tal vez sea necesaria una histerectomía

Para el bebé, el desprendimiento de la placenta puede causar lo siguiente:

- Falta de crecimiento por no recibir los nutrientes suficientes
- Falta de oxígeno
- Nacimiento prematuro
- Muerte fetal intraútero

Prevención

No puedes evitar el desprendimiento de la placenta, pero sí puedes disminuir ciertos factores de riesgo. Por ejemplo, no fumes ni consumas drogas ilegales, como cocaína. Si tienes presión arterial alta, controla esta afección junto con tu proveedor de atención médica.

Usa siempre cinturón de seguridad en el automóvil. Si tuviste un traumatismo abdominal, por un accidente automovilístico, una caída u otra lesión, busca atención médica de inmediato.

Si ya tuviste un desprendimiento de la placenta y estás planeando otro embarazo, habla con tu proveedor de atención médica antes de concebir para saber si hay alguna manera de reducir el riesgo de tener otro desprendimiento.

4.2. RUPTURA UTERINA.

La **ruptura o rotura uterina** es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Es una complicación muy grave y se acompaña de alta mortalidad materna y perinatal.

Clasificación

Las roturas se clasifican de la forma siguiente:

- Según su causa: traumática y espontánea.
- Según su localización: en segmento inferior o cuerpo.
- Según su grado: completas e incompletas.
- Según el momento: durante el embarazo o el parto.

Factores de riesgo

Ginecológicos:

- Multiparidad.
- Embarazo múltiple.

- Anomalías y tumores del útero.
- Legrados uterinos.
- Cicatrices uterinas.

Relacionados con la atención obstétrica:

- Seguimiento inadecuado del trabajo de parto, particularmente en pelvis estrechas.
- Macrosomía fetal subvalorada.
- Instrumentaciones no adecuadas.
- Uso inadecuado de oxitocina.
- Maniobra de Kristeller, entre otros.

Cuadro clínico

Generalmente se trata de una paciente con las características siguientes:

- Múltipara intranquila, excitada o agotada por un trabajo de parto prolongado, y pueden existir relaciones cefalopélvicas estrechas, desproporción no diagnosticada, presentación viciosa mal evaluada o uso de oxitocina para inducción o conducción.
- Contracciones enérgicas o polisistolia que no se corresponden con el progreso de la presentación.
- Dolor intenso o abdomen con sensibilidad generalizada, sobre todo en el segmento inferior, lo que dificulta la exploración.
- En el examen físico se puede hallar:
 - Distensión marcada del segmento inferior con ascenso del anillo de Bandl, que puede llegar al ombligo (signo de Bandl).
 - Los ligamentos redondos se ponen en tensión y parecen cuerdas que tiran del segmento (signo de Frommel).
 - El útero a veces semeja un reloj de arena.
 - En el tacto vaginal puede apreciarse el cuello alto tirando de la vagina y engrosado, y cuando la causa determinante es la estrechez pélvica o desproporción, puede verse la bolsa serosanguínea que puede llegar a la vulva, cuando todavía la cabeza está alta. Este cuadro puede acompañarse de hematuria.

Diagnóstico diferencial

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura del seno marginal de la placenta

Tratamiento

Profiláctico: La mayoría de las roturas uterinas pueden evitarse con las medidas siguientes:

- Buena atención prenatal y pensar en el riesgo de rotura en pacientes con los factores que planteamos con anterioridad para remitirlas con tiempo a un centro con recursos adecuados.
- Particularmente las pacientes con cesárea anterior deben ser ingresadas antes del término de la gestación.
- Buen trabajo obstétrico con diagnóstico oportuno de presentaciones viciosas, pelvis estrechas y realización de maniobras e instrumentaciones cuando estén estrictamente indicadas.
- Usar oxitócicos con precaución y correcto seguimiento.

En el momento del *cuadro de* inminencia de rotura:

- Detener las contracciones con tocolítics.
- Retirar la oxitocina.
- Están contraindicadas las maniobras e instrumentaciones.
- La anestesia general que se administra para dar solución definitiva al caso ayuda a la detención de la actividad uterina.

Ya producida la rotura uterina:

- Tratamiento del shock oligohémico.
- Laparotomía urgente, casi siempre, para histerectomía total. Se recomienda ligadura de las arterias hipogástricas complementarias.
- En mujeres jóvenes o sin hijos puede realizarse histerorrafia, si la rotura se produjo por dehiscencia de una cicatriz de cesárea o es una rotura de bordes muy regulares, que permite una buena reparación y hemostasia.

4.3. PLACENTA PREVIA.

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se considera la 3ª causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2ª causa de histerectomía obstétrica.

Se han reconocido 4 tipos de esta anomalía:

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad. Hemorragias del Tercer Trimestre Esther López del Cerro

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta.

Factores ovulares: un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

Factores maternos: parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

Edad materna: a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.

Multiparidad: en un estudio estadounidense se informó de una incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres multíparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.

Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo, los legrados también estarían implicados en la génesis de placenta previa.

Tabaquismo: Williams encontró que el RR de placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. Ananth y Handler confirmaron estos datos.

La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.

Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.

CLÍNICA

El fenómeno más característico de la placenta previa es la hemorragia indolora, que por lo general aparece hacia el final del 2º trimestre.

La formación del segmento uterino inferior y la dilatación del OCI dan por resultado el desgarro de las fijaciones placentarias.

La hemorragia aumenta por la incapacidad de las fibras miométricas del segmento uterino inferior para contraerse y así, constreñir los vasos desgarrados.

Puede ser escasa o abundante y comienza de forma insidiosa. Suelen ser episodios repetidos de sangrado, que pueden ir aumentando en intensidad según avanza la gestación.

El sangrado puede irritar el útero y dar lugar a contracciones uterinas que podrían aumentar la zona desprendida y a su vez incrementar el sangrado.

El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado; aunque en los casos de placenta marginal, el descenso de la presentación fetal puede cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria.

Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante. Los episodios repetidos de hemorragia ocasionan anemia.

DIAGNÓSTICO

Siempre debe sospecharse PP o DPPNI en mujeres con hemorragia uterina durante la 2ª mitad del embarazo. El diagnóstico rara vez puede establecerse mediante el examen clínico, que de hecho debe evitarse por la posibilidad de producir hemorragia.

La ecografía abdominal es el método más preciso, sencillo y seguro de localización de la placenta. Una fuente poco frecuente de error ha sido la identificación de la placenta implantada en el fondo de útero pero el fracaso para apreciar que la placenta se extendía en dirección descendente hacia el orificio interno del cuello uterino.

El uso de la ecografía transvaginal ha mejorado de manera considerable la exactitud diagnóstica de la placenta previa.

Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta.

Varios investigadores han usado la RMN para visualizar anomalías en la placenta, incluso PP; aunque parece poco probable que esta técnica reemplace a la ecografía en la valoración sistemática. Sería útil para confirmar el diagnóstico cuando la ecografía no es concluyente, sobre todo en casos de placenta localizada en la cara posterior del útero.

El hallazgo de una PP parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución; lo más probable es que deje de serlo al avanzar la gestación.

Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el OCI en el 2º trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento de parto.

Siguiendo los protocolos asistenciales de la SEGO, una pauta de actuación lógica en casos de sospecha de placenta previa sería la siguiente:

Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales...

Exploración obstétrica externa (maniobras de Leopold): es característico encontrar un útero relajado e indoloro.

Ecografía para confirmar el diagnóstico.

Cardiotocografía para comprobar el bienestar fetal.

Especuloscopia: permite comprobar el origen uterino de la hemorragia.

No se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo de aumentar la cuantía de la hemorragia.

CONTROL DE LA GESTACIÓN

Se tiende a realizar un manejo conservador expectante de las pacientes sintomáticas con placenta previa antes del término y buen estado hemodinámico, si:

La hemorragia no es grave.

El estado hemodinámico materno es estable.

EG < 36 semanas o inmadurez pulmonar fetal.

La paciente no se encuentre en fase activa del parto.

Feto vivo sin signos de pérdida del bienestar fetal.

No existen otras complicaciones médico-obstétricas que contraindiquen la prolongación de la gestación.

El manejo se basa en:

- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos ≤ 34 semanas.
- Reposo absoluto.
- Evitar tactos vaginales innecesarios. Hemorragias del Tercer Trimestre.
- Mantener hematocrito materno $\geq 30\%$ y Hb ≥ 10 g/L (control de pérdidas, controles analíticos y de las constantes maternas).
- Estabilización hemodinámica.

Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino si fuera necesario.

Con el manejo conservador se pretende alcanzar la madurez pulmonar fetal en ausencia de compromiso hemodinámico para la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal. Si la hemorragia compromete el estado materno y/o fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional.

Existen numerosos estudios que comparan el manejo intrahospitalario con el ambulatorio, la mayoría de ellos retrospectivos. Con los datos disponibles en la literatura, actualmente parece más adecuado el control intrahospitalario de las pacientes con placenta previa sintomática en el tercer trimestre de la gestación.

Una vez haya cedido la hemorragia, si el estado materno-fetal es adecuado, podemos plantearnos el manejo ambulatorio tras 48-72h de ausencia de hemorragia.

Sin embargo, tras el episodio inicial, la hemorragia suele repetir siendo imposible predecir el momento en que ocurrirá el nuevo episodio hemorrágico, su cuantía y frecuencia, aunque existe la tendencia a que progresivamente sean más intensos y frecuentes.

4.4. ATONÍA UTERINA

La atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia, se trata de una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos (vasos uterinos) del útero. Gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la recién estrenada mamá. Cuando este mecanismo no se produce se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia.

La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina.

Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.

CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Sus causas son múltiples, se clasifican en primarias y secundarias.

“**Atonía primaria:** recientemente los estudios señalan que se debe a una vasculopatía con proliferación de células de la musculatura lisa vascular hacia la íntima, con obliteración del vaso y producción de ácido hialurónico, el cual produce edema de la pared del órgano y consecuentemente, alteración de la contractilidad. La importancia de identificar es que responde mejor al tratamiento médico”.

“**La atonía secundaria:** se debe a la presencia de sobredistensión, donde la longitud de onda de la fibra muscular es sumamente extensa, dad por tumores, feto macrosómico, embarazo múltiple y agotamiento de la fibra muscular en el curso del trabajo de parto disfuncional, entre otras causas, esta forma de atonía es más resistente al tratamiento con drogas uterotónicas, por lo que debe tenerse en cuenta que si la respuesta a la terapia médica inicial no es inmediata hay que ocurrir tempranamente a la cirugía”.

EVALUACIÓN DE LAS 4T

- **Tono:** En estos casos la alteración del tono uterino se presenta por aumento, con sus diferentes categorías: leve, moderado y severo, que deben orientar al obstetra en caso de hemorragia, hacia el diagnóstico de hematoma retroplacentario.
- **Tejido:** Aquí se introduce el concepto de Megalhae, cuando definió como trofoblastos invertido la ubicación de la placenta por delante del feto. Diagnóstico: placenta previa.
- **Trauma,** trabaja de parto obstruido y tumores uterinos: se relacionan con las diferentes formas de producción de la rotura uterina.
- Los traumas pueden presentarse anteparto en accidentes y versión externa e intraparto con las instrumentaciones, este último proceder se relaciona con la rotura uterina pasiva. El trabajo de parto obstruido con la rotura uterina y los tumores con la rotura espontánea.

- **Trombina:** Ubica al clínico generalmente ante un trastorno de la coagulación. Diagnóstico: feto muerto, embolismo del líquido amniótico”.

Etiología

- Sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal
- Cansancio uterino por un parto prolongado o distocia
- Multiparidad, especialmente solo un parto
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis
- Uso de anestésicos halogenados
- Miomas

Diagnóstico

La pérdida normal de sangre durante el parto es de alrededor de 500 mililitros (medio litro). Cualquier sangramiento mayor de esa cantidad en el posparto inmediato es considerado como una hemorragia. En otro momento del puerperio no debe ocurrir ninguna pérdida sanguínea.

Complicaciones

La principal complicación que puede desencadenar la atonía uterina es la hemorragia severa, que se traduce en pérdida del conocimiento por choque hipovolémico (pérdida importante de sangre), paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.

Tratamiento

El manejo habitual de la hemorragia por atonía uterina incluye el uso de oxitócicos, ergóticos y prostaglandinas.

Estará en dependencia de la causa y evolución de la hemorragia. Porque, por ejemplo, si en el curso de una atonía uterina son utilizados los oxitócicos, medicamentos que producen la contracción del útero, y esta situación no es

resuelta, será necesario apelar a la cirugía. Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero.

Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano.

La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%).

4.5. TRATAMIENTO TRANSFUSIONAL.

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

El objetivo de la transfusión de productos sanguíneos es reemplazar factores de coagulación y glóbulos rojos para mejorar la capacidad de oxígeno, no para reemplazar volumen. Para evitar coagulopatía dilucional puede requerirse reemplazo concomitante de factores de coagulación y plaquetas.

La paciente con una hemorragia mayor pueden presentar signos claros de choque hipovolémica, el cual se produce una baja del volumen sanguíneo llevando a hipoxia tisular y haciendo que varios órganos dejen de funcionar, por lo que debe ser tratado de forma urgente con reposición de volumen. Las soluciones cristaloides (lactato Ringer o solución salina) típicamente se usan para reanimación inicial con volumen.

La soluciones se equilibran con rapidez dentro del espacio extravascular y después de 1 hora el 20% permanece en la circulación, razón por lo cual se debe infundir un volumen de cristaloides de alrededor tres veces a la pérdida sanguínea estimada o una de coloides por cada unidad de sangre estimada. Si la paciente mejora no requiere otro tratamiento.

La sangre entera compatible: es ideal para el tratamiento de la hipovolemia por hemorragia aguda desastrosa, restituye muchos factores de la coagulación, en especial el fibrinógeno y su plasma expande hipovolemia por hemorragia.

En caso de emergencia se debe realizar una transfusión de inmediato de tipo ORh positivo o negativo en la mayoría de los casos se transfunde sangre sin haber completado las pruebas de compatibilidad. Una unidad de glóbulos rojos, aumenta el hematocrito 3%, hemoglobina 1g/dl.

El uso del plasma fresco congelado: Que contiene todos los factores de la coagulación excepto plaquetas, es rico en fibrinógeno, factor V, VII antitrombina III y es usado para corregir deficiencia de la coagulación, pero no debe ser usado para restaurar volumen como parte de una fórmula de reemplazo en pacientes con transfusión masiva.

El crioprecipitado: Está limitado en la paciente con CID, debido a que la sobrecarga de fluidos es infrecuente, ya que el pequeño volumen del crioprecipitado no tiene mayor ventaja que el plasma fresco congelado.

Las plaquetas: Se usan en pacientes que tiene sangrado quirúrgico y un conteo plaquetario menor de 50.000ul. Con volumen de 300 ml, cada unidad de plaquetas, eleva el 30.000 y 60.000 en la paciente no sangrante. El objetivo del tratamiento con plaquetas es estimular la coagulación y mantener un recuento placentario de 50.000 a 100.00/ul”.

4.6. RETENCIÓN PLACENTARIA Y RESTOS PLACENTARIOS.

Es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 10-15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de oxióticos y maniobras adecuadas de placenta no expulsada. Constituye una urgencia, ya que el sangrado es abundante y de que existe la posibilidad de un acretismo placentario.

Se establece el diagnóstico de retención placentaria, si después de 10-15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical, no se logra el alumbramiento. Si al revisar la placenta después del alumbramiento se nota que falta uno o varios cotiledones, fragmentos de las membranas, se pueden hacer el diagnóstico de alumbramiento incompleto.

Retención de restos placentarios

Es el alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea. Su frecuencia es variable y está relacionada con las habilidades y experiencia del personal que realiza la atención obstétrica. En la actualidad, esta complicación continúa siendo causa importante de morbi-mortalidad materna por sepsis y hemorragia en nuestro país, por lo que la única forma preventiva es que siempre se debe realizar la revisión cuidadosa de la placenta y de las membranas amnióticas.

Cuando se sospeche de la existencia de retención de restos deberá efectuarse la revisión manual de la cavidad uterina. En caso de que la paciente presente sangrado transvaginal fresco con coágulos acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posterior al parto, se podrá sospechar en la retención de restos placentarios.

4.7. ACRETISMO PLACENTARIO.

La placenta accreta es una placenta anormalmente adherente que produce una postergación del alumbramiento.

La función placentaria es normal, pero la invasión trofoblástica se extiende más allá del límite normal (llamado plano de Nitabuch). En tales casos, la extracción manual de la placenta, a menos que se realice escrupulosamente, produce una hemorragia posparto masiva. El diagnóstico prenatal se realiza por ecografía. El tratamiento se realiza con una cesárea programada más histerectomía.

En la placenta accreta, las vellosidades placentarias no son contenidas por las células deciduales uterinas, como ocurre normalmente, sino que se extienden por el miometrio.

Las anomalías relacionadas son:

- Placenta increta (invasión de vellosidades coriónicas en el miometrio).
- Placenta percreta (penetración de las vellosidades coriónicas en la serosa uterina o a través de ella). Las 3 anomalías causan problemas similares.

Etiología

El principal factor de riesgo para la placenta accreta es cirugía uterina previa.

