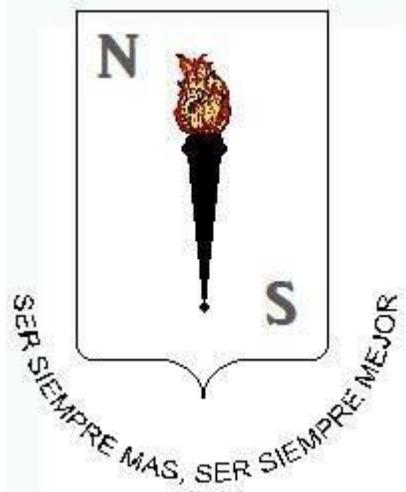


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA URGENCIA
OBSTÉTRICA, DESDE LA PERSPECTIVA DE ALFREDO PERALES MARÍN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

JAZMÍN MARTÍNEZ CALDERÓN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas. Gracias a ti mamá, por estar dispuesta a acompañarme en cada larga y agotadora noche de estudio. Gracias a ti papá, por confiar en mí y hacer posible esta meta, por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, por darme siempre las palabras exactas de camino a una guardia cuando sentía que ya no podía, gracias a ambos por ser los padres que necesito. Los amo.

A mis hermanas: Joanna e Ivery; por su amor tan incondicional y comprensivo, por ayudarme tanto en lograr este objetivo, por ser mi constante motivación y ser la luz y alegría de mi vida.

A Laura Villagómez: por ser mi constante apoyo durante estos 4 años, por brindarme su amistad, su alegría y su lealtad. Te quiero muchísimo hermana.

A mis maestros: no sólo de la escuela, también del campo clínico y de la vida, por su paciencia, apoyo, enseñanzas y conocimientos brindados durante todo el proceso de mi formación, gracias a todos por enseñarme el gran valor de mi profesión.

DEDICATORIA

A mi familia: porque el mayor esfuerzo lo hicieron ustedes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	09
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 VIDA Y OBRAS	17
2.2 INFLUENCIAS.....	21
2.3 HIPÓTESIS.....	22
2.4 JUSTIFICACIÓN	22
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.6 OBJETIVOS.....	26
2.6.1 GENERAL	26
2.6.2 ESPECÍFICOS	26
2.7 MÉTODOS.....	27
2.7.1 CUANTITATIVO	27
2.7.2 CUALITATIVO	28
2.7.3 CIENTÍFICO	28
2.8 VARIABLES.....	29
2.9 ENCUESTAS.....	30
2.10 GRAFICADO	38
3. CONCEPTUALIZACIÓN	44
3.1 CONCEPTO DE EMBARAZO.....	44
3.2 FASES DEL EMBARAZO.....	44
3.3 COMPLICACION OBSÉTRICA.....	45

3.4 URGENCIA OBSTÉTRICA.....	46
3.5 EMERGENCIA OBSTÉTRICA.....	46
3.6 ATENCIÓN MÉDICA.....	46
3.7 CALIDAD DE ATENCION.....	46
3.8 TRIAGE OBSTÉTRICO.....	47
3.9 CODIGO MATER	47
4 GENERALIDADES.....	48
4.1 ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.....	48
4.1.2 PREECLAMPSIA.....	49
4.1.3 ECLAMPSIA.....	51
4.1.4 SINDROME DE HELLP.....	51
4.2 HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS.....	53
4.3 HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	53
4.4 HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	57
4.5 HEMORRAGIA POSTPARTO.....	62
4.6 PARADA CARDIORESPIRATORIA EN LA GESTANTE.....	63
4.7 SEPSIS PUERPERAL.....	64
4.8 PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL.....	66
4.9 ACCIONES PREVENTIVAS QUE ASUME EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	68

5 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.....	71
5.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA.....	72
5.2 ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERERIA EN EL PRIMER CONTACTO.....	72
5.3 FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO MEDICO PARA PREECLAMPSIA.....	73
5.4 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PREECLAMPSIA LEVE.....	73
5.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA LEVE.....	74
5.6 TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA LEVE.....	75
5.7 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PREECLAMPSIA SEVERA.....	75
5.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA.....	76
5.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PACIENTE CON ECLAMPSIA.....	77
6 RECOMENDACIONES EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.....	79
6.1 INTERVENCIONES GENERALES.....	83