En los Estados Unidos, la placenta accreta ocurre más comúnmente en mujeres que tenga placenta previa y parto por cesárea en embarazos anteriores.

La incidencia de placenta accreta ha aumentado de 1/30.000 en la década de 1950 a 1/500 a 2.000 entre las décadas de los años 1980 y 1990 y de 3/1.000 en la década de 2000; sigue en un valor cercano a 2/1.000.

El riesgo en mujeres que tienen placenta previa aumenta desde cerca del 10% si han tenido 1 cesárea hasta > 60% si han tenido > 4 cesáreas. Para las mujeres sin placenta previa, haber tenido un parto por cesárea anterior aumenta el riesgo muy ligeramente (< 1% para un máximo de 4 cesáreas previas).

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina.

Su incidencia es aproximadamente de un caso en 1 500 y probablemente sea mayor en algunas instituciones por el mayor número de cesáreas.

Existen tres tipos de variedades de adherencia anormal de la placenta:

1. Placenta acreta: es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina sin llegar al miometrio (80%).
2. Placenta increta: es una variedad de acretismo en el cual las vellosidades alcanzan el miometrio (15%).
3. Placenta percreta: es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero (5%).

Por su extensión se reconoce los siguientes tipos:

Focal: sólo en pequeñas áreas.

Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso.

Total: toda la superficie está anormalmente adherida.

Factores riesgo:

- Antecedente de legrado uterino.
- Cirugía uterina previa.
- Antecedente de placenta previa en embarazo anterior.
- Multiparidad.
- Infección uterina.
-

4.8. DESGARROS O LACERACIONES DEL TRACTO GENITAL.

Las laceraciones del cérvix, de la vagina y del perineo ocurren conjuntamente con la ruptura uterina.

A pesar de ello, debido a su localización que predomina retroperitonealmente, los problemas encontrados a través del daño del tracto genital posterior difieren de aquellos encontrados en el útero.

Las laceraciones, cervicales, vaginales y perineales se asocian con el 2.2% de las distocias (Sloss, 1974). Grunert y Géyer (1964) reportaron 5% de incidencia de celulitis resultante de trauma vaginal.

Las laceraciones cervical, vaginal y perineal ocurren durante el parto sin asistencia o cuando la tracción forzada es aplicada sobre el feto a pesar de que el tracto genital posterior está insuficientemente relajado y dilatado. Las laceraciones vaginal también pueden ser producidas cuando la tracción se aplica sobre un feto grande, y en especial en una vaca que tiene grasa en exceso, después que se han perdido los líquidos intrauterinos o antes que se haya corregido una posición defectuosa del becerro.

Con frecuencia las laceraciones vaginales son producidas por el manejo inadecuado de los instrumentos obstétricos. Tales daños pueden ser particularmente peligrosos cuando el feto está en un estadio avanzado de descomposición o cuando las membranas fetales son retenidas subsecuentemente.

Las laceraciones del tracto genital posterior, y en especial aquellas que se ubican en la parte lateral o ventral de la vagina, con frecuencia no siguen el patrón usual de la curación de las heridas. Los loquios uterinos y las secreciones drenan a través de estas laceraciones al interior de los tejidos perivaginales (Grunert y Geyer, 1964).

Esto permite que la infección sea seguida por celulitis y formación de abscesos, los que se convierten en fibrosis y adherencias del área perivaginal, estrechando así al tracto genital y, en ocasiones, producen peritonitis. Las laceraciones frescas son casi siempre diagnosticadas en el examen vaginal de rutina inmediatamente después del parto asistido. Estas deben explorarse con mucho cuidado para determinar en qué medida son superficiales o profundas.

En casos en que el examen vaginal posparto no se haya llevado a cabo, el primer signo clínico observado pueden ser esfuerzos intermitentes, elevación de la cola y edema de la vulva. Bajo estas circunstancias el examen de la vulva con frecuencia es difícil y aun imposible debido a que el órgano tiene constricción y la mucosa está hinchada o necrótica. La exploración puede facilitarse por medio de un bloqueo nervioso epidural.

Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto.

La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarramiento cervical con extensión a parametrito.

Clasificación de los desgarramientos perineales Primer grado: comprenden solamente la mucosa vaginal, la horquilla y la piel del periné.

Segundo grado: comprende el cuerpo perineal, lesionando el músculo transversal del periné y exponiendo el esfínter.

Tercer grado: abarca el cuerpo perineal, con lesión al esfínter rectal y los músculos perineales profundos.

Si sólo lesionan el esfínter se les llama incompletos y si el recto se encuentra abierto se les considera completos.

Los desgarramientos cervicales generalmente se presentan en las comisuras, y cuando éstos son extensos su trayectoria puede llegar hasta los fondos de saco, aumentando la cantidad de sangrado y la posibilidad de formación de hematomas e infección.

Factores de Riesgo.

- Macrosomía fetal.
- Atención de parto en presentación pélvica.
- Aplicación de fórceps.
- Parto precipitado.

Prevención.

Descartar antecedentes obstétricos de riesgo (macrosomía). Valoración del incremento en el peso durante la gestación. Ingreso de la paciente a sala de labor con condiciones cervicales favorables de acuerdo a sus antecedentes obstétricos.

4.9. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se hace por inspección directa de la zona afectada. Las recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto son las siguientes.

1. Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos.
2. La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP.
3. En los lugares en los que no se dispone de oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg).
4. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud lego para la prevención de la HPP.
5. En los lugares en los que las parteras capacitadas están presentes, se recomienda la TCC para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento.
6. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC.

7. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido.

8. No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical (30 ml/hora. (16) Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.

El diagnóstico suele ser clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

De tal forma pueden tomarse como referencia los siguientes:

- Signos:

TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.

- Síntomas:

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia.
- Moderada: palidez, oliguria.
- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

Ante una HPP se debe actuar inmediatamente y secuencial, es necesario activar el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa conocido por el personal del área.

Debe coordinarse ayuda multidisciplinar (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales. Recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Para ello ha de instaurarse fluidoterapia con SF o Ringer Lactato (solución Hartmann) a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). Valoración y registro cada 15 min del pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria, una vez estabilizada la paciente las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O₂) han de ser monitorizadas y obtenerse registros seriados cada 30 minutos.

Colocar una sonda urinaria con la triple función

1. Favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical).
2. Preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica.

3. Controlar la diuresis. Se debe tener en cuenta que el volumen adecuado diurético es >30 ml/hora. Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.

Garantizar menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter No. 14 o 16. Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y gases arteriales. Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina.

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

En primer lugar se debe intentar cuantificar el volumen de la pérdida hemática y posteriormente valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente, para lo cual deben evaluarse diferentes parámetros: tensión arterial, relleno capilar, diuresis, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia. Según sus valores se puede establecer los diferentes grados de hemorragia.

Tratamiento

Tratamiento atonía uterina

El tratamiento que se va a implementar va a ser de acuerdo a lo que este causando la hemorragia, en el punto 2.1 se mencionó las cuatro principales causas de HPP y ahora se explicara el tratamiento de cada una de ellas.

El manejo clínico de la atonía uterina se realiza de la siguiente manera:

La mejor profilaxis es el manejo activo del trabajo de parto.

- Instalación de una vía endovenosa
- Drogas uterotónicas:
 - Oxitocina 40 U en un litro de solución salina normal o 10 unidades intramuscular (incluyendo miometrio)
 - Metilergonovina 0,2 mg IM (incluyendo directamente el miometrio); puede repetirse cada 2 a 4 horas
 - Carboprost trometamina (PgF₂ alfa):250 ug IM (incluyendo miometrio) cada 15 a 90 minutos, hasta una dosis total de 2 mg, si no hay asma.
 - Carbetocina
 - Misoprostol

Hasta el día de hoy, la compresión bimanual del útero y la compresión de la aorta siguen siendo medidas salvadoras, por lo que todo personal de salud debe estar capacitado para realizarlas.

El taponamiento uterino cayó en desuso después del decenio de 1950. Consiste en un método simple, seguro y eficaz para controlar la HPP. Cuando se le emplea, debe tenerse cuidado de taponear sistemáticamente el fondo de un lado y evitar la creación de espacios muertos donde se acumule la sangre.

La ligadura bilateral de las arterias uterinas tiene 80% de éxito. La arteria uterina es encontrada en el ligamento ancho y a 2 a 3 cm del miometrio. Se sutura el ligamento útero-ovárico.

La ligadura de las arterias hipogástricas (ilíacas internas) debe ser realizada por un cirujano experto. El éxito se obtiene solo en 42% de los casos. Si fracasa, la histerectomía se realiza con mayor morbilidad. La técnica debe ser reservada a la mujer hemodinámicamente estable, de poca paridad y que desea conservar su capacidad reproductiva.

La sutura B-Lynch es útil debido a su simplicidad, seguridad, capacidad para salvar vidas, capacidad para preservar el útero y la fertilidad. Es una alternativa a los procedimientos quirúrgicos mayores para el control de la circulación arterial pélvica o histerectomía y ha tenido un impacto significativo en el tratamiento conservador de la HPP.

El costo-beneficio hace que su aplicación sea de especial importancia en países en desarrollo, como medida tanto profiláctica como terapéutica.

Antes de realizar la técnica, se aplica compresión bimanual al útero, para saber si la hemorragia puede ser controlada con dicha maniobra. Para la técnica misma, se utiliza catgut crómico 2 y aguja redonda de 75 mm.

Las indicaciones del balón intrauterino en la HPP severa atónica que no responde al tratamiento médico, son las HPP debidas a producto retenido y si la paciente sigue sangrando tras remoción, las HPP por falla coaguladora, tras cesárea, por fibromas uterinos, en la profilaxis en mujeres de riesgo alto o cuando la HPP puede empeorar el cuadro, así como en la HPP secundaria.

El balón de Bakri es fácil de administrar, rápida evaluación de la efectividad, fácil medición de las pérdidas sanguíneas por el lumen y sus remociones rápidas, sin otro acto quirúrgico. Permite un manejo conservador de la hemorragia.

Tratamiento traumas o desgarros

Su tratamiento consiste en efectuar la reconstrucción quirúrgica, con recomendaciones en cada grado que realice, en primer grado, aplicar anestesia local o bloqueo epidural, realizar asepsia y antisepsia en la zona quirúrgica, suturar

la mucosa vaginal con puntos separados o en “X”, con catgut 00, suturar la piel con puntos separados o surgete intradérmico con catgut 000 y aguja atraumática.

Para las laceraciones de segundo grado, es afrontar con catgut 0 los fascículos musculares del elevador y el esfínter del ano, suturar la vagina con puntos separados o en “X” con catgut 00, suturar la piel con puntos separados con catgut a traumático 000.

Las laceraciones de tercer grado, es suturar la pared muscular del recto con catgut a traumático 00 sin penetrar la mucosa, no debe pasar el catgut a la luz rectal, a fin de no provocar una fistula rectal, suturar el musculo esfínter externo del ano y los elevadores del ano con catgut del 0, o del número 1 con aguja traumática. En el posoperatorio, es recomendable proporcionar dieta blanda, así como administración de laxantes para evitar el estreñimiento intestinal, además aplicar bolsas de hielo o calor seco en el periné.

Tratamiento placenta retención placentaria

El tratamiento convencional de la placenta retenida es el alumbramiento manual, luego de su separación digital de la pared uterina.

Si pasan 30 minutos después de que nazca el bebé y aún no hay signos de que la placenta se haya desprendido, recomiendan que el bebé ya haya sido puesto a mamar, ya que cuando la madre da el pecho al bebé, el útero se contrae y eso ayuda a expulsar la placenta. También se recomienda a la madre orinar, ya que si la vejiga está llena podría retrasar la salida de la placenta.

Si después de una hora la placenta aún no ha nacido por sí misma o si la madre está sangrando mucho, los profesionales sanitarios cualificados seguirán distintos pasos para que no aumente el riego y extraer o que salga la placenta.

Tratamiento alteraciones de la coagulación

Cuando se encuentran disponibles, los concentrados de factor constituyen el tratamiento ideal y más seguro para los trastornos hemorrágicos poco comunes. Desafortunadamente, solo hay concentrados individuales de los factores I, VII, VIII, XI y XIII. Los concentrados de factor para los trastornos hemorrágicos poco comunes generalmente se fabrican a partir de plasma humano y reciben tratamiento a fin de eliminar virus como el VIH y los de la hepatitis B y C.

Concentrado de complejo de protrombina (CCP)

Este concentrado se fabrica a partir de plasma humano y contiene una mezcla de concentrados de factor, entre ellos los factores II, VII, IX y X (no obstante, algunos productos no contienen los cuatro factores).

El CCP es adecuado para el tratamiento de deficiencias individuales de factor II y factor X, así como el de la deficiencia combinada hereditaria de factores de la coagulación dependientes de la vitamina K (VKCFD).

Plasma fresco congelado (PFC)

El plasma es la fracción de la sangre que contiene todos los factores de la coagulación, así como otras proteínas sanguíneas. El PFC se utiliza para el tratamiento de trastornos hemorrágicos poco comunes cuando los concentrados para el tratamiento del factor específico faltante no se encuentran disponibles. El PFC es el tratamiento usual para la deficiencia de factor V. Sin embargo, generalmente no es sometido a procesos de inactivación viral, de modo que el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas es mayor.

El PFC sometido a inactivación viral está disponible en algunos países y es preferible. La sobrecarga circulatoria constituye un problema potencial de este tratamiento: dado que en el PFC la concentración de cada factor de coagulación es baja, debe administrarse un volumen considerable durante varias horas a fin de lograr una elevación adecuada en la concentración del factor faltante.

Esta necesidad de una gran cantidad de PFC puede sobrecargar al sistema circulatorio y forzar al corazón.

El tratamiento con PFC puede presentar otras complicaciones, particularmente reacciones alérgicas o problemas pulmonares (lesiones pulmonares provocadas por transfusiones sanguíneas).

Crioprecipitado

Fabricado a partir de plasma humano, el crioprecipitado contiene factor VIII, fibrinógeno (factor I) y algunas otras proteínas importantes para la coagulación de la sangre. El crioprecipitado no es sometido a inactivación viral y solo debería utilizarse cuando el concentrado de factor no se encuentre disponible.

En comparación con el PFC, contiene mayores concentraciones de algunos de los factores de la coagulación (pero no de todos), de modo que el volumen requerido es menor. Solo es adecuado para unas cuantas deficiencias. El crioprecipitado se administra por vía intravenosa.

Desmopresina

La desmopresina es una hormona sintética que eleva las concentraciones de factor VIII en pacientes con deficiencia combinada de factor V y factor VIII. Dado que es sintética, no hay riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. La desmopresina no afecta las concentraciones de ninguno de los otros factores de coagulación. Puede administrarse por vía intranasal o intravenosa.

Fármacos antifibrinolíticos

Los fármacos antifibrinolíticos, ácido tranexámico y ácido aminocaproico, se utilizan para mantener un coágulo en su lugar en algunas partes del cuerpo tales como boca, vejiga y útero. También son muy útiles en diversas situaciones; por ejemplo, durante trabajos dentales, pero no son eficaces en casos de hemorragia interna grave o cirugía. Los fármacos antifibrinolíticos son particularmente útiles para pacientes con deficiencia de factor XI. También se utilizan para ayudar a controlar el flujo menstrual excesivo. Los fármacos antifibrinolíticos pueden administrarse por vía oral o mediante inyección.

Cola de fibrina

La cola o goma de fibrina puede usarse para el tratamiento de lesiones externas y durante trabajos odontológicos tales como extracciones dentales. No se utiliza en caso de hemorragias mayores o cirugías. Se aplica en el sitio de la hemorragia.

Transfusiones de plaquetas

Las plaquetas son pequeñas células sanguíneas que participan en la formación de coágulos y en la reparación de vasos sanguíneos lesionados. Algunos concentrados de factor, entre ellos el factor V, se almacenan en pequeños sacos al interior de las plaquetas. Las transfusiones de plaquetas algunas veces se utilizan para el tratamiento de la deficiencia de factor V.

Vitamina K

El tratamiento con vitamina K (ya sea en tabletas o con inyecciones) puede ayudar a controlar síntomas de la deficiencia combinada hereditaria de los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K (VKCFD). Sin embargo, no todas las personas responden a este tipo de tratamiento. Las personas que no responden a la vitamina K y presentan una hemorragia o requieren cirugía necesitarán terapia de reemplazo de factor.

5. EMBARAZO

5.1. CONCEPTO

Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero.

El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. En la raza humana este periodo es de unos nueve meses.

Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto.

5.2. ETAPAS

El embarazo consiste en aproximadamente 40 semanas contando desde el primer día de tu último periodo menstrual. Se agrupan las semanas en tres trimestres.

- Primer trimestre abarca de la semana uno hasta la semana doce.
- El segundo trimestre abarca desde la semana trece hasta la semana veintiocho.
- El tercer trimestre abarca desde la semana veintinueve hasta la semana cuarenta.

El embarazo también lo dividimos por trimestres, porque cada uno de ellos tiene sus connotaciones diferentes:

- El primer trimestre, los tres primeros meses o contando en semanas desde la concepción hasta la semana 13-14, es el que más riesgo tiene de pérdidas de embarazo, abortos espontáneos que son frecuentes en este trimestre pues son embarazos fruto de embriones con algún defecto cromosómico o anatómico que no le permite seguir desarrollándose con normalidad más allá de las primeras semanas.

Es el periodo en el que se formarán todos los órganos fetales, que estarán completos al finalizar este trimestre. También asociamos esta franja del embarazo con la más incómoda para la gestante, pues es durante estas primeras etapas en las que se manifiestan las náuseas y vómitos del embarazo.

- Segundo trimestre es el periodo central, de transición, desde la 13-14 a la 26-28 semanas, durante el cual el feto básicamente crece y gana peso, la formación de todos sus órganos se ha completado durante el primer trimestre, la madre se encuentra mejor de la sintomatología inicial y todavía no acusa las molestias del final de embarazo.
- El tercer trimestre son las últimas semanas, en las que el feto ya ha adquirido un considerable peso y volumen responsable de las molestias que refieren las gestantes por el hecho de acarrear ese peso con ellas.

Durante este periodo el feto madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior, dejará de alimentarse y respirar por el cordón umbilical para hacerlo directamente por vía oral y respiratoria.

Es el periodo a partir del cual el feto es viable en el exterior, por lo que se aconseja no hacer grandes viajes ni actividad física intensa.

En cualquier caso, si hacemos el esfuerzo de ser precisos en los cálculos, los nueve meses y las 40 semanas desde la última regla, o las 38 a partir de la concepción coinciden en la misma fecha estimada para el parto.

5.3 CLASIFICACIÓN

- Embarazo intrauterino
- Embarazo molar
- Embarazo ectópico
- Embarazo de alto riesgo
- Embarazo múltiple
- Embarazo intraabdominal

Embarazo intrauterino:

Es el embarazo que se produce cuando el óvulo fertilizado se implanta correctamente en el interior del útero y se desarrolla con normalidad, sin ninguna alteración.

El embarazo intrauterino es el que viven la mayoría de las mujeres. Dura unas 40-42 semanas, desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas aproximadamente desde la fecundación del óvulo.

Al implantarse el óvulo, la placenta se desarrolla. Y gracias al cordón umbilical, el futuro bebé recibe los nutrientes que necesita para crecer.

Embarazo ectópico

Este es otro de los tipos de embarazo, también conocido como embarazo extrauterino.

Surge a partir de una complicación durante el descenso del embrión por la trompa de Falopio y no es capaz de llegar al útero. El embrión se implanta en un lugar inadecuado que no permite su desarrollo.

Tubárico o ampular:

El embrión anida en las trompas de Falopio y produce una inflamación y obstrucción tubárica.

Ístmico:

La implantación del embrión tiene lugar en el istmo, al final de la trompa de Falopio.

Ovárico:

El embrión se implanta en el ovario y puede confundirse con un quiste.

Cervical:

La nidación tiene lugar en el cuello uterino o cérvix.

Abdominal:

El embrión implanta dentro de la cavidad peritoneal. Este tipo de embarazo es muy infrecuente.

Intramural:

Se localiza en el miometrio, la capa muscular interna del útero. Es el tipo de embarazo más raro de todos.

Embarazo molar:

En este tipo de embarazo el óvulo fue fertilizado de manera anormal, por lo tanto, la placenta crece de forma desproporcionada y se transforma en un conjunto de quistes denominado mole hidatidiforme. Como resultado tenemos que:

El embrión no puede formarse bien y no sobrevive.

El embarazo molar debe ser interrumpido apenas se sepa de su existencia.

Existen dos tipos de embarazo molar:

- **Completo**

No hay ningún signo de normalidad, ni en el embrión ni en el tejido de la placenta. Todos los cromosomas pertenecen al padre, cuando lo normal es que una mitad sea de la madre y la otra del padre.

- **Parcial**

La placenta puede presentar signos de normalidad, sin embargo, el embrión se desarrolla anormalmente.

La mitad de los cromosomas provienen de la madre, pero los que pertenecen al padre aparecen en dos grupos. El feto, en vez de tener 46 cromosomas, presenta 69.

- **Embarazo de alto riesgo:**

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de complicaciones, tanto desde el punto de vista de la madre como para el bebé y, por tanto, el control previo durante la gestación, el parto y puerperio, han de ser más completos, evitando cualquier posible riesgo.

- **Embarazo de bajo riesgo:**

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de que durante el embarazo surjan algunas complicaciones, aunque estas son menos frecuentes que en gestaciones de alto riesgo.

- **Embarazo múltiple:**

Un embarazo múltiple es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente idénticos.

Los gemelos pueden ser monocigóticos, en cuyo caso son idénticos, o dicigóticos.

Los monocigóticos proceden de un solo óvulo que se ha dividido en dos partes que han seguido desarrollándose por separado hasta formar a dos bebés genéticamente idénticos, del mismo sexo y físicamente muy similares.

Los gemelos dicigóticos, por el contrario, son el resultado de una fecundación múltiple, es decir, que la madre tenía más de un óvulo, y que estos óvulos fueron fecundados por distintos espermatozoides por lo que, aunque se concibieran al mismo tiempo, son bebés totalmente distintos, que podrían ser del mismo sexo, o no, y cuyo parecido físico es semejante al de los hermanos nacidos en fechas diferentes.

□ Embarazo intraabdominal:

Un embarazo abdominal es una forma de embarazo ectópico caracterizado por la implantación del embrión dentro de la cavidad peritoneal, por fuera de la trompa de Falopio, el ovario, y el ligamento ancho del útero .

Son poco comunes, pero tienen un mayor índice de mortalidad materna que los embarazos ectópicos en general; en algunas ocasiones, pueden derivar en partos viables.

5.4. CARACTERISTICAS

- Sensibilidad en los pechos.
- Cansancio y fatiga.
- Náuseas y vómitos.
- Ausencia del período o amenorrea
- Cambios de humor.
- Desarrollo del sentido del olfato
- Estómago revuelto o acidez
- Dolor premenstrual.
- Un poco de acné
- Variaciones en el apetito
- Crecimiento de la región abdominal.

Los signos y síntomas que hacen sospechar de un embarazo incluyen:

- Amenorrea
- Náuseas y vómitos
- Hormigueo mamario
- Mastalgia
- Micción frecuente y urgente
- Percepción de movilidad fetal (después de la semana 14)
- Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso

Menos frecuentemente puede haber:

- Sialorrea
- Anorexia
- Antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente
- Tendencia a vértigos
- Lipotimias, insomnio o somnolencia
- Irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios

Entre los signos se observa:

- Leucorrea
- Cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o del útero
- Elevación de la temperatura
- Aumento de tamaño del abdomen
- Aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón
- Soplo pélvico y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino
- Pigmentación cutánea (cloasma y "línea negra") y épulis después de la semana 12.

5.5. CAUSAS

- Menarquía (primera menstruación de la adolescente) temprana:
- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Familias disfuncionales
- Bajo nivel educativo
- Migraciones recientes
- Falta o distorsión de la información
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres
- Factores socioculturales

5.6. CONSECUENCIAS

Las mujeres que se embarazan presentan una serie de situaciones que ponen en riesgo su salud, la del feto y en muchos casos la vida de ambos, tales como:

- Malnutrición, debido a carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del feto (hierro, calcio y ácido fólico principalmente).
- Mayor número de abortos espontáneos.
- Partos prematuros
- Embarazo múltiple.
- Diabetes gestacional
- Pre eclampsia
- Placenta previa

Consecuencias psicosociales:

- Rechazo al bebé
- Problemas con la familia y su entorno social
- Depresión

Consecuencias para el bebe:

- Riesgo de "muerte súbita del lactante"
- Defectos de nacimiento

5.7. DETECCIÓN

❖ Prueba de embarazo para realizar en casa:

Cuando la menstruación se atrasa, se puede realizar una prueba de embarazo en casa para confirmar o descartar el posible embarazo. Las pruebas de embarazo en casa detectan la gonadotropina coriónica humana (hCG) en la orina. La gonadotropina coriónica humana es una hormona producida por la placenta en las primeras etapas del embarazo.

Estas pruebas de embarazo en casa son precisas en torno al 97% de las veces. Si, aunque el resultado sea negativo, la mujer aún piensa que está embarazada, debe repetir la prueba de embarazo en casa unos días después.

Podría ser que la primera prueba se hubiera hecho demasiado pronto (antes de que la siguiente menstruación hubiera empezado). Si el resultado es positivo, debe acudir al médico, quien podría hacer otra prueba de embarazo para confirmarlo.

❖ Pruebas de embarazo de laboratorio:

El médico analiza una muestra de orina o a veces de sangre de la mujer para comprobar la presencia de embarazo. Estas pruebas son precisas en más de un 99% de las veces.

Una de estas pruebas, denominada ensayo de inmunoabsorción enzimática (enzimoinmunoanálisis o ELISA), puede detectar rápida y fácilmente incluso una concentración baja de gonadotropina coriónica humana en la orina.

Algunas pruebas permiten detectar el bajísimo nivel que existe al cabo de varios días tras la fecundación (antes incluso de que falte una menstruación). El resultado se obtiene en media hora.

Durante los primeros 60 días de embarazo (embarazo normal con un único feto), la concentración de gonadotropina coriónica humana en sangre se duplica cada 2 días aproximadamente. Esta concentración se mide durante el embarazo a fin de valorar si avanza con normalidad.

5.8. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

- Problemas de salud
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Síndrome de ovario poli quístico
- Enfermedades renales
- Enfermedades autoinmunes
- Obesidad
- VIH-SIDA
- Edad
- Estilo de vida
- Alimentación
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción

Los factores que generan riesgo para el embarazo se pueden dividir en cuatro categorías:

- Problemas de salud existentes
- Edad
- Factores del estilo de vida
- Condiciones del embarazo

Problemas de salud existentes

- Presión arterial alta:

Si bien la presión arterial alta puede ser riesgosa para la madre y el feto, muchas mujeres con presión arterial alta tienen embarazos e hijos saludables. La presión arterial alta no controlada, sin embargo, puede provocar daño en los riñones de la madre y aumentar el riesgo de tener preeclampsia o un bebé con peso bajo.

- Síndrome del ovario poliquístico.

El síndrome del ovario poliquístico (PCOS por sus siglas en inglés) es un trastorno que puede interferir en la capacidad de una mujer de quedar embarazada y mantener el embarazo. El PCOS puede provocar tasas más altas de aborto natural (pérdida espontánea del feto antes de las 20 semanas de gestación), diabetes gestacional, preeclampsia y parto prematuro.

- Diabetes:

Es importante que las mujeres con diabetes controlen sus niveles de azúcar en la sangre antes de quedar embarazadas. Los niveles altos de azúcar en la sangre pueden provocar defectos de nacimiento durante las primeras semanas de embarazo, con frecuencia incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada. Controlar los niveles de azúcar en la sangre y tomar un complejo vitamínico con 40 microgramos de ácido fólico todos los días puede ayudar a reducir este riesgo.

- Enfermedad renal:

Las mujeres con enfermedad renal con frecuencia tienen dificultad para quedar embarazadas y cualquier embarazo corre un riesgo significativo de aborto espontáneo. Las mujeres con enfermedades renales requieren tratamientos adicionales, cambios en la dieta y los medicamentos, y visitas frecuentes al médico.

- Enfermedad autoinmune:

Las enfermedades autoinmunes incluyen enfermedades como el lupus y la esclerosis múltiple. Algunas enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de una mujer de tener problemas durante el embarazo. Por ejemplo, el lupus puede aumentar el riesgo de parto prematuro y nacimiento de un niño muerto.

Algunas mujeres podrían observar que sus síntomas mejoran durante el embarazo, en tanto que otras sufren empujes y enfrentan otros desafíos. Determinados medicamentos para tratar las enfermedades autoinmunes también podrían ser dañinos para el feto.

- Enfermedad de la tiroides:

No tener bajo control los problemas de tiroides (glándula pequeña en el cuello que produce hormonas que regulan el ritmo cardíaco y la presión arterial), como una tiroides hiperactiva o hipoactiva, puede causar problemas en el feto como insuficiencia cardíaca, poco aumento de peso y defectos de nacimiento.

- Infertilidad:

Varios estudios descubrieron que las mujeres que toman medicamentos que aumentan las probabilidades de un embarazo son significativamente más propensas a tener complicaciones en el embarazo que las mujeres que quedan embarazadas sin ayuda. Estas complicaciones con frecuencia involucran a la placenta (el órgano que conecta al feto con la madre) y sangrado vaginal.

- Obesidad:

La obesidad puede tornar más difícil un embarazo, al aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle diabetes durante el embarazo, lo que contribuye a los partos difíciles.

Por otro lado, algunas mujeres pesan demasiado poco para su propia salud y la salud del feto en desarrollo. En 2009, el Instituto de Medicina actualizó sus recomendaciones sobre el aumento de peso durante el embarazo.

Las nuevas recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) sugieren que las mujeres con sobrepeso y obesidad podrían aumentar incluso menos peso del que se recomienda e incluso así tener un bebé saludable.

- VIH/SIDA.

El VIH/SIDA daña las células del sistema inmunitario, lo que les dificulta combatir las infecciones y determinados cánceres. Las mujeres pueden transmitir el virus al feto durante el embarazo; la transmisión también puede darse durante el trabajo de parto y el parto, o a través de la leche materna. Afortunadamente, hay tratamientos efectivos para reducir la transmisión del VIH de la madre al feto, al recién nacido o al bebé.

Las mujeres con cargas virales muy bajas podrían tener un parto vaginal con un bajo riesgo de transmisión. Una opción para las mujeres embarazadas con cargas virales (cantidad de VIH activo en la sangre) más altas es un parto por cesárea, el cual reduce el riesgo de transmitir el VIH al bebé durante el trabajo de parto y el parto.

Es importante recibir cuidados prenatales tempranos y regulares. Las mujeres que toman medicamentos para tratar el VIH y tienen un parto por cesárea pueden reducir el riesgo de transmisión a un 2%.

Edad

- Embarazo adolescente:

Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia (falta de glóbulos rojos saludables) y comenzar el trabajo de parto antes que las mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo.

Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o a visitar a un profesional de la salud de manera regular durante el embarazo para evaluar los riesgos, garantizar una buena salud y entender qué medicamentos y fármacos pueden usar.

- Primer embarazo después de los 35 años:

Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener:

- Un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace a través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre)
- Complicaciones en el parto, incluido sangrado excesivo durante el trabajo de parto
- Trabajo de parto prolongado (que dura más de 20 horas)
- Un trabajo de parto que no avanza
- Un bebé con un trastorno genético, como el síndrome de Down.
- Factores del estilo de vida

- Consumo de alcohol:

El alcohol que se consume durante el embarazo pasa directamente al feto a través del cordón umbilical. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) recomiendan que las mujeres eviten las bebidas alcohólicas durante el embarazo o cuando están tratando de quedar embarazadas. Durante el embarazo, las mujeres que beben son más propensas a tener un aborto natural o el nacimiento de un niño muerto.

Otros riesgos para el feto incluyen más probabilidad de tener defectos de nacimiento y el síndrome alcohólico fetal (FASD por sus siglas en inglés). El FASD es el nombre técnico para el grupo de trastornos fetales asociados con beber alcohol en exceso durante el embarazo.

Causa rasgos faciales anormales, baja estatura y bajo peso corporal, trastorno de hiperactividad, discapacidades intelectuales y problemas de visión o audición.

- Consumo de cigarrillos:

Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo del feto de tener un parto prematuro, determinados defectos de nacimiento y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS por sus siglas en inglés). El humo de segunda mano también hace que la mujer y el feto en desarrollo corran más riesgo de tener problemas de salud.

Condiciones del embarazo

- Embarazo múltiple:

Los embarazos de mellizos, trillizos o más fetos, conocidos como embarazos múltiples, aumentan el riesgo de los bebés de nacer prematuros (antes de las 37 semanas de gestación). Tener un bebé después de los 30 años y tomar medicamentos para la fertilidad son factores que se han asociado con los embarazos múltiples.

Tener tres o más bebés aumenta la probabilidad de que la mujer necesite un parto por cesárea. Es más probable que los mellizos o trillizos tengan un menor tamaño que los fetos únicos.

Si los bebés de un embarazo múltiple nacen de forma prematura, son más propensos a tener dificultades respiratorias.

- Diabetes gestacional.

La diabetes gestacional, también conocida como diabetes mellitus gestacional (GDM por sus siglas en inglés) o diabetes durante el embarazo, es la diabetes que se desarrolla por primera vez cuando la mujer está embarazada.

Muchas mujeres pueden tener embarazos saludables si siguen el plan de dieta y tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su diabetes. La diabetes gestacional no controlada aumenta el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuro, preeclampsia y presión arterial alta.

- Preeclampsia y eclampsia.

La preeclampsia es un síndrome marcado por un aumento súbito de la presión arterial en una mujer embarazada después de las 20 semanas de embarazo. Puede afectar los riñones, el hígado y el cerebro de la madre. Si no se trata, la enfermedad puede ser mortal para la madre y/o el feto y causar problemas de salud a largo plazo. La eclampsia es una forma más grave de preeclampsia, marcada por convulsiones y coma en la madre.