6.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP.....	84
6.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PRIMERA FASE DE TRATAMIENTO.....	85
6.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO.....	86
6.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA TERCERA FASE DE TRATAMIENTO.....	86
6.6 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS.....	87
6.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	87
6.8 DETECCIÓN DEL ORIGEN DEL SANGRADO.....	88
6.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	90
7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA.....	92
7.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PLACENTA PREVIA.....	94
7.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RUPTURA UTERINA.....	95
7.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE RUPTURA UTERINA.....	95
7.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE RUPTURA UTERINA.....	96
7.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS POST-PARTO.....	96

7.6 MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.....	97
7.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN EVOLUCIÓN.....	97
7.8 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE UN PARO CARDIORESPIRATORIO DE LA GESTANTE.....	102
7.9 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA GESTANTE.....	103
8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL SOPORTE VITAL BÁSICO.....	102
8.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL SOPORTE VITAL AVANZADO.....	106
8.2 CUIDADOS POST-REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.....	110
8.3 PUNTOS CLAVE PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE LA GESTANTE.....	111
8.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SEPSIS PUERPERAL.....	112
8.5 TOMA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS PUERPERAL.....	113
8.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE SOSPECHA DE SEPSIS PUERPERAL.....	114
8.7 CONTROL DEL FOCO INFECCIOSO.....	116
8.8 SEPSIS PUERPERAL POR DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA.....	116

8.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSTPARTO.....	117
9. CONCLUSIÓN.....	120
10. BIBLIOGRAFÍA.....	129
10.1 BÁSICA.....	129
10.2 COMPLEMENTARIA.	134
10.3 ELECTRONICA.....	135
11. GLOSARIO.....	146

◆ 1.INTRODUCCIÓN

El presente documento pretende ser una herramienta accesible y práctica para el abordaje hospitalario en cuanto a la atención otorgada por el personal de enfermería de las situaciones de emergencia y urgencia obstétricas más frecuentes enfocando la protocolización en las principales causas de consulta en el servicio de urgencias obstétricas, entendiendo que el correcto diagnóstico y manejo de las mismas puede evitar la muerte de la mujer gestante y/o del producto de la gestación. La razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y casi la totalidad de las mismas ocurre en países en vías de desarrollo. La falta de educación, alimentación adecuada, soporte social y asistencia sanitaria se asocian fuertemente con la mortalidad materna, siendo un indicador de inequidad entre los ricos y los pobres. Así mismo, la mortalidad materna, evidencia las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria. Esta situación evidencia el carácter prevenible de la muerte materna y la importancia de establecer acciones específicas que mejoren condiciones de vida e intersectoriales que garanticen la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria a toda la población.

La muerte materna siempre será vista como una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida. La mortalidad materna, en muchos países, se encuentra subestimada, las razones de esta situación son múltiples y van desde la existencia de nacimientos en domicilio sin una adecuada asistencia sanitaria, hasta el punto focal de este documento; la falta de capacitación del personal de salud para reconocer y proceder al tratamiento de estos casos. Se debe destacar que la muerte materna, a su vez, se relaciona con graves consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, violencia y falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país.

El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte de personal de salud idóneo,

puede descender fuertemente la razón de mortalidad materna. Analizando el impacto que la muerte materna tiene en la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto por personal calificado y el tratamiento en servicios de emergencias obstétricas.

Los protocolos para la atención de las principales emergencias obstétricas, los conceptos modernos de seguridad y calidad de la atención de gestantes de alto riesgo, el uso de procesos estandarizados, listas de chequeos, entrenamiento en trabajo en equipo y escenarios de simulación en obstetricia son estrategias de mejoramiento en el manejo de las emergencias obstétricas, porque ofrecen la oportunidad de identificar áreas que deben ser mejoradas y permite la educación del personal de salud continua de alta calidad en situaciones catastróficas. El personal de Enfermería obstétrica, el personal general y las parteras profesionales deben tener un adecuado entrenamiento en la atención del parto o embarazo no complicado y en la identificación, manejo y referencia de las complicaciones maternas. Este manual está dirigido a establecer un diagnóstico oportuno y acciones adecuadas, por parte de los profesionales del área de Enfermería, ante una embarazada con complicaciones capaces de llevarla a la muerte. Estas incluyen las infecciones obstétricas graves, las hemorragias del embarazo, parto y puerperio, las complicaciones graves de los estados hipertensivos del embarazo y un capítulo referido a la asistencia en caso de paro cardiorrespiratorio en la embarazada. Su abordaje adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la madre como el niño, Es por ello que los protocolos de atención de urgencias obstétricas tienen un gran impacto en el manejo adecuado de las complicaciones obstétricas y como personal de Enfermería nos encontramos responsables de leerlos y sobretodo llevarlos a la practica con el fin de salvar vidas.

◆ 2. MARCO TEÓRICO

◆ 2.1 VIDA Y OBRAS

El Dr. Alfredo Perales Marín es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia (España) obteniendo el grado Doctor en 1985. Asimismo, posee el Master “Diseño y estadística en Ciencias de la Salud” por la Universidad Autónoma de Barcelona en el año 2002 Posteriormente, se especializó en Obstetricia y Ginecología en el Hospital La Fe de Valencia donde actualmente es Jefe de Servicio de Obstetricia y Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Facultad Medicina de la Universidad de Valencia y Director del Área de la Mujer (Obstetricia, Ginecología y Reproducción) en el Hospital Universitario y Politécnico de de Valencia.

Ha publicado más de 200 artículos en revistas científicas nacionales e internacionales y es autor de unos 50 capítulos de libros, habiendo dirigido 16 tesis doctorales, todas ellas con calificación de sobresaliente cum laude. y 150 comunicaciones en congresos internacionales. Es revisor de revistas de la universidad de Valencia, realizó también estancias postdoctorales en Dallas (USA) y Lovaina (Bélgica).

Ha sido miembro, entre 1997 y 2007, de la FIGO Expert Advisory Panel on Maternal & Perinatal Health & Obstetrics, evaluador de la ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva) en los años 2008, 2011 y 2012, revisor de la revista Progresos de Obstetricia y Ginecología entre 2006 y 2011, rater en la McMaster online Rating of Evidence System entre 2007 y 2012 y revisor de la European Journal Obstetrics and Gynecology y Early Human Development..

Sus líneas de investigación actual son: Preeclampsia, Restricción de crecimiento intrauterino, Prematuridad, Gemelaridad y Detección de dinámica uterina mediante métodos electrohisterográficos. Y además, coordina un grupo de investigación de 11 hospitales en un estudio sobre marcadores angiogénicos en preeclampsia.

Algunos títulos de sus documentos más reconocidos son:

- ◆ Inversión uterina puerperal
- ◆ Influencia del embarazo sobre los parámetros refractivos tras cirugía laser in situ keratomileusis
- ◆ Evolución y manejo intrauterino de las taquicardias fetales
- ◆ Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa
- ◆ Hidrocefalia materna con shunt ventrículo-peritoneal y gestación
- ◆ Embarazo ectópico ovárico

Colaboraciones en obras colectivas:

- ◆ Diagnóstico prenatal
- ◆ Alteraciones de la duración del embarazo
- ◆ Prevención y tratamiento de los estados hipertensivos del embarazo (EHE)

Tesis dirigidas:

- ◆ Valoración de los parámetros normales de ecocardiografía fetal en 2D y 3D a lo largo de la gestación
- ◆ Patrón de decidualización en mujeres con preeclampsia mediante la aplicación de métodos de transcriptómica y proteómica
- ◆ Predicción del parto prematuro en reproducción asistida: la importancia del cérvix
- ◆ Preeclampsia y crecimiento intrauterino restringido y su relación con el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF)
- ◆ La hipoxia fetal valorada mediante métodos objetivos y su relación con el Factor de crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF) en gestaciones gemelares.

- ◆ Impacto de la inmigración en la obstetricia
- ◆ Valoración de la translucencia nucal como screening de cromosomopatías.
- ◆ Misoprostol vaginal versus dinoprostona intracervical en la maduración del cérvix en gestantes a termino con cuello desfavorable.
- ◆ Reactividad de las arterias coriónicas frente a factores vasoactivos derivados del endotelio.
- ◆ Transmisión perinatal del hiv. Importancia de la carga viral
- ◆ Creación de un banco de sangre de cordón umbilical: factores obstétricos que influyen en la calidad de su sangre
- ◆ Aplicación de la cariotocografía informatizada con relación al parto
- ◆ Producción urinaria fetal intrauterina en el tercer trimestre de embarazo