5.9. FARMACOS DURANTE EL EMBARAZO

La utilización de un fármaco durante el embarazo es una situación especial y única, ya que dicho medicamento puede actuar tanto sobre la madre como sobre el feto, pudiéndose dar la circunstancia de que los potenciales efectos beneficiosos sobre la madre de la toma de un producto se conviertan en efectos perjudiciales sobre el feto y, aunque sea una situación mucho menos frecuente, un medicamento beneficioso para el feto puede producir efectos adversos en la madre.

Algunos de los fármacos recetados son:

- Ácido fólico
- Hierro
- Vitaminas
- Minerales
- Ciertos antibióticos
- Ciertos analgésicos
- Alguno antihipertensivos (en mujeres con hipertensión arterial)
- Antiácidos

□ Consumo de fármacos:

Distintos estudios publicados han puesto de manifiesto que el consumo de fármacos durante el embarazo es elevado, aunque es cierto que va disminuyendo lenta pero progresivamente; dichos estudios evidencian que al menos 9 de cada 10 mujeres embarazadas consumen algún fármaco o suplemento a lo largo de la gestación y, lo que es aún más preocupante, que en un porcentaje nada desdeñable de ellas se trata de automedicación sin ningún tipo de control profesional.

Una encuesta realizada a unas 15.000 mujeres gestantes, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, concluyó que aproximadamente el 86% de las gestantes consumía algún medicamento y que el promedio de fármacos consumidos por mujer gestante era de 2,9.

También resulta de interés conocer que aproximadamente el 5% de las embarazadas tienen que continuar tomando algún medicamento que ya consumían con anterioridad por la existencia de alguna patología crónica, destacando por su frecuencia los trastornos psiquiátricos, el asma bronquial, la diabetes mellitus o los procesos reumáticos).

Asimismo debe recordarse que los grupos farmacológicos más empleados en esta etapa de la vida son los analgésicos-antipiréticos, los antibióticos, los fármacos para los trastornos gastrointestinales y los suplementos vitamínicos y minerales.

□ Cambios fisiológicos:

Fisiopatología La utilización de un fármaco durante el embarazo es una situación especial y única, ya que dicho medicamento puede actuar tanto sobre la madre como sobre el feto, pudiéndose dar la circunstancia de que los potenciales efectos beneficiosos sobre la madre de la toma de un producto se conviertan en efectos perjudiciales sobre el feto y, aunque sea una situación mucho menos frecuente, un medicamento beneficioso para el feto puede producir efectos adversos en la madre.

Los cambios fisiológicos que acontecen a lo largo del embarazo pueden modificar la farmacocinética de los medicamentos en las distintas fases de la misma (absorción, metabolismo, eliminación,...) y estos cambios pueden afectar tanto a su eficacia y como a su seguridad.

Dichos cambios suelen acontecer, como norma general, de forma gradual y con carácter progresivo, siendo más acusados en los meses finales de la gestación, y tienden a regresar a su situación de partida pocas semanas después de producirse el parto.

Además, la mayoría de principios activos atraviesan la barrera placentaria principalmente a través de un mecanismo de difusión, pero pudiendo hacerlo a través de otros mecanismos, como el transporte activo o la pinocitosis.

Dicha barrera placentaria es especialmente permeable a principios activos liposolubles, con escasa ionización y de bajo peso molecular y, por el contrario, su permeabilidad es menor para principios activos que presentan elevado peso molecular, que tienen una ionización importante y/o que presentan escasa liposolubilidad.

Respecto a la utilización de fármacos en la lactancia, la mayoría de los principios activos tienen cierta eliminación a través de la leche materna por un mecanismo de difusión pasiva, pero pudiendo utilizar otros mecanismos como la difusión facilitada. Esta eliminación por leche materna es mayor en los productos que no se unen a proteínas plasmáticas y en los de bajo peso molecular, y está muy influida también por su liposolubilidad.

□ Riesgos potenciales:

Básicamente se pueden agrupar en dos los principales riesgos potenciales que supone la administración de fármacos a lo largo de la gestación; los efectos teratogénicos, que tendrían su traducción principal en la aparición de malformaciones fetales, y las alteraciones funcionales de los órganos fetales.

Se estima que la incidencia de malformaciones congénitas mayores se sitúa en torno al 2-4%, pero que solamente una pequeña proporción de éstas (menos del 5% de dichas malformaciones) parece estar relacionada con la utilización de fármacos.

Para que dicha alteración se produzca es necesario que confluya una serie de circunstancias; la utilización de un fármaco que sea potencialmente teratógeno y que sea administrado a una dosis y durante un período de tiempo suficientes, la existencia de un feto genéticamente susceptible y que esta interacción suceda en un período específico de la gestación.

Aunque el riesgo de malformaciones relacionadas con la toma de medicamentos se mantiene a lo largo de todo el embarazo, las etapas de mayor riesgo son las que coinciden con el período de implantación (semana inicial de la gestación) y con el período de organogénesis (aproximadamente las primeras 8 semanas).

Pasado el primer trimestre de gestación, las posibilidades de malformación disminuyen de forma significativa, pero esto no lo convierte en período seguro, ya que en estas etapas de la gestación se produce el crecimiento fetal y el desarrollo funcional de sus órganos, y la interacción de un medicamento puede provocar la aparición de alteraciones tanto en el crecimiento fetal como en el desarrollo funcional.

Durante el período de lactancia, las principales alteraciones potenciales son del tipo de aparición de efectos adversos, aunque también pueden producirse alteraciones funcionales al actuar los fármacos sobre órganos no totalmente desarrollados.

Recomendaciones generales para el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia:

- Reevaluar los fármacos consumidos con anterioridad en caso de confirmación de embarazo o lactancia
- Considerar a toda mujer en edad fértil como embarazada potencial en el momento de prescribir un fármaco
- Prescribir únicamente los fármacos absolutamente necesarios
- Restringir de forma rigurosa la prescripción de fármacos durante el primer trimestre de gestación y las primeras semanas de lactancia

En caso de no ser posible, utilizar la alternativa farmacológica de menos riesgo potencial

- Evitar la utilización de nuevos fármacos sobre los que exista menor experiencia sobre su seguridad
- Utilizar la menor dosis eficaz y durante la menor duración posible
- Evitar, siempre que sea posible, la polimedicación
- Informar sobre los peligros de la automedicación en estas etapas
- Vigilar la aparición de posibles complicaciones cuando se pauten un fármaco
- En el caso de la lactancia materna, utilizar preferentemente fármacos de vida media corta y realizar la toma justo antes o después de dar el pecho. En caso de precisar fármacos de vida media larga, administrarlos antes del sueño largo del niño.

6. ABORTO

6.1. CONCEPTO

Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un producto menor de 22 semanas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la expulsión o extracción de un embrión o feto que pesa 500 g o menos.

Aborto se define como la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana (20), contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno, aproximadamente el feto pesa 500 gramos para esta edad gestacional (OMS); también se considera como la terminación de la gestación después que el blastocisto se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad.

Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

Interrupción de una acción o un proceso antes de que finalice o se complete.

6.2 CLASIFICACIÓN

Es necesario efectuar una clasificación de aborto según el cuadro clínico de la paciente y, de esta forma, instaurar el tratamiento adecuado según cada caso. Aunque se puede clasificar también teniendo en cuenta el tiempo de gestación y condición dentro de la cual se presenta.

- Aborto espontáneo:

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (la pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal). Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural"

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos.

Existen muchas doctas opiniones que dicen que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea.

La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas.

- Aborto inducido:

El aborto inducido es la interrupción de un embarazo, que puede ser legal, terapéutico o clandestino. En este último caso, puede ser un aborto inducido en condiciones seguras o inseguras.

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

Desde las primeras leyes a principios del siglo pasado, el aborto provocado ha ido siendo despenalizado en muchos países, tanto del primer, segundo o tercer mundo y su despenalización ha supuesto en estos países una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad materna. A continuación veremos los siguientes métodos usados para realizar el aborto provocado.

- Aborto inevitable:

El aborto inevitable es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia. El cuello uterino se encuentra dilatado y las membranas amnióticas se hallan rotas. Su manejo requiere hospitalización y, dependiendo del protocolo hospitalario, se puede iniciar la evacuación uterina.

- Aborto en curso:

Cuando el cuello uterino está abierto y se ha iniciado el paso del feto. Es cualquier de estos dos casos el sangrado vaginal y los dolores de las contracciones uterinas se acentúan, lo cual indica que el cuello del útero se está dilatando.

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se encuentran cambios cervicales orificio cervical interno permeable membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.

- Aborto incompleto:

Se caracteriza por sangrado profuso, con dilatación de ambos orificios cervicales y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico. Su manejo consiste en la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina, si es un aborto hasta de 12 semanas, o mediante el legrado uterino para abortos mayores de 12 semanas.

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que de privan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia.

Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente.

- Aborto completo:

Es el aborto que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor.

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas.

- Amenaza de aborto:

Se presenta como una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor en hipogastrio leve o moderado y cuello cerrado.

Caracterizado por dolor tipo cólico menstrual que usualmente se irradia región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días, el cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor. El 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos el aborto retenido, el aborto incompleto, o el aborto completo.

- Aborto retenido:

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo.

El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico.

Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado; no obstante, actualmente con los métodos ecográficos se confirma el diagnóstico de forma rápida y, así mismo, puede realizarse una intervención adecuada.

La retención del embrión en la cavidad uterina por lo menos durante 4 semanas después de su muerte, se conoce como aborto frustrado. Definir el tiempo entre la muerte y el diagnóstico no es fácil y carece de utilidad práctica porque en la actualidad el diagnóstico se realiza con prontitud.

De acuerdo con la edad gestacional, la paciente observará primero que los movimientos fetales han desaparecido, que el crecimiento uterino se detiene y que posteriormente disminuye, los cambios mamarios propios del embarazo regresan y el sangrado es escaso, de color café negruzco, el cual persiste por varios días. No es posible determinar la FCF.

No se sabe porque después que muere el feto se retiene en el útero y no se expulsa espontáneamente, al parecer el uso de progestágenos para el tratamiento de la amenaza de aborto tiene una influencia directa.

- Aborto séptico:

Es el aborto completo o incompleto acompañada de infección, la cual se puede manifestar por fiebre, flujo sanguinolento o purulento y dolor hipogástrico. La mayoría de las pacientes ingresan a los hospitales con el antecedente de una maniobra abortiva. El aborto séptico representa un grave problema por su elevada incidencia y por las complicaciones que produce.

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido.

La infección postaborto es un proceso ascendente y sus principales causas son:

- ❖ Presencia de cervicovaginitis
- ❖ Retención de restos del producto de la concepción, que se sobre infectan.
- ❖ Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación
- ❖ Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación.
- ❖ Traumatismo durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras.

6.3. CAUSAS

- Genéticas
- Factores anatómicos
- Problemas endocrinológicos
- Problemas hematológicos
- Causas inmunológicas
- Infecciones
- Drogadicción y alcoholismo
- Exposición a toxinas ambientales

- Sobrepeso
- Tabaquismo
- Diabetes

La pérdida del embarazo podría producirse por muchas razones, y en ocasiones la causa sigue siendo una incógnita incluso después de que se realicen pruebas adicionales.

Causas posibles

La pérdida del embarazo a menudo se produce cuando un embarazo no se desarrolla normalmente.

En muchos casos, los abortos involuntarios son producto de un problema con los cromosomas en el feto. La cantidad de cromosomas que tiene un feto demasiados o muy pocos puede afectar su supervivencia.

Entre otras causas posibles de la pérdida del embarazo se incluyen las siguientes:

- Exposición a las toxinas del ambiente
- Problemas de la placenta, el cuello uterino o el útero
- Problemas con el esperma del padre

En muchos casos, no obstante, un proveedor de atención médica no puede identificar la causa o las causas de la pérdida del embarazo.

La mayoría de los abortos espontáneos tienen lugar durante el primer trimestre y suelen ser secundarios a causas fetales.

Los abortos que suceden en el segundo trimestre son más probablemente debidos a causas maternas como por ejemplo: anomalías congénitas o adquiridas de la cavidad uterina, hipotiroidismo, diabetes mellitus, nefritis crónica, infección aguda, problemas inmunológicos y shock emocional grave.

Muchos virus, sobre todo citomegalovirus, herpesvirus y virus de la rubéola, se han implicado como causas de aborto.

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubarias y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él.

En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER (aborto espontáneo recurrente) puede obedecer a factores mecánicos, tales como

reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal.

Se cree que el AER (aborto espontáneo recurrente) en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos. Los problemas de salud de la madre pueden ser las causas de un aborto.

Otras causas pueden ser:

- Bajas condiciones socioeconómicas.
- Presión de la familia y de la pareja.
- Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento).
- Problemas de salud.
- Violación o incesto.
- Falta de educación sexual afectiva.
- Mal uso de métodos anticonceptivos (uso de prácticas tradicionales).
- Cuando la relación con su pareja no es estable.

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. En pocas ocasiones, estos problemas tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- Drogadicción y alcoholismo
- Exposición a toxinas ambientales
- Problemas hormonales
- Infección
- Sobrepeso
- Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- Enfermedades graves en todo el cuerpo (sistémicas) de la madre (como la diabetes no controlada)

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Entre las mujeres que saben que están embarazadas, aproximadamente del 10% al 25% sufrirán un aborto espontáneo.

La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.

El riesgo de aborto espontáneo es más alto:

- En mujeres de mayor edad. El riesgo se incrementa después de los 30 años, se vuelve mucho más grave entre los 35 a los 40 años, y es mayor después de los 40 años.
- En mujeres que ya hayan tenido varios abortos espontáneos.

5.4. SIGNOS Y SINTOMAS

- dolor abdominal
- cólicos fuertes
- sangrado vaginal o manchado
- contracción uterina
- náuseas
- vomito

6.5. FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Tener bajo peso
- Estar en sobrepeso
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Fumar mucho
- Beber alcohol de forma excesiva

Factores fetales o cromosómicos:

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto.

Aborto aneuploide se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de 10% fue error en la fertilización y división cigótica.

- Trisomía autosómica es la alteración más frecuente, y es resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y 22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.

Monosomía X (45X) anomalía cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.

- Triploidía. Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma 16. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermatóica dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar es retenido.
- Tetraploidia.
- Monosomía autosómica: es extremadamente rara e incompatible con la vida.
- Polisomía sexual cromosómica 47XXY síndrome Klinefelter y 47XXX variedad super mujer. Aborto euploide. Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides, que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.

Factores maternos:

- Infecciones: causadas por microorganismos tales como *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*.
- Enfermedades crónicas: como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- Endocrinas: hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico.
- Nutrición: la desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.

Factores ambientales:

- El tabaquismo y el alcoholismo se consideran embriotoxinas por lo que aumentan las tasa de aborto.
- Cafeína: se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto y otras complicaciones en el embarazo.
- Radiación: la dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente 5 rad
- Factores inmunológicos: síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
- Alteraciones uterinas: leiomiomas, sinequias.
- Alteraciones müllerianas en la formación o fusión. Estas se producen de forma espontánea o inducida por exposición e dietiestilbestrol (DES).
- Incompetencia cervical.
- Traumáticos: de forma directa sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica.

6.6. COMPLICACIONES

- Restos placentarios en el útero
- Coágulos en el útero
- Sangrado muy abundante
- Lesiones en el cuello uterino, útero u otros órganos.
- Infecciones

EFFECTOS FÍSICOS:

- CÁNCER DE MAMA:

El riesgo de cáncer de mama aumenta después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

- CÁNCER DE OVARIOS, HÍGADO Y CERVICAL (cuello uterino):

Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

- PERFORACIÓN DE ÚTERO:

Entre un 2 y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. Esta clase de examen puede resultar útil cuando se inicia un proceso judicial por negligencia en la práctica del aborto.

El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en posteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

- DESGARROS CERVICALES (cuello del útero):

En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro-fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes.

- **PLACENTA PREVIA :**

El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte peri natal y efusión excesiva de sangre durante el parto.

- **EMBARAZO ECTÓPICO:**

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.

- **AFECCIÓN INFLAMATORIA PELVICA:**

Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad.

Es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

- **ENDOMETRITIS:**

La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

- **COMPLICACIONES INMEDIATAS:**

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal. Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico.

Además de otros efectos como:

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos. .
- Nacimientos de niños muertos.

- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Shock.
- Coma.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Fiebre /Sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Pérdida de peso
- Agotamiento

EFECTOS PSICOLÓGICOS:

- Llanto/ Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Comer constantemente.
- Nerviosismo.
- Frigidez.
- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento. .
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.

- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- Instintos maternales frustrados.
- Odio a todos los relacionados con el aborto. .
- Incapacidad de perdonarse a sí misma. .
- Pesadillas.
- Ataques / Temblores.
- Frustración. .

EFECTOS SOCIALES:

- Disminución de la capacidad de trabajo
- Pérdida de interés en el sexo
- Abuso de los niños
- Sentimientos de ser explotada
- Sentimiento de deshumanización
- Deseo de acabar la relación con su pareja
- Aislamiento
- Intenso interés en los bebés
- Sentimientos de ser explotada

Cualquieras de las complicaciones puede evolucionar y llevar a la mujer a la muerte.

6.7. DETECCION

Para la detección del aborto es necesario recurrir a algunos estudios como son:

- **Examen pélvico.** El profesional de salud podría controlar si el cuello del útero se empezó a dilatar.
- **Ecografía.** Durante una ecografía, el profesional de salud controlará los latidos cardíacos fetales y determinará si el embrión se está desarrollando normalmente o si este dejó de latir.
- **Análisis de tejidos.** Si has expulsado tejido, puede que se lo envíe a un laboratorio para confirmar que se ha producido un aborto espontáneo y que los síntomas no están relacionados con otra causa.
- **Estudios cromosómicos.** Si has sufrido dos o más abortos espontáneos previos, puede que tu profesional de salud indique análisis de sangre para ti y tu pareja para determinar si los cromosomas son un factor.

El diagnóstico de aborto espontáneo se realiza con la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de B-HCG.

✓ Laboratorios:

B HCG cuantitativa: puede detectarse en sangre materna desde 7 a 10 días después de la fecundación y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico. Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana o los niveles descienden, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable.

✓ Ecografía transvaginal o transabdominal:

Los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea y concentración de B-HCG, encontrando por medio de la ecografía transvaginal la aparición localización y características del embarazo de forma más precoz en relación con la ecografía transabdominal.

Los hallazgos ecográficos varían desde ausencia de embrión (huevo anembrionado), ausencia de actividad cardíaca, distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y a cabalgamiento de los huesos del cráneo en embarazos del segundo trimestre.

✓ Diagnóstico diferencial:

Dentro del diagnóstico de aborto espontáneo es indispensable tener en cuenta otras patologías que podrían presentar cuadros clínicos similares e impedir la instauración del tratamiento adecuado. Tales patologías son:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Embarazo ectópico.
- Cervicitis.
- Pólipos cervicales.
- Cáncer de cuello uterino.
- Desgarros vaginales

6.8. TRATAMIENTO

En primer lugar, después de tener un diagnóstico sintomático, el tratamiento depende del estado de respuesta inflamatoria y la disfunción orgánica que presente la paciente.

- Administración de líquidos cristaloides
- Vigilancia hemodinámica: presión venosa central, diuresis, gases arteriales y venosos.
- Para el manejo del choque séptico: Recuperar la presión arterial, inicialmente con líquidos y, si no se logra, suministrar inotrópicos.
- Utilización de esquemas antibióticos que cubran un amplio espectro.
- En la mayoría de los casos hay retención de restos ovulares; por lo tanto, se debe realizar un legrado uterino, en las primeras 8 horas de ingreso de la paciente, pero una hora después de la primera dosis de antibiótico, para evitar una bacteriemia masiva.
- En todo caso de aborto la mujer deberá pasar a quirófano para realizarle un legrado para asegurarse de que no quede ningún resto del producto dentro del útero para evitar complicaciones.

Actividades de atención del aborto:

✓ Evaluación del riesgo :

Acorde con el nivel de atención de la institución, promoviendo un trato humanizado y cálido a la mujer en este periodo, se iniciará con el establecimiento de los signos clínicos de infección como complicación del aborto; los casos no sépticos podrán ser manejados ambulatoriamente y aquellos con sobreinfección se manejarán de acuerdo con los protocolos aquí descritos.

✓ Atención integral a la mujer:

Siendo el periodo del posaborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable, que considere el entorno social y los sentimientos de la mujer en este estado.

Debe ofrecerse apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que requiere este grupo de mujeres.

✓ Ofrecimiento de anticonceptivos:

Toda mujer que se haya atendido a causa de un aborto deberá ser asesorada y darle la oportunidad de escoger y optar por un método anticonceptivo, si desea, o si su situación clínica exige el espaciamiento de un nuevo embarazo.

✓ Tratamiento médico:

El tratamiento médico del aborto consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas. Prostaglandinas (ejemplos, gemeprost, metenoprost, misoprostol) tiene efectos en el cérvix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas. Gemeprost y metenoprost, no disponibles en nuestro país, se administran intravaginalmente en intervalos de tiempo de 3 a 6 horas, no son ampliamente utilizados por su acción lenta. Misoprostol es una prostaglandina análoga registrada para la prevención de úlceras gástricas relacionados a analgésico no esteroides.

Mifepristone es una antiprogestina y bloquea los receptores de progesterona; este bloqueo resulta en ruptura de los capilares maternos de la decidua, la síntesis de prostaglandinas por el epitelio de las glándulas deciduales e inhibición de deshidrogenasa, induciendo de esta manera contracciones uterinas.

Los efectos del método médico son moderados tales como sangrado fuerte, dolor en hipogastrio, náuseas, emesis y diarrea de acuerdo con la dosis y edad gestacional.

El tratamiento médico es reservado solamente en el aborto temprano, es decir, menor de 9 semanas, y como parte de la maduración cervical para el tratamiento quirúrgico posterior y evitar así posibles injurias sobre el cérvix o el útero.

✓ Tratamiento quirúrgico:

En general, la morbilidad seguida del procedimiento quirúrgico incrementa con la edad gestacional.

Las diferentes complicaciones tales como la perforación uterina, laceración cervical, hemorragia, remoción incompleta o del feto o restos placentarios e infección, se incrementan después del segundo trimestre.

El procedimiento quirúrgico realizado entre la 7 y 9 semana de gestación está asociado con pocas complicaciones estadísticamente significativas, que el desarrollado entre la 9 y 14 semana de amenorrea o en el segundo trimestre.

✓ Métodos quirúrgicos:

Dilatación y curetaje:

El cérvix se dilata hasta que una cureta se inserta y remueve el contenido del útero.

Dilatación y aspirado eléctrico:

El cérvix se dilata hasta que puede insertarse una cánula de tamaño apropiado. El contenido del útero se remueve por succión mediante la aspiración. En algunos casos se utiliza el curetaje adicional.

Aspiración manual:

Consiste en la evacuación uterina por medio de una aspiración manual mediante una jeringa conectada a una cánula. Por lo general, este procedimiento utiliza anestesia local.

Si los procedimientos descritos fallan, se realiza histerotomía; aunque poco usada, puede ser desarrollada para extracción de feto y vaciamiento uterino.

✓ Amenaza de aborto

Reposo absoluto en cama:

Se prescribe con base en la idea que la actividad física severa durante el embarazo está asociada a aborto. Sin embargo, esta hipótesis es limitada, porque las causas de aborto no están relacionadas con la actividad física. Además, el reposo absoluto puede incrementar el riesgo de eventos tromboembólicos, siendo estresante y costoso para la paciente, e incrementando los gastos en los servicios de salud.

Manejo:

- Descartar patología infecciosa.
- Confirmar viabilidad.
- Medidas seriadas de B-HCG cada 2 a 3 días.
- Ecografía transvaginal semanal.
- Antiespasmódicos.
- Progesterona natural 200-400 mg cada 12 horas, hasta semana 12, en caso de Insuficiencia de cuerpo lúteo.
- Antibiótico terapia en casos de infección urinaria y/ o vaginosis.
- Viabilidad confirmada se debe vigilar parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino oligohidramnios durante el curso del embarazo.

Aborto en curso

Requiere atención inmediata.

Hospitalizar para:

- Hidratar.
- Reforzar actividad uterina.
- Analgesia parenteral.
- Posterior a expulsión feto legrado uterino o revisión.

Aborto retenido

Cuando el cervix se encuentre cerrado puede iniciar la maduración cervical en casa y hospitalizar al momento del inicio de sangrado:

- Embarazo menor 8 semanas: maduración cervical, dilatación (Hegar o Deniston) y curetaje o aspiración (jeringa Karman).

- Embarazo mayor 9 semanas: recuerde siempre el riesgo de perforación:
 - ✓ Maduración cervical (Misoprostol 400 mcg dosis única).
 - ✓ Reforzar o inducir actividad uterina hasta la expulsión del producto.
 - ✓ Legrado uterino.

Aborto incompleto

- Hidratar.
- Oxitocina.
- Antibioticoterapia.
- Legrado o revisión uterina.

El uso de antibióticos en aborto séptico está bien documentado; de hecho, es piedra angular en el tratamiento; sin embargo, el aborto incompleto es una forma frecuente de presentación del aborto realizado en condiciones de riesgo como también del aborto espontáneo, siendo este el caso en el que el uso de antibiótico profiláctico podría ser efectivo para disminuir la morbimortalidad infecciosa.

El uso de antibiótico en mujeres que recibieron tratamiento quirúrgico del aborto es controversial, ya que algunos autores lo recomiendan mientras que otros sugieren su utilización sólo en pacientes con alto riesgo de infección.

Aborto completo:

- Observación.
- Confirmación ecográfica.
- Seguimiento BHCG

6.9. CUIDADOS

Para casos simples de legrado endocervical ginecológico, solo se recomienda reposo relativo 24 horas, cuidar las medidas de higiene y tener una correcta hidratación. Se puede pautar el uso de analgésicos en caso de molestias significativas.

El tiempo de recuperación media, en los legrados obstétricos, es variable en función de la evolución y se suele aconsejar reposo relativo para la paciente, con el fin de evitar posibles sangrados o infecciones uterinas, como complicaciones más habituales.

Se aconseja no realizar esfuerzos en los primeros días, a partir de las 72 horas se puede hacer vida normal, evitando ejercicios extremos. Durante este periodo es normal que exista algún pequeño sangrado, que debe ir a menos, y dolor cólico, que irán desapareciendo paulatinamente.

Lo que no se recomienda, bajo ningún concepto, es el uso de tampones durante un mes, los lavados vaginales en la ducha o baños inmersión y las relaciones sexuales durante 10 días y siempre en función de la evolución.

7. MANEJO OBSTETRICO

7.1. HEMATOMAS

Suelen aparecer en la zona de desgarro o de la episiotomía, pueden estar por debajo de la mucosa debido a una rotura vascular, incluso provocar un hematoma discanté que se extiende hacia el ligamento ancho.

En algunas ocasiones, es preciso realizar una laparotomía, ya que el acceso por vía vaginal para localizar el vaso sangrante es imposible.

7.2. COAGULOPATIAS

Pueden ser alteraciones de la coagulación materna preexistentes, como la hemofilia y la enfermedad de Von Willebrand, que requieren su tratamiento específico durante el parto y el puerperio. Pero además de estas posibles alteraciones, durante el alumbramiento se pueden producir coagulopatías por dos mecanismos:

- Pérdida de factores de la coagulación debido a la hemorragia.
- Por un fenómeno de CID, debido al paso masivo de tromboplastina hacia la circulación materna.

Clínicamente, debe sospecharse ante la aparición de púrpuras, petequias y pérdida hemorrágica a través de las mucosas, los sitios de punción y la herida quirúrgica. Las pruebas del laboratorio nos pueden mostrar los siguientes fenómenos: disminución de la antitrombina III, elevación del fibrinopéptido A, tiempo de protrombina anormal, alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial, plaquetopenia, disminución del fibrinógeno y aumento de los productos de degradación del fibrinógeno y D-dímeros, presencia de esquistocitos en frotis de sangre periférica y leucocitosis.

El tratamiento consiste en abordar la causa desencadenante de la coagulopatía y sustituir el déficit sanguíneo de acuerdo con las alteraciones en la analítica, según el protocolo consensuado con el banco de sangre de cada hospital.

7.3. PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Los puntos más importantes para disminuir la incidencia y/o gravedad de la hemorragia obstétrica y a tal fin se deben:

- Confirmar la edad gestacional con la mayor precisión posible.
- Identificar los factores de riesgo para hemorragia obstétrica.
- Aconsejar el abandono del cigarrillo a las fumadoras.
- Disminuir la incidencia de parto después de cesárea.

La mayoría de los casos de hemorragia postparto ocurren durante el tercer período del parto. Normalmente, en este período, los músculos del útero se contraen y la placenta comienza a separarse de la pared uterina.

Este período dura aproximadamente de 5 a 15 minutos. Siendo la atonía la principal causa de sangrado excesivo postparto, se aconseja la administración de rutina de

10 UI de oxitocina luego del alumbramiento, vía intramuscular o endovenosa lentamente, o 600 microgramos de misoprostol por vía oral.

Debido a que cerca del 90% de las hemorragias postparto se deben a atonía uterina, con el objetivo de disminuir la incidencia de la misma, se aconseja el manejo activo del tercer período de trabajo de parto, lo cual reduce la incidencia de hemorragia en más del 40%.

TRATAMIENTO

El período que sucede al nacimiento del bebé y a las primeras horas del postparto es crucial en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado. La hemorragia postparto temprana a menudo puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia

7.4. MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

La mayoría de los casos de hemorragia posparto ocurren durante el tercer período del parto. Los volúmenes de sangre que se pierden dependen de la rapidez con que esto ocurra.

El tercer período generalmente dura de 5 a 15 minutos, si transcurren más de 30 minutos, se considera que el tercer período del parto es prolongado, lo que indica una posible complicación.

El manejo activo del tercer período del parto consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la hemorragia postparto evitando la atonía uterina. Consisten en:

- 1) Administrar una droga uterotónica dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé.
- 2) Pinzar y cortar el cordón umbilical poco después del nacimiento del bebé.
- 3) Aplicar tensión controlada del cordón umbilical, ejerciendo simultáneamente contracción sobre el útero a través del abdomen.

Un meta-análisis de estos estudios, al que se puede acceder a través de la base Cochrane y de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, confirmó que el manejo activo se asocia a una disminución de la pérdida de sangre a una baja en los casos de anemia postparto y a una reducción de los casos que necesitan de transfusión sanguínea, así como a una menor necesidad de usar drogas uterotónicas terapéuticas.

El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinario, y es fundamental llevar a cabo un conjunto de medidas generales, siguiendo una serie de pasos perfectamente sistematizados. El tratamiento deberá ser progresivo y habrá que individualizar cada caso para aplicar medidas específicas.

7.5. USO DE MISOPROSTOL EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que se usa para una variedad de indicaciones obstétricas y ginecológicas. En 1988, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó el uso del misoprostol con el nombre comercial de Cytotec® para prevenir la úlcera gástrica en pacientes con uso prolongado de drogas antiinflamatorias no esteroideas.

Estudios realizados sobre regímenes de misoprostol para usos obstétricos y ginecológicos han probado diversas vías de administración: oral, vaginal, sublingual, bucal y rectal. La vía de administración más eficaz dependerá de la indicación para la cual se están usando las tabletas de misoprostol.

En estudios sobre el tratamiento de la hemorragia postparto con misoprostol, la administración rectal ha demostrado ser eficaz.

A medida que la gestación avanza, el útero se torna más sensible a los agentes uterotónicos. Las dosis de misoprostol, por lo tanto, varían de acuerdo al tiempo de gestación y a la indicación para la cual se use.

Algunos estudios han demostrado la eficacia de los regímenes de misoprostol oral y rectal para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto.

No está contraindicado para las mujeres con hipertensión. De acuerdo a estudios realizados hasta la fecha sobre el uso de misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto, los resultados indican que es preferible el uso de oxitocina en lugar de misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto y que podría salvar considerablemente más vidas.

No obstante, algunos investigadores han notado que el misoprostol constituye una importante opción de respaldo en comunidades donde la oxitocina no está disponible.

7.6. MANEJO OBSTETRICO: MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA.

1.- Reparación de laceraciones

- Episiotomía: deberá ser inmediatamente reparada
- Desgarros vaginales o cervicales. Se repararán mediante sutura hemostática. Los que se extiendan a través del ligamento ancho en ocasiones requerirán una laparotomía para su reparación y evacuación
- Hematomas. Deberán seccionarse para evacuar su contenido y explorar su cavidad para localizar el punto sangrante. Posteriormente, se dejarán abiertos para permitir el drenaje y evitar que un posible resangrado permanezca encapsulado.
- Desgarros uterinos. El abordaje quirúrgico para la reparación de desgarros laterales o inferiores del útero implica el conocimiento de la ubicación relativa de los vasos uterinos, la vejiga y los uréteres. Si el ángulo de la laceración no alcanza el ligamento ancho ni los vasos uterinos, la reparación es bastante sencilla; se logra la hemostasia con una sutura continua reabsorbible comenzando más allá del ángulo de la laceración.

Si el desgarro alcanza los vasos uterinos, será necesario hacer una hemostasia de éstos, teniendo presente siempre la proximidad del urétero.

2.- Alumbramiento manual bajo anestesia. Debe realizarse en caso de no conseguir la expulsión de la placenta. Si el plano de escisión para su despegamiento no es completo, puede tratarse de un acretismo parcial, que precisará un legrado puerperal. Si no se encuentra dicho plano de separación, se diagnosticará un acretismo completo y se planteará la histerectomía.

3.- Compresión bimanual: compresión del útero con una mano en la vagina y otra en la parte anterior del abdomen, ayuda a reducir el sangrado.

4.- Legrado puerperal con cuchara de Pinard. Deberá valorarse cuidadosamente debido al riesgo de perforación. Se realizará si, mediante la exploración manual, no es posible extraer fragmentos adheridos de placenta.

Si las circunstancias lo permiten, la evaluación mediante ecografía del útero puerperal puede seleccionar a las pacientes candidatas a obtener beneficios de un legrado.