◆ 2.2 INFLUENCIAS

En el 2013 Alfredo Perales Marín realizó un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia, causas y el tratamiento de urgencias y emergencias obstétricas, en el hospital del politécnico de Valencia, donde pretendía que sus alumnos de la facultad de medicina pudieran identificar los factores de riesgo específicos que podían detonar el desarrollo de alguna complicación durante el embarazo fue un estudio de tipo corte transversal descriptivo con recolección de datos retrospectivos con una muestra de 9 pacientes, la cual arrojó los siguientes resultados: la edad más afectada fue entre 14-20 años con un nivel de estudios primarios, en cuanto a la procedencia la rural fue la que obtuvo el mayor porcentaje a diferencia de las mujeres que vivían en zonas urbanas y con relación a la ocupación, las amas de casa fueron las más frecuentes con un 60% en lo relativo al estado civil las solteras obtuvieron el mayor porcentaje con un 49.1% gracias a dicho estudio el Dr. realizó junto a 4 autores más uno de sus más exitosos libros titulado "Urgencias en Obstetricia" dicho libro pretende servir de guía práctica para todos los profesionales de la salud que se enfrentan a urgencias relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Tiene una clara orientación clínica, con capítulos breves y concisos que contienen la información necesaria para establecer un diagnóstico rápido y poder

elegir la opción terapéutica más adecuada, incluyendo la pauta de dosificación de la medicación a administrar.

Entre las principales características de esta obra destacan:

- ◆ Su estructura en tres partes dedicadas a las urgencias obstétricas, a las urgencias médico-quirúrgicas asociadas al embarazo, y a las urgencias neonatales.
- ◆ La obra cuenta con 153 capítulos los cuales hablan desde las hemorragias del primer trimestre, pasando por las complicaciones maternas y fetales que pueden llevar a situaciones de urgencia, hasta las urgencias en las salas de parto, donde resolver las emergencias puede resultar crucial, así como el manejo de la patología médico-quirúrgica materna asociada al embarazo, una de las áreas menos tratadas en Obstetricia. Cuenta con fotografías, tablas, algoritmos y listado de errores frecuentes para una lectura rápida y práctica de los puntos más importantes para abordar cualquier tipo de urgencia obstétrica.

◆ 2.3 HIPÓTESIS

Es necesaria la capacitación adecuada del personal de Enfermería obstétrica para atender satisfactoriamente las necesidades de salud de la paciente que cursa con una urgencia o emergencia obstétrica en cualquier etapa del embarazo, parto o puerperio.

◆ 2.4 JUSTIFICACIÓN

Las emergencias obstétricas son situaciones que afectan la vida reproductiva de la mujer, y de la familia de ella, causando un alto riesgo de complicaciones o secuelas de diferente índole, o, incluso, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Este hecho se produce, por lo general, cuando la madre no ha recibido atención prenatal oportuna ni adecuada, debido a ello se considera

como necesidad social que, todas las mujeres embarazadas tengan acceso a atención obstétrica de emergencia y de buena calidad.

Los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia deberían ser otorgados bajo el uso de guías de atención para estandarizar el manejo oportuno y de calidad. Las emergencias obstétricas son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, trastornos hipertensivos (incremento de la presión arterial durante la gestación) e infecciones, por eso, los servicios de salud y los cuidados obstétricos son esenciales y básicos para la correcta asistencia del parto, tanto durante el mismo, como durante la atención del recién nacido por los profesionales competentes. Con la presente investigación se intenta actualizar y fomentar las pautas de atención a esta población vulnerable y tenemos que contar con normas actualizadas, adecuadas y viables para los servicios de atención del parto que permitan una evaluación sencilla de resultados, lo cual permitiría disminuir los indicadores de morbilidad por estas complicaciones.

El propósito de esta investigación es determinar la frecuencia, causas y tratamiento de diferentes urgencias o emergencias obstétricas, con lo cual se pretende que la investigación adquiera relevancia a través de los resultados que se obtengan de la misma, lo que constituiría un aporte significativo para el desarrollo y desempeño de las actividades y cuidados otorgados por el personal de enfermería bajo la comprensión y la capacitación para la solución de la problemática que implica las emergencias obstétricas y así lograr disminuir las mortalidad materno infantil

◆ 2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo dentro del área de urgencias y/o emergencias obstétricas (y del paciente crítico en general) precisa de la adquisición de una serie de conocimientos y habilidades altamente específicas que, en conjunto, no forman parte de casi ningún plan de estudios universitario es por ello que una de las metas más importantes para la formación del profesionales de la enfermería es que, al terminar sus estudios universitarios, el enfermero debe adquirir, entre otras, la competencia de reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado con el objetivo de que se encuentre en condiciones de aplicar, la competencia que le permita actuar de forma independiente, y pueda tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.