5.- Reposición de la inversión uterina. Requiere la reposición inmediata mediante maniobras especiales (Harris, Johnson...), precisando a veces relajantes uterinos y anestesia general, seguido de masaje uterino y administración de uterotónicos.

No debe realizarse el alumbramiento de la placenta si ésta no se ha desprendido antes de haber completado la reposición del útero. Es excepcional el tratamiento quirúrgico.

6.- Taponamiento uterino. Aunque es muy efectivo para el control de la hemorragia, su uso es discutible. Sus principales objeciones son la posibilidad de ocultar una hemorragia, así como el incremento del riesgo de infección. No obstante, últimamente esta técnica vuelve a tomar protagonismo con la aparición de nuevos taponamientos de silicona. Obteniéndose una tasa de éxito del 84% con su uso.

7.- Compresión aórtica. Permite controlar temporalmente un sangrado pélvico, con lo que se gana el tiempo suficiente para corregir la hipotensión, contar con ayudantes experimentados, identificar el origen de la hemorragia y planear el abordaje quirúrgico. En mujeres jóvenes y sanas puede mantenerse durante varios minutos sin ocasionar secuelas permanentes

8.- Ligadura bilateral de las arterias uterinas. Se realiza una sutura reabsorbible con aguja grande alrededor de la porción ascendente de la arteria y la vena uterinas, pasando a través del miometrio unos 2-4 cm medial a los vasos y a través del área avascular del ligamento ancho 40

9.- Devascularización progresiva del útero (técnica de Tsurulnikov). Consiste en disminuir progresivamente el aporte sanguíneo al útero mediante la ligadura progresiva de los distintos vasos que lo irrigan. En un primer tiempo se ligan los vasos uterinos, posteriormente los ligamentos redondos y, por último, los vasos uterováricos.

10.- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas. Para acceder a los vasos iliacos internos, es necesario disecar el espacio retroperitoneal. Se aísla la arteria iliaca interna y se procede a realizar una doble ligadura de seda a 2 cm de su origen desde la arteria iliaca común.

La ligadura de las arterias hipogástricas no es una técnica fácil ni exenta de complicaciones, como la lesión de la vena iliaca y la isquemia de los glúteos y las nalgas cuando se realiza la ligadura por encima de la rama posterior. Además, su abordaje puede ser muy dificultoso, sobre todo en presencia de hematomas, y puede lesionarse el uréter con facilidad. Su realización impide la embolización arterial selectiva al impedir la vía de acceso.

11.- Sutura en abrazadera de B-Lynch. Se trata de una técnica descrita para la resolución de la atonía uterina que se presenta en el transcurso de una cesárea.

Se exterioriza el útero y se comprime con ambas manos, mientras se comprueba la disminución del volumen del sangrado vaginal para probar la efectividad de la técnica.

Utilizando una sutura reabsorbible gruesa con aguja grande, se puncionará el miometrio a 3 cm bajo el borde inferior y 3 cm por fuera del borde lateral derecho de la incisión. La sutura se llevará por la cara anterior rodeando el fondo del útero a unos 3-4 cm del borde del cuerno derecho, y por la cara posterior verticalmente para entrar en la cavidad uterina al mismo nivel que el primer punto.

Mientras se comprime bimanual mente el útero, se tensa la sutura y se lleva hacia el lado izquierdo, realizando el mismo procedimiento de manera simétrica en el lado contralateral, para finalmente anudar la sutura. La histerotomía se cierra siguiendo la técnica habitual en las cesáreas.

Este procedimiento puede resultar útil en casos de atonía tras un parto vaginal. Las técnicas de B-Lynch, Haymans, Pereira y Cho son utilizadas para ligar de manera bilateral la arteria uterina, con un potencial hemostático equivalente al tratamiento de atonía uterina. De las técnicas antes mencionadas, la de Cho y Pereira son superiores a la B-Lynch en casos de placenta acreta.

12.- Técnica de Cho. Consiste en aplicar puntos de sutura desde la serosa de la cara anterior del útero hasta la serosa de la cara posterior en zonas sangrantes. Puede ser especialmente útil en casos de atonía, placenta previa y placenta acreta.

7.7. HISTERECTOMIA OBSTETRICA.

Constituye el tratamiento quirúrgico definitivo para la hemorragia posparto. Deberá realizarse cuando no puede ser controlada con otras medidas.

Es un tratamiento radical que impide una nueva gestación, y puede acarrear importantes problemas psicológicos a la paciente.

La técnica es, en general, la misma que se emplea en cirugía ginecológica, aunque con algunas peculiaridades:

- Se realiza habitualmente en una situación de urgencia y con inestabilidad hemodinámica, por lo que debe acortarse el tiempo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Los pedículos del útero puerperal son gruesos y requieren una doble sutura, ya que el riesgo de hemorragia es elevado. Por ello, la hemostasia debe ser muy cuidadosa.
- El límite entre el cuello uterino y la vagina es difícil de identificar, especialmente cuando durante el trabajo de parto se ha producido el borramiento y la dilatación completa del cérvix uterino.
- Si se realiza una histerectomía total, las dificultades técnicas son mayores y la intervención requiere más tiempo.

Por ello, puede optarse por la histerectomía subtotal y, si persiste la hemorragia en vasos cervicales, realizar una hemostasia con puntos en X.

Embolización radiológica de vasos pélvicos y uterinos: Ofrece una serie de ventajas frente a los procedimientos quirúrgicos:

- Es una técnica mínimamente invasiva.
- No imposibilita una intervención quirúrgica posterior.
- Puede repetirse en caso de persistir o reaparecer el sangrado.
- Evita intervenciones radicales, preservando así la capacidad reproductiva.
- Es posible la preparación profiláctica en pacientes de riesgo.

7.8. SHOCK HEMORRAGICO DE ORIGEN OBSTETRICO

El shock es un síndrome que puede obedecer a múltiples causas. Resulta difícil precisar una definición; sin embargo, con mucha frecuencia utilizamos aquella que lo define como una desproporción entre continente y contenido, en donde se produce un estado de insuficiencia circulatoria periférica con déficit de perfusión tisular, hipoxia y severos cambios metabólicos.

Cualesquiera que fuera la causa del shock hemorrágico, la pérdida de sangre que lo antecede condiciona un menor retomo venoso al corazón derecho y consecuentemente un menor débito cardíaco.

Este último provoca un déficit de perfusión de los tejidos que trae como consecuencia menor oferta de oxígeno a nivel tisular.

La hipoxia así originada desencadena un trastorno molecular; se altera el flujo a nivel de la microcirculación y la falta de oxígeno repercute en el metabolismo de la glucosa. Se moviliza la vía anaeróbica que lleva a la producción de metabolitos ácidos y condiciona entonces acidosis metabólica.

La isquemia progresiva de los tejidos y la acidosis metabólica condicionan liberación intracelular de enzimas lisosómicas y estímulo suficiente para desencadenar la cascada de coagulación intravascular diseminada.

Conforme avanza el fenómeno se descompensan los mecanismos iniciales, aumenta el desarreglo metabólico, el tono vascular se modifica y empieza a deprimirse la función cardíaca y cerebral, lo que conduce a graves consecuencias.

7.9. SEPSIS PUERPERAL

También conocida como fiebre puerperal.

Se define como la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de una temperatura superior a 38°C, después de 24 horas del parto, medida durante al menos dos veces, separadas por un intervalo de 6 horas y no mayor de 24 horas.

Se acompaña de síntomas locales y/o generales. Las principales causas de fiebre puerperal son:

1. Endometritis puerperal.
2. Infección herida quirúrgica (incluye celulitis, infección episiotomía).
3. Mastitis puerperal.
4. Pielonefritis aguda (ver protocolo específico).
5. Tromboflebitis pélvica séptica.
6. Otras infecciones sistémicas.

Las infecciones gineco-obstétricas se presentan durante la gestación, el puerperio y afectan al aparato genital femenino.

La fiebre, el dolor, el sangrado o exudados vaginales con mal olor y el útero que no involuciona, son los signos y síntomas clínicos de las infecciones en el puerperio. Si no se administra tratamiento o es inadecuado, estas infecciones evolucionan desde infecciones localizadas a generalizadas y se propagan por vía hemática o linfática o por contigüidad a órganos vecinos.

Las infecciones del embarazo, así como del parto y del puerperio pueden presentar el mismo tipo de complicaciones. La magnitud y gravedad de la sepsis está en relación directa al estado físico e inmunológico de la mujer, la virulencia de los microorganismos causales y la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos usados.

Algunos signos y síntomas pueden estar encubiertos, sobre todo si la mujer estuvo recibiendo antibióticos previamente.

La mayoría de los gérmenes son de origen exógeno, por contaminación durante la atención del parto, práctica de procedimientos (múltiples tactos vaginales), uso de instrumental contaminado o por el tiempo que dura la atención del evento obstétrico, por estas razones debe hacerse énfasis en las técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del aborto, parto, cesárea y procedimientos quirúrgicos.

Los cuidados en estos períodos se deben orientar a utilizar técnicas adecuadas de atención, a determinar las mujeres con riesgo de infección, al uso de antibióticos en forma profiláctica y a instaurar terapias antibióticas que abarquen el espectro de gérmenes que provoquen los procesos infecciosos y que estos antibióticos se administren durante el tiempo necesario

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

8.1. ¿QUE ES ENFERMERÍA?

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La Oficina Regional de la OMS para Europa publica en el año 1979 "La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren.

Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte.

La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina" (OMS). Consejo Internacional de Enfermería (CIE) dice:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Según Florence Nightingale hace casi 150 años, dice “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”.

Dorothea Orem, la enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos. (Conceptos de autocuidado) Virginia Henderson, la función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte placentera) para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible.

Las funciones de la enfermera Funciones delegadas, son todas aquellas que ejecuta la enfermera por asignación, competencia y cooperación con sus superiores y otros miembros del equipo de salud. Funciones independientes, son todas aquellas que cumple una enfermera en forma autónoma, con responsabilidad y ética profesional. Tanto en las funciones delegadas como en las funciones independientes, las enfermeras deben fundamentar sus quehaceres con el ámbito científico. Se definen cuatro funciones de la enfermera las cuales son, el cuidado directo o asistencial, en educación, administración e investigación.

8.2. ENFERMERÍA PERINATAL.

Campo del conocimiento comprende el estudio de la salud reproductiva, el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido, incorpora en este estudio el enfoque de riesgo y el uso de tecnología propias para el diagnóstico y tratamiento así como la resolución del embarazo de bajo riesgo y la referencia oportuna de los casos de alto riesgo. Analiza con un enfoque integral los problemas de salud de la mujer dentro del proceso reproductivo en su contexto cultural y familiar.

Incorpora los conocimientos en el diseño y aplicación de intervenciones especializadas, prevención de defectos al nacimiento y discapacidad, contribuyendo a la disminución de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Así también integra la atención humanizada al nacimiento que repercute en la transformación de la práctica profesional en la atención del binomio con el más alto sentido ético.

8.3. ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

El nombre de enfermería materna infantil es aquel que recibe una rama de la enfermería que se encarga de realizar actividades y tareas relacionadas tanto con las mujeres embarazadas o parturientas como también con los niños una vez que estos han nacido.

La enfermería materna infantil es quizás una de las ramas de la enfermería que mayor dedicación y compromiso requiere debido a que, en lo que respecta a los pacientes recién nacidos, estamos hablando de pacientes muy delicados y frágiles que necesitan todo tipo de atención, cuidado y mucho compromiso.

Debido a que la enfermería materna infantil tiene que lidiar con el fenómeno más importante del ciclo reproductivo humano, su objeto de trabajo no se puede limitar solamente a un momento específico si no que tiene en cuenta todo el proceso desde el comienzo del funcionamiento del ciclo reproductivo, pasando por el embarazo y el parto, el puerperio y siguiendo en el refuerzo y cuidado de la salud familiar una vez que el grupo madre-padre-hijo se ha constituido.

La enfermería materna infantil tiene como objetivo principal prevenir la presencia de cualquier tipo de complicaciones o de enfermedades que puedan alterar el normal ciclo reproductivo, embarazo y nacimiento de la criatura. Así es entonces que esta rama de la enfermería se debe ocupar no sólo de la madre sino también del niño desde antes de que este nazca, es decir, desde el momento en que comienza a desarrollarse dentro del vientre de su madre.

Algunas de las situaciones de las que se ocupa esta rama de la enfermería son el control y el cuidado de la salud reproductiva de la mujer, los signos vitales de la

madre y de la criatura durante el embarazo, la nutrición, el momento del parto y el posterior desarrollo del bebé una vez nacido (su crecimiento y adaptación).

8.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

La práctica de la profesión enfermera debe basarse en sólidas evidencias científicas, en la experiencia profesional acumulada y en las preferencias del paciente, como elementos básicos para la consecución de todas las metas que tiene planteada esta profesión.

La enfermera debe asumir la necesidad de realizar todas las actuaciones profesionales necesarias encaminadas a mejorar la calidad y efectividad de los cuidados prestados a los usuarios, y para ello, además de utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones, debe utilizar un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones y la eficacia del trabajo multidisciplinar. (OME).

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

8.5. VIRGINIA HENDERSON

Según Virginia Henderson son todos los cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación, realizando la función de individualización correspondiente a organizar un plan terapéutico.

Es una actividad que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.

La atención de enfermería constituye un proceso formal, mediante el cual se proporciona cuidado al ser humano sano o enfermo y a su familia.

Incluye metodologías científicas y técnicas que sustentan la práctica cotidiana de la profesión. Es por eso que históricamente el conocimiento de enfermería se deriva de las ciencias físicas y de la conducta, de tal forma es considerada una profesión que tiene sus propias teorías, conceptos, tecnología, procesos y procedimientos contruidos con la participación de enfermeras.

El rol de una enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad está en espera de esta profesión, concentrando su atención en el cuidado de la vida humana, a través de las etapas en la cual el individuo se desenvuelve junto con su familia y comunidad.

El proceso se aprende durante la formación escolar del profesional de enfermería, considerado como un primer momento en donde el alumno comienza a estructurar su pensamiento de manera sistemática, en torno al cuidado del ser humano que sufre por una enfermedad u otra circunstancia como la emocional.

El segundo momento del proceso se da en el ámbito laboral en que se desempeña el profesional de enfermería, quien recurre a las diferentes metodologías para proporcionar el cuidado al ser humano sano o enfermo, independientemente del espacio en que se encuentre la persona, dándose a través de su aplicación una relación interpersonal de paciente-profesional de enfermería.

Uno de los objetivos de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Y la salud es, definida por la OMS (1996) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones por enfermedades, así también la define como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto en el nivel micro (celular) como en el macro (social).

8.6. ACTUACIONES DE ENFERMERIA ANTE UNA HEMORRAGIA

- Vigilar pérdidas de líquidos
- Mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia.
- Disponer de líquidos sanguíneos para la transfusión sanguínea si procede.
- Vigilar constantes vitales.
- Extracción de sangre para el control de coagulación.

- Administración IV de analgésicos para el dolor según pauta médica.
- Evaluar la eficacia de las medidas tomadas para controlar ese dolor

Actuaciones según etiología:

- Preparación de perfusión de fármacos uterotónicos para corregir la atonía uterina, ayudada de masajes manual del útero para la evacuación de coágulos.
- En caso de inversión uterina, detendríamos perfusión de fármacos uterotónicos si hubiese, se intentaría de forma manual la recolocación del útero. Si esto no fuera posible prepararíamos a la paciente para ser intervenida por laparoscopia.
- Se intenta la extracción manual de la placenta retenida si este fuese el caso. Si esto no fuese suficiente y quedara restos placentarios, prepararíamos a la paciente para un legrado.

8.7. DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Según lo establecido por la CONAMED, se estipulan en 7 artículos, los cuales mencionan que se debe tener un conocimiento científico, asumir con responsabilidad los asuntos profesionales, evitar utilizar los nombres y cédulas profesionales para otro fin inherentes a la profesión, ofrecer servicios de calidad avalados por una certificación periódica.

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

8.8. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

8.9. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO

En una sociedad en el que el avance tecnológico y terapéutico acaecido ha favorecido una mayor longevidad de la población y donde además el enfrentamiento a la muerte suele producirse en un entorno de gran intensidad asistencial, muchas veces lejos del ámbito familiar, se desarrolla un marco propicio para que surja un nuevo campo de competencias profesionales: las atenciones paliativas a los enfermos terminales.

En los últimos años, la enfermería ha logrado un papel indispensable en la fase final de la vida a través de los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son realizados por un equipo interdisciplinar, tratan de aliviar el sufrimiento del paciente que tiene una enfermedad grave, avanzada y progresiva, sin prolongar su supervivencia. La unidad a tratar es el enfermo y su familia, lo que implica que sea imprescindible la capacitación personal y profesional para poder proporcionar unos cuidados de calidad.