Parece evidente que los enfermeros, cuando salen de las universidades y comienzan su vida laboral, carecen de una formación básica y común que les permita afrontar con calidad y seguridad la atención de la paciente obstétrica en urgencias y emergencias (o del paciente crítico en general), dicha información se respalda con el artículo publicado por la revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) el cual arrojó los siguientes resultados:

- ◆ Solo el 5,2 % de los alumnos consideran que la formación recibida es suficiente
- ◆ Casi el 30% de los alumnos no realiza rotación por el Servicio de Urgencias Hospitalarias
- ◆ El 65% de los alumnos no realiza rotación por un Servicio de Emergencias
- ◆ Más del 80% de los alumnos considera que no ha adquirido las competencias necesarias para trabajar en un Servicio de Urgencias Hospitalario.
- ◆ El 92% de los alumnos considera que no ha adquirido las competencias necesarias para trabajar en un Servicio de Emergencias

Debido a esta notable carencia de conocimientos por parte del personal joven de enfermería, me di a la tarea de elaborar este protocolo de atención con el objetivo de que la información que se maneje en él sea fácil de digerir y que pueda ser comprendido y ejecutado por alumnos de diferentes grados académicos, estableciendo acciones claras y específicas, así como cuidados de alto impacto durante el manejo de la paciente obstétrica con el curso de alguna urgencia y/o emergencia.

◆ 2.6. OBJETIVOS

◆ 2.6.1 GENERAL

- ◆ Determinar el nivel de conocimientos que tiene la población estudiantil de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud respecto al manejo y cuidado de la paciente que curse alguna urgencia o emergencia obstétrica y así establecer para ellas un protocolo de atención sanitaria.

◆ 2.6.2 ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar que conocimientos tiene el personal de enfermería en estudio sobre las causas, consecuencias y formas de prevención de las diferentes urgencias obstétricas.
- ◆ Contribuir a agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica.
- ◆ Proporcionar las herramientas necesarias al personal de enfermería en estudio para el diagnóstico oportuno de la urgencia obstétrica.
- ◆ Especificar las acciones primarias para la atención de la paciente que cursa con alguna urgencia obstétrica
- ◆ Diseñar un protocolo de atención de que pueda ser aplicado por el personal profesional y no profesional de enfermería obstétrica.

◆ 2.7 MÉTODOS

Los métodos que serán utilizados en el presente trabajo de investigación son el método cuantitativo y el cualitativo con un enfoque científico, apoyándome en ellos se realizaran diferentes estudios en base a la evidencia científica y a resultados obtenidos de encuestas al personal estudiado para conocer a cerca de las medidas que se toman para atender la urgencia obstétrica por parte de una población específica de profesionales y no profesionales de la enfermería

◆ 2.7.1 CUANTITATIVO

Con este método se pretende conocer la prevalencia de dicha situación, mediante la investigación exhaustiva del método de trabajo del personal de enfermería estudiado para así saber si se puede reducir el riesgo de complicaciones y en condiciones más adversas el número de muertes materno-fetales de nuestra población y con ello garantizar técnicas eficientes de detección, prevención y tratamiento de los padecimientos obstétricos más frecuentes, obteniendo cifras acerca de cuantos profesionales y no profesionales del área de enfermería conocen y saben utilizar de manera correcta los protocolos de atención sanitaria obstétrica inmediata y saben las consecuencias que conlleva el no conocerlos, el nivel de importancia de las principales consecuencias de una complicación obstétrica desde la perspectiva física, social, emocional psicológica y económica de la paciente y su familia y así mismo intentar demostrar la importancia de llevar a cabo las acciones correctas durante el manejo hospitalario de las pacientes embarazadas con el objetivo de que el mismo el personal de Enfermería sepa identificar y tratar esta situación de manera oportuna y correcta.

◆ 2.7.2 CUALITATIVO

Mediante este método se pretende hacer llegar la información a toda la población estudiantil y profesional de Enfermería que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud a cerca de las técnicas adecuadas para la atención de la paciente obstétrica, así como lograr especificar las acciones que cada uno de los enfermeros debe realizar durante la activación de un código mater en la atención inmediata.

◆ 2.7.3 CIENTIFICO

Basado en investigaciones formales, artículos y literatura reconocida para comprobar que la información brindada sea en base a la ciencia y así mismo crear confianza en el conocimiento que se está aportando al personal de Enfermería, con el objetivo de otorgar cuidados de excelencia a las pacientes en situación crítica que pone en riesgo su vida y la de su hijo.