El papel de la enfermería en los cuidados paliativos es la aplicación del método científico en la práctica asistencial creando un plan de cuidados de forma individualizada que faciliten la realización de una serie de intervenciones para prevenir y tratar los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad, y satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

En las últimas décadas debido al avance tecnológico unido al creciente envejecimiento de nuestra población, se está produciendo un progresivo aumento de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, y de patologías subsidiarias de Cuidados Paliativos. El rol de la enfermería tiene como objetivo proporcionar unos cuidados que tratan de aliviar al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, no intentando prolongar su supervivencia sino lograr la más alta calidad de vida tanto para el paciente como para su familia.

El enfermero/a forma parte de un equipo interdisciplinar en el que ocupa un lugar privilegiado al estar el mayor tiempo junto al paciente y familia sintiendo una implicación y afectación emocional muy grande.

Los cuidados paliativos son programas de asistencia dirigidos a pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden a los tratamientos curativos. Entre sus objetivos destacan el control de síntomas clínicos como el dolor, y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, orientados a conseguir el alivio del sufrimiento de la persona enferma

9. CONCLUSIÓN

De acuerdo a la investigación e interpretación de resultados adquiridos llegan las siguientes conclusiones.

Se concluye que las hemorragias postparto, en su mayoría causada por atonía uterina son la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo y la segunda causa más importante de muerte materna.

Los factores de riesgo asociados a hemorragia obstétrica fueron principalmente multiparidad, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y cesárea previa. No obstante, un porcentaje importante de hemorragias postparto ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse.

La mortalidad materna podría ser evitada en un alto porcentaje mediante la identificación temprana de factores de riesgo de las pacientes, lo que permitiría establecer un nivel de prevención primaria en la población con mayor riesgo, el reconocimiento clínico de las manifestaciones iniciales y por lo tanto, el tratamiento oportuno.

Una de las principales limitaciones con las que se encontró es la variabilidad de definiciones aplicadas por los tratantes, así como no contar con una definición estándar sobre la cuantificación del sangrado. A medida que más proveedores de salud tengan acceso, a través de nuevas pautas nacionales, a la información necesaria para prevenir y manejar la hemorragia posparto, más mujeres podrán recibir la atención obstétrica que necesitan.

La hemorragia posparto es una causa rápida e impredecible de muerte materna a nivel mundial, la información actual indica que en aquellos lugares donde se cuenta con asistentes de parto capacitados, equipo necesario, manejo activo del tercer período del parto reducirá significativamente la incidencia de casos de hemorragia posparto, y en aquellos casos que no puedan prevenirse realizar una intervención inmediata de proveedores de salud debidamente capacitados y preparados.

En aquellos lugares con altas tasas de mortalidad materna y recursos limitados, la introducción de prácticas de bajo costo basadas en la evidencia para prevenir y manejar la hemorragia postparto puede mejorar la supervivencia materno-infantil.

Se pudo determinar que las causas más frecuentes de hemorragia post-parto son: los desgarros del canal blando del parto, la retención placentaria y las alteraciones del tono muscular.

Las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos o identificados. Y según la investigación esto coincide ya que el 56% no presento ningún factor de riesgo, siendo los principales factores de riesgo que

desencadenaron las hemorragias post-parto el uso de oxitócicos para la conducción del trabajo de parto, el óbito fetal, la anemia y la inducción del parto.

La frecuencia de hemorragias post-parto es mayor en mujeres de 16-27 años, en mujeres que provienen de zonas urbanas, en mujeres que fueron atendidas por parto vía vaginal, en mujeres que tuvieron de 1 a 5 controles y en multíparas.

Se estableció que el desgarro perineal fue el tipo de desgarro más frecuente, la retención placentaria parcial fue el tipo de retención placentaria que más se presentó y la hipotonía uterina transitoria fue la alteración del tono muscular uterino que más se mostró.

La atención a la hemorragia postparto supone una emergencia. La tensión, la inexperiencia y la falta de formación de los profesionales ante situaciones de emergencia obstétrica, repercuten de forma directa en la calidad de los cuidados prestados.

Es evidente la necesidad de entrenamiento de los profesionales. Una buena formación hará que los profesionales interioricen la secuencia de acciones que deben realizar y el momento idóneo para la aplicación de cada una de ellas. En las profesiones sanitarias es imprescindible, la integración de los conocimientos teóricos a la práctica clínica diaria, por ello la simulación se sitúa como la herramienta más útil para el correcto entrenamiento de los profesionales sanitarios.

El personal de enfermería es la figura sanitaria que estará en contacto directo con la paciente en todo momento. Es fundamental la instrucción y formación de las/os enfermeras/os para la detección precoz de la hemorragia postparto. El conocimiento los signos y síntomas más frecuentes en el inicio de la hemorragia postparto y la realización de una valoración dirigida a la detección y diagnóstico de la hemorragia postparto durante el periodo puerperal.

También deben conocer el mecanismo de activación del protocolo establecido en cada institución en caso de detectarse un caso de hemorragia masiva, así como el manejo inicial de la misma.

La estandarización de los cuidados contribuye a aumentar la calidad de los cuidados prestados y la seguridad del paciente. Sería importante la elaboración de estándares internacionales para el abordaje de la hemorragia masiva de origen obstétrico. Debería incluirse en esta guía una definición común de la entidad, ya que existen diversas definiciones de hemorragia postparto y esto puede generar dudas al personal a la hora de realizar el diagnóstico y activar el protocolo.

La atención a la emergencia requiere que el tiempo de acción sea lo más corto posible: el tiempo es vida. Sin embargo, no debe perderse de vista la seguridad del paciente, puesto que estas situaciones presentan riesgo de eventos adversos.

Llama la atención que son escasos los protocolos de hemorragia masiva que hacen hincapié en la identificación inequívoca del paciente, especialmente cuando la atención está asociada a un proceso de riesgo, como es la transfusión de hemoderivados en situación de urgencia. Hacer visible este riesgo en los protocolos, contribuye a que el personal sanitario, tanto médico como de enfermería, tome conciencia de la necesidad de tener identificado al paciente a la hora de realizar cualquier tipo de intervención. Se trata, al fin y al cabo, de formación, estandarización y cultura de seguridad.

El profesional de Enfermería está presto a brindar cuidados humanistas eficientes y el bienestar, el respeto, la dignidad y las necesidades de las madres gestantes y sus familias. Por ende, el cuidado de Enfermería durante el trabajo de parto, el parto y el postparto debe estar enfocado a promover el bienestar de la madre y el recién nacido.

El cuidado es exclusivo al quehacer de Enfermería porque permite la interacción entre la enfermera o enfermero y la persona, tanto en su aspecto físico, como emocional y social. Para este trabajo el proceso de atención de Enfermería es el plan sistémico en el cuidado específico de cada paciente, ya que se basa en 5 fases como es la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1. BÁSICA

- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto>
- <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000901.htm>
- <http://zaguan.unizar.es/record/7738/files/TAZ-TFG-2012-407.PDF>
- http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_06.pdf
- http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>
- <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-rotura-uterina-diagnostico-consecuencias-una-S0304501309000090>
- https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf
- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>
- <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragia-postparto/>
- <https://www.euroinnova.mx/blog/enfermeria-materna-infantil>
- http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
- https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_37N11/shock.htm
- <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina10.html>
- <https://www.wordreference.com/definicion/asequible>
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GP_C_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/acufenos.html>

- edici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/57801/Documento_completo___.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
- <https://www.qsignifica.com/arciforme>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>
- https://www.google.com/search?ei=gK6hXpSINIKwsAWRqZHQCg&q=anemia+definicion&oq=anemia+de&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQARgCMgIIADICCAAYAggAMgIIADICCAAYAggAMgIIADICCAAYAggAMgIIADoECAAQR1CUtQFY4sEBYLjdAWgAcAJ4AIABxwKIAYYFkgEHMC4yLjAuMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXo&sclient=psy-ab
- <https://www.evafertilityclinics.es/novedades-fecundacion-in-vitro/blastocistoque-es/>
- <https://www.clinicfem.com/ginecologo-especialista-en-hemorragia-obstetrica-cuautla/>

10.2. COMPLEMENTARIA

- <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/corioamnionitis.html>
- <https://www.reproduccionasistida.org/cigoto/>
- <https://concepto.de/emergencia/>
- <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/san041833wr.html>
- <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552§ionid=90369911>
- <https://www.todopapas.com/diccionario/obstetricia/placenta-fundica-633>
- <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/gravidez>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003646.htm>
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/infusion-intravenosa>
- <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/diccionario/loquios.html>
- http://www.biologia.edu.ar/cel_euca/la_membrana_celular.htm
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GP_C_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_RR_CENETEC.pdf
- <https://www.who.int/topics/mortality/es/>
- https://www.sancristobalsl.com/restricted/morfologia/elementos_morfolgicos.html
- <https://es.slideshare.net/lucyblanco796/shock-neurogenico>
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cuidado-paliativo>

- <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/postnatal>
- <https://salud.ccm.net/faq/22755-nuliparidad-definicion>
- <https://musculoamuscuro.wordpress.com/anatomia-muscular/cintura-pelvica/bulbocavernoso/>
- <https://www.gob.mx/salud>
- <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tuberosidad>
- uxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra_z.htm
- http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/352/html_154
- <https://institutomarques.com/obstetricia/embarazo-y-parto/posparto/>
- <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v30n1/v30n1a03.pdf>

10.3. ELECTRÓNICA

- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicacion/es/es_hdon/adjuntos/Protocolo45HemorragiaObstetrica.pdf
- <https://docplayer.es/2899370-Manual-manual-codigo-rojo-hospitalizacion-po-version-3.html>
- <https://es.thefreedictionary.com/oligoemia>
- <https://www.significados.com/oxitocina/>
- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-de-coagulaci%C3%B3n/coagulaci%C3%B3n-intravascular-diseminada-cid>
- https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/image/v968375_es
- <https://www.farestaie.com/cd-interpretacion/te/bc/190.htm>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777065/>
- <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/placenta-accreta-increta-y-percreta.aspx>
- <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-pret%C3%A9rmino>
- <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-uterina>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-hemorragias-postparto/>

11. GLOSARIO

A

- **Asequibles:** En este caso, podemos exponer que deriva del latín, ya que procede del verbo latino “assequor”, que puede traducirse como “alcanzar” o “seguir hasta llegar a algo”.
- **Acufenos:** Se denomina acufenos o tinnitus a la sensación de percibir sonidos (zumbidos, murmullos, pitidos, timbres, etc.) sin que haya ninguna fuente exterior que los genere, pudiendo producirse en un solo lado de la cabeza, en ambos o en su totalidad.
- **Arciforme:** De forma de arco; arqueado.
- **Anemia:** Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.
- **Analgésico:** Fármaco que se emplea para aliviar el dolor.
- **Antibiótico:** Fármaco usado para el tratamiento de una infección bacteriana.
- **Anticuerpo:** Sustancia producida por el organismo para defenderse ante la presencia de una sustancia extraña (antígeno).
- **ATG:** Globulina antitimocítica.
- **Antiemético:** Fármaco usado para el control de las náuseas y los vómitos.
- **Antígeno:** Sustancia extraña al organismo capaz de estimular la producción de anticuerpos.
- **Antitérmico:** Fármaco que se emplea para reducir la fiebre.

B

- **Blastocito:** Fase del desarrollo del embrión de los mamíferos, equivalente a la blástula, que constituye una estructura celular compleja derivada de la mórula; está formada por una masa celular interna de la que se origina el embrión y de una capa periférica de células que formará la placenta.
- **Bulvocabernoso:** Centro fibroso del Periné, rodeando al bulbo del pene/clítoris.
- **Bolsa amniótica:** Es la membrana que está dentro del útero y rodea al feto (durante el embarazo).

C

- **Corioamnionitis:** Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.
- **Cigoto:** Célula que resulta de la unión de las células sexuales masculina y femenina y a partir de la cual se desarrolla el embrión de un ser vivo.
- **CID:** Coagulación intravascular diseminada La coagulación intravascular diseminada (CID) consiste en la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante.

D

- **Detritus:** Resultado de la descomposición de una masa sólida en partículas.
- **Decidua:** En obstetricia se usa el término decidua para la recubierta uterina (endometrio) específicamente durante la gestación, el cual da origen a la porción materna de la placenta.
- **Dehiscencia:** Apertura, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano. / Separación de los bordes de una herida. / Apertura de la sutura.

E

- **ECG:** Electrocardiograma.
- **Emergencia:** Una emergencia es una atención de forma urgente y totalmente imprevista, ya sea por causa de accidente o suceso inesperado. Depende el ámbito en el que se use, esta palabra podrá tener distintos significados. El

termino emergencia suele ser utilizado por la mayoría de las personas para conjeturar una situación que se salió de control y como consecuencia, provocó un desastre.

- **Enfermedad:** La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.
- **Esquistocitos:** son eritrocitos alterados que pueden aparecer en la anemia hemolítica microangiocítica (incluidos la coagulación intravascular diseminada, el grupo púrpura trombocitopénica trombolítica/síndrome urémico hemolítico y en la hemólisis intravascular).
- **Enfermería:** La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.
- **Embrión:** El embrión es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el huevo o en el útero de la hembra. En el caso específico del ser humano, el término se aplica hasta la octava semana desde la concepción (fecundación). A partir de la octava semana, el embrión pasa a denominarse feto. En los organismos que se reproducen de forma sexual, la fusión del espermatozoide y el óvulo en el proceso denominado fecundación determina la formación de un cigoto, que contiene una combinación del ADN de ambos progenitores.
- **Ergonovina:** Es una droga antiserotonérgica, actúa sobre el SNC y estimula directamente el músculo liso. No tiene actividad bloqueante alfaadrenérgica. El efecto clínico de la ergonovina es resultante de la estimulación del músculo liso; la contracción de la pared uterina en torno de los vasos sangrantes de la placenta produce homeostasis. La sensibilidad del útero al efecto oxitócico es mucho mayor hacia el final del embarazo. Se absorbe rápidamente y en forma completa después de la administración oral o IM.

F

- **Fundica:** Se llama así a la placenta que se encuentra situada al fondo del útero. No es ningún problema, ni ninguna anomalía, sino simplemente la localización exacta de la placenta.
- **Fibrinopéptido:** Es una sustancia secretada a medida que la sangre se coagula en el cuerpo. Se puede hacer un examen para medir el nivel de dicha sustancia en la sangre.
- **Factor RH:** Mucoproteína localizada en los Glóbulos Rojos de la sangre. Si la persona posee esta mucoproteína se dice que es RH positiva, si carece de ella es RH negativa.

G

- **Gravidez:** En Ginecología y Obstetricia se denomina estado de gravidez al período gestacional de la mujer. Una mujer está en estado de gravidez cuando se halla embarazada, y también se habla de un útero grávido cuando este órgano femenino alberga al nuevo ser, desde que es concebido y hasta que comienza la vida extrauterina con el parto, ya se trate de cigoto, que es óvulo fecundado por el espermatozoide, que al día posterior comienza su división, primero en dos blastómeros, y ya se conoce como embrión, y que luego sigue subdividiéndose.
- **Gasometría:** Prueba para saber la concentración de oxígeno y CO₂ en sangre. / La extracción se realiza de sangre arterial -arteria Radial- y se analiza en el Laboratorio de Bioquímica.

H

- **HPP:** hemorragia postparto
- **Hematocrito:** Es un examen de sangre que mide la cantidad de sangre de una persona que está compuesta por glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos.
- **Hipovolemia:** La hipovolemia (del griego ὑπο-, hipo-, 'escasez', y volemia, 'volumen de sangre') es una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del sistema cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros. Se caracteriza porque el paciente se encuentra pálido debido a la vasoconstricción compensadora, con taquicardia debido a la liberación de catecolaminas, con pulso débil y rápido.

I

- **Intrauterino:** Intrauterino significa "dentro del útero".
- **Infusión:** Una infusión es una disolución cuyo objetivo clínico próximo consiste en ser inyectada en algún compartimento corporal, generalmente el torrente circulatorio venoso, en cuyo caso se denomina infusión intravenosa (IV) o endovenosa (EV).

L

- **Loquios:** En obstetricia, los loquios o lochia es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección -como una endometritis y debe ser reportado a un profesional de salud. Al momento de analizar el loquios hay que tener en cuenta 3 cosas, el olor, el color y el volumen.
- **Libido:** Impulso o deseo sexual.
- **Ligadura de trompas:** Método de esterilización femenina en el que se cortan las trompas de Falopio a fin de que no puedan descender los óvulos o ascender los espermatozoides.

M

- **Malaria:** Es una enfermedad parasitaria que involucra fiebres altas, escalofríos, síntomas similares a los de la gripe y anemia.
- **Miomatosis:** Miomatosis Uterina o Tumores Benignos. Los miomas, leiomiomas o fibromas, son los tumores benignos más frecuentes del útero (matriz). En >99% de los casos, son benignos (no cancerosos). La mayor parte de las portadoras son asintomáticas.
- **Mortalidad:** Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

- **Membrana:** Del latín membrāna, una membrana es una piel delgada a modo de pergamino, un tejido que presenta forma laminar y que tiene consistencia blanda o una placa o lámina de pequeño espesor y flexible.
- **Morfológico:** la morfología es la disciplina encargada del estudio de la estructura de un organismo o características. Esto incluye aspectos de la apariencia externa (forma, color, estructura) así como aspectos de la estructura interna del organismo como huesos y órganos. En contraste con la fisiología que estudia principalmente la función de estas estructuras.

N

- **Neurogenico:** Este tipo shock es el resultado de una lesión o de una disfunción del sistema nervioso simpático. Se puede producir por bloqueo farmacológico del sistema nervioso simpático o por lesión de la médula espinal a nivel o por encima de T6.
- **Nuliparidad:** Hablamos de nuliparidad cuando una mujer no ha tenido hijos. El término nuliparidad se aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término. La nuliparidad se opone a la paridad que designa el hecho de haber parido un hijo.

O

- **Oligohemia:** Patología común a muchas enfermedades que se caracteriza por la disminución de alguno de los componentes de la sangre, sobre todo glóbulos rojos. Disminución del volumen sanguíneo, tanto en valores absolutos como en una zona concreta del organismo.
- **Oxitócina:** La oxitocina es una hormona producida por la hipófisis la cual puede provocar contracciones uterinas y estimular la subida de leche. La oxitocina liberada en el torrente sanguíneo desde el cerebro llega a los receptores de oxitocina presentes en el útero, por lo tanto, esta hormona empieza a estimular el músculo liso de este órgano logrando iniciar las contracciones uterinas que van a permitir la expulsión del bebé.

P

- **Paliativo:** Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su

tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas.

- **Periné:** perineo (perineum) o suelo pélvico es la región anatómica correspondiente al suelo de la pelvis, conformada por el conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis menor (pelvis minor), la excavación pélvica (cavum pelvis).

Q

- **Queloides:** Crecimiento de tejido cicatricial adicional donde la piel ha sanado después de una lesión.

R

- **Raquis:** columna vertebral.

S

- **Sanguinolento:** Esta palabra se dice el que salpica, echa o sale sangre. Cualquier fluido o líquido que se mezcla o combina la sangre sin alterar su morfología. Se refiere especialmente a los ojos o la vista, que tiene las venas y capilares de color rojo, así mismo que tiene las propiedades esenciales de la sangre como la viscosidad y su tonalidad.
- **Segmento:** con origen en el vocablo latino segmentum, el concepto de segmento describe a la porción de una recta que está delimitada por dos puntos. Desde la perspectiva de la geometría, una recta es producto de la unión de infinitos segmentos y puntos; el segmento, en cambio, sólo es una porción de recta unida por un par de puntos.
- **Surgete:** tipo de sutura o puntos.
- **Salud:** es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La salud, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

T

- **Tocolítico:** (del griego *tokos*: el parto, y *lítico*, capaz de disolver) es un tipo de fármacos utilizados para suprimir el trabajo de parto prematuro. Se indican para inhibir las contracciones uterinas cuando el parto se traduciría en el nacimiento prematuro de un bebé, así como evitar que esas contracciones favorezcan el ascenso de microorganismos desde la vagina hasta la cavidad amniótica.
- **Tuberosidad:** Masa de tejido de una parte del organismo cuyas células sufren un crecimiento anormal y no tienen ninguna función fisiológica; estas células tienen tendencia a invadir otras partes del cuerpo. Prominencia de un hueso. Engrosamiento en forma de tubérculo que aparece en tallos y raíces.

U

- **Urea:** Sustancia nitrogenada presente en la sangre, eliminada normalmente por el riñón.
- **Útero:** Órgano femenino de la gestación; también se conoce por MATRIZ. Es un potente músculo hueco, en forma de pera invertida.

V

- **Venoclisis:** Cateterización de un vaso. / Inyección de líquido en una vena.
- **Vitaminas:** Sustancias orgánicas accesorias que existen en pequeñas cantidades en los alimentos naturales.
- **Volemia:** Volumen total de sangre del cuerpo.

Z

- **Zigoto:** Célula origen, por sucesivas divisiones se va a desarrollar el organismo pluricelular. Procedente del encuentro del ovocito u ovulo materno y del espermatozoide paterno. En la especie humana posee un núcleo que contiene 46 cromosomas.
- **Zona séptica:** Zona contaminada (zona sucia).

12. ANEXOS

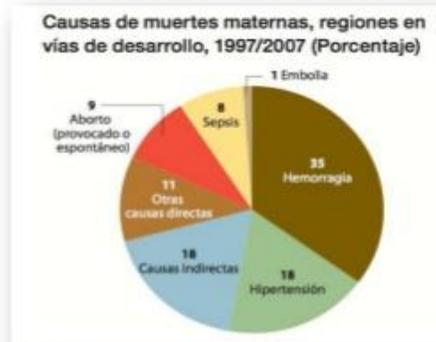
Causa del sangrado	Modo de nacimiento								Total	
	Parto eutócico		Parto instrumentado		Cesárea primitiva		Cesárea iterada			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atonía uterina	14	29,1	0	0	25	64,1	6	50	45	44,5
Restos ovulares	21	43,7	0	0	0	0	0	0	21	20,9
Alteraciones de inserción placentaria	1	2	0	0	11	28,2	3	25	15	14,8
Desgarros del canal del parto	12	25	2	100	0	0	0	0	14	13,8
Trastornos de la coagulación	0	0	0	0	3	7,6	0	0	3	2,9
Otras	0	0	0	0	0	0	3	25	3	2,9
Total	48	100	2	100	39	100	12	100	101	100

- La hemorragia posparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y una de las tres primeras causas de morbilidad materna en el mundo.

Epidemiología

Hemorragia obstétrica mayor

Causas de mortalidad materna



Maternal Mortality From Hemorrhage. Semin Perinatol. 2012; 36(1):48-55
Maternal mortality. Curr Opin Anaesthesiol. 2012; 25(3):277-85

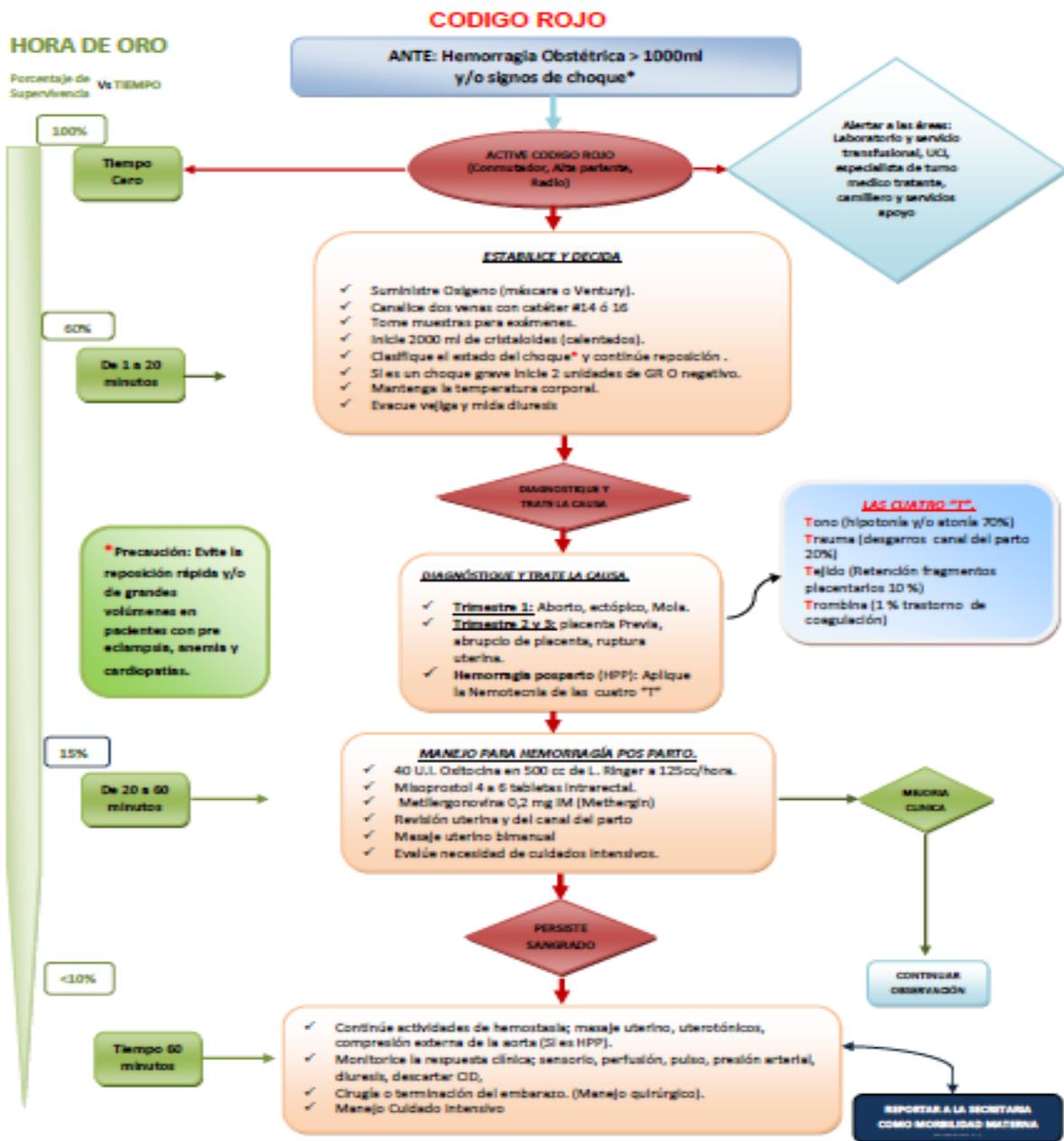
Países en vía de desarrollo

Mortalidad por hemorragia 100 veces mayor
OMS:

“14.000 muertes anuales por hemorragia obstétrica podrían ser prevenidas”

Manejo sub-estándar

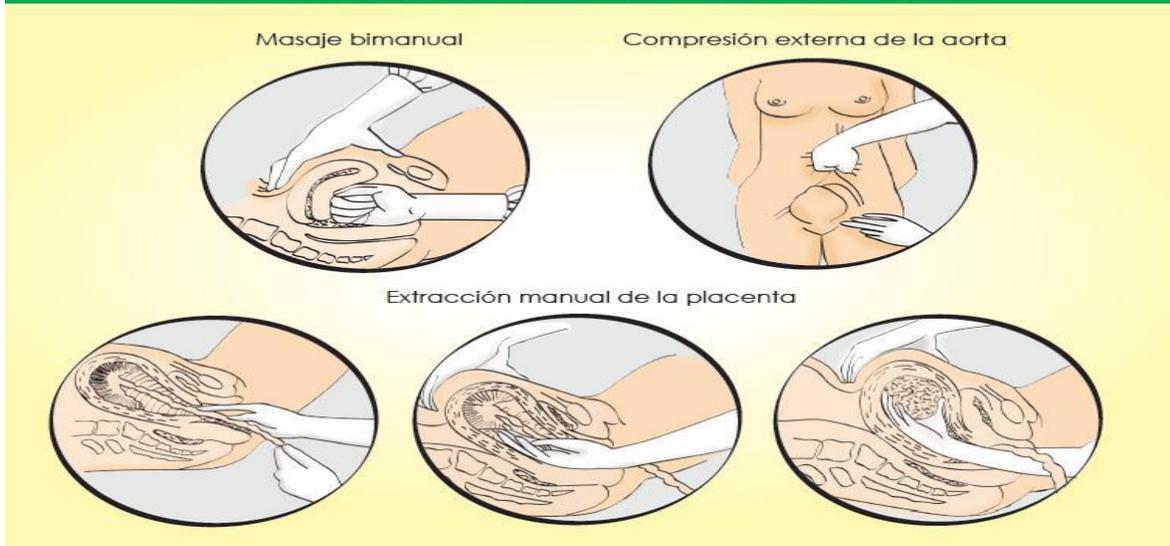
- Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia



Pérdida de volumen% y (m)90-70 kg.	Presión Arterial Sistólica	Signos y Síntomas	Frecuencia Cardíaca	Choque	Transfusión
500-1000 10-15%	>90 mmHg	= Palpaciones = Mareo = Taquicardia	< 100	Compensado	Usualmente no requiere
1000-1500 16-25%	80-90 mmHg	= Debilidad = Diaforesis	>100	Leve	Posible
1500-2000 26-35%	70-90 mmHg	= Palidez = Oliguria = Agitada	>120	Moderado	Usualmente requerida
2000-3500 >35%	60-70 mmHg	= Letárgica = Colapso = Anuria	>140	Severo	Transfusión Masiva probable

- **CÓDIGO ROJO: GUÍA PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

Hemorragia posparto: maniobras para controlar el sangrado



- Si hay hemorragia activa y la placenta no puede extraerse, está indicado su retiro manual

NEMOTECNIA DE LAS 4T

T	Causa	Incidencia (%)
Tono	Atonía uterina	70%
Trauma	Laceraciones , hematomas, inversión, ruptura	20%
Tejido	Restos placentarios, acretismo	10%
Trombina	Coagulopatías	1%

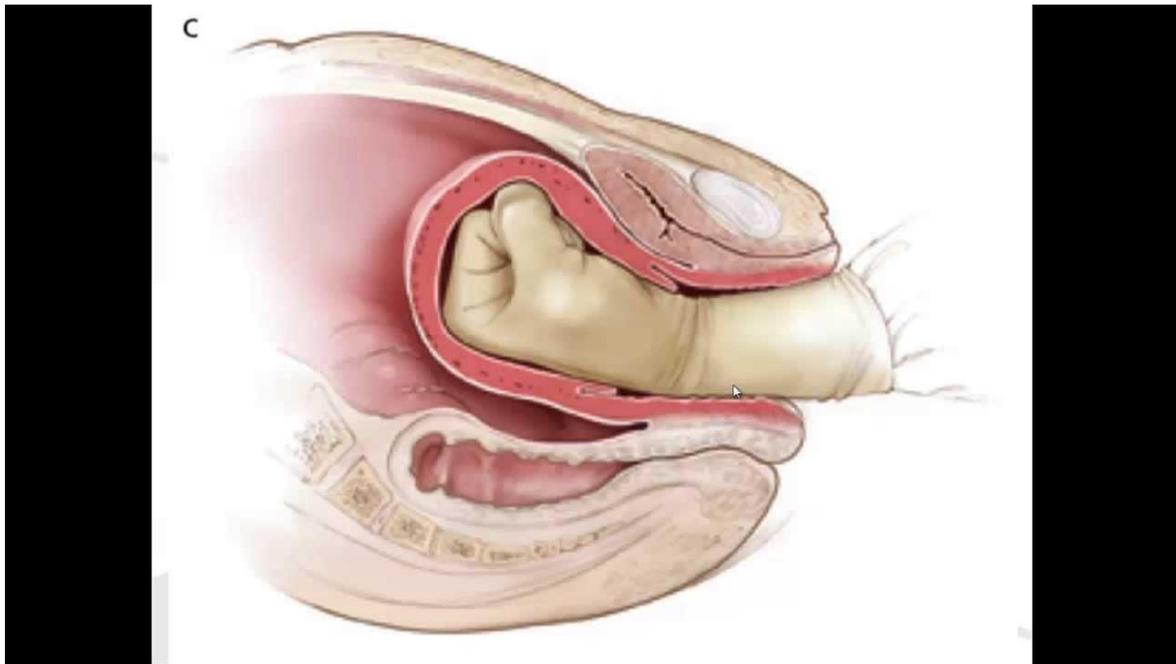
Las etiologías más comunes pueden ser recordadas mediante las 4T:



La técnica quirúrgica más utilizada para el tratamiento de las hemorragias obstétricas fue la histerectomía total asociada a la ligadura de arterias hipogástricas



El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recupera la situación previa al embarazo; comprende las seis semanas siguientes al parto.



Esta técnica consiste en colocar un puño dentro del canal vaginal (mano izquierda) dirigido al fondo del saco anterior a nivel de la vejiga.

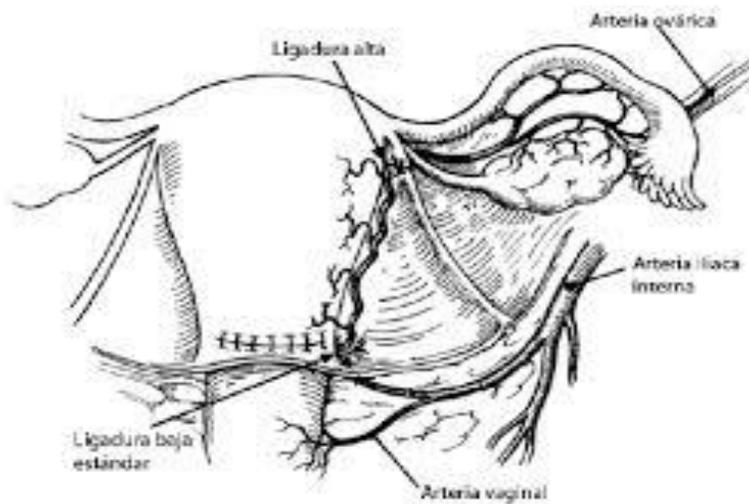


Figura 2. Ligadura arterial.

La ligadura bilateral de las arterias hipogástricas es un procedimiento efectivo y seguro para controlar la hemorragia posparto severa, debiendo ser considerada en las mujeres que no responden a otras modalidades de tratamiento.

La enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad. En este amplio abanico de atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las “respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales” por parte de personas, familias y grupos.