◆ 2.8 VARIABLES

DEPENDIENTES:

Número de incidentes relacionados con la mala praxis en pacientes que cursan con alguna urgencia o complicación obstétrica durante este año.

Numero de activaciones de código mater ante la detección de una urgencia obstétrica.

Patología obstétrica con mayor riesgo de mortalidad materno-fetal.

Número de enfermeras con resultados favorables de sus intervenciones.

Número de casos con complicaciones por falta de atención del personal de enfermería.

INDEPENDIENTES

Urgencia obstetrica con mayor incidencia como motivo de consulta en el servicio de urgencias.

Nivel de impacto del entorno durante el desarrollo de una complicación o urgencia obstétrica.

Patología sobre la cual el personal de enfermería tiene menos conocimiento y por lo tanto desfavorece su atención.

Nivel de conocimientos sobre las urgencias obstétricas del personal no profesional de enfermería.

Principales complicaciones de las urgencias obstétricas más recurrentes.

◆ 2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Esta encuesta está dirigida al personal de enfermería profesional y no profesional, así como a las pacientes del servicio de obstetricia del hospital de nuestra señora de la salud con el objetivo de determinar el grado de conocimientos que poseen sobre las intervenciones ante una urgencia obstétrica y en caso de las pacientes la calidad que se brinda en los servicios otorgados.

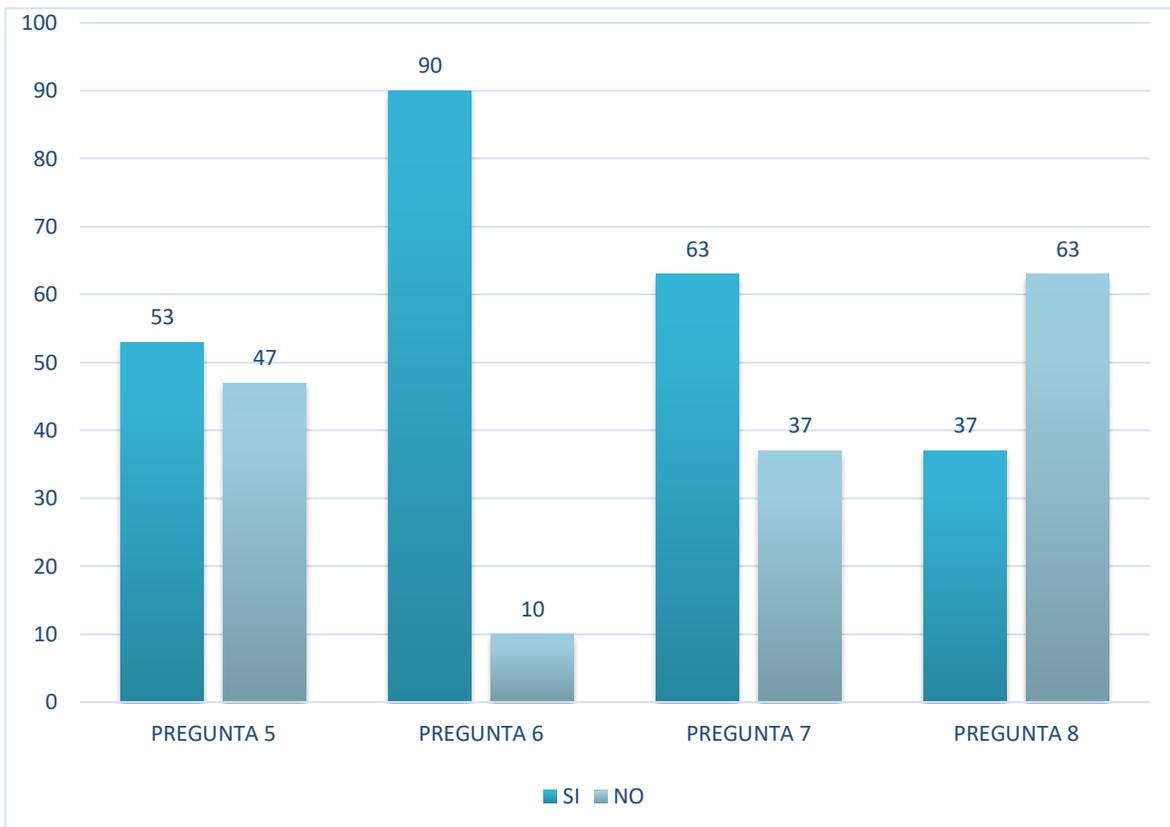
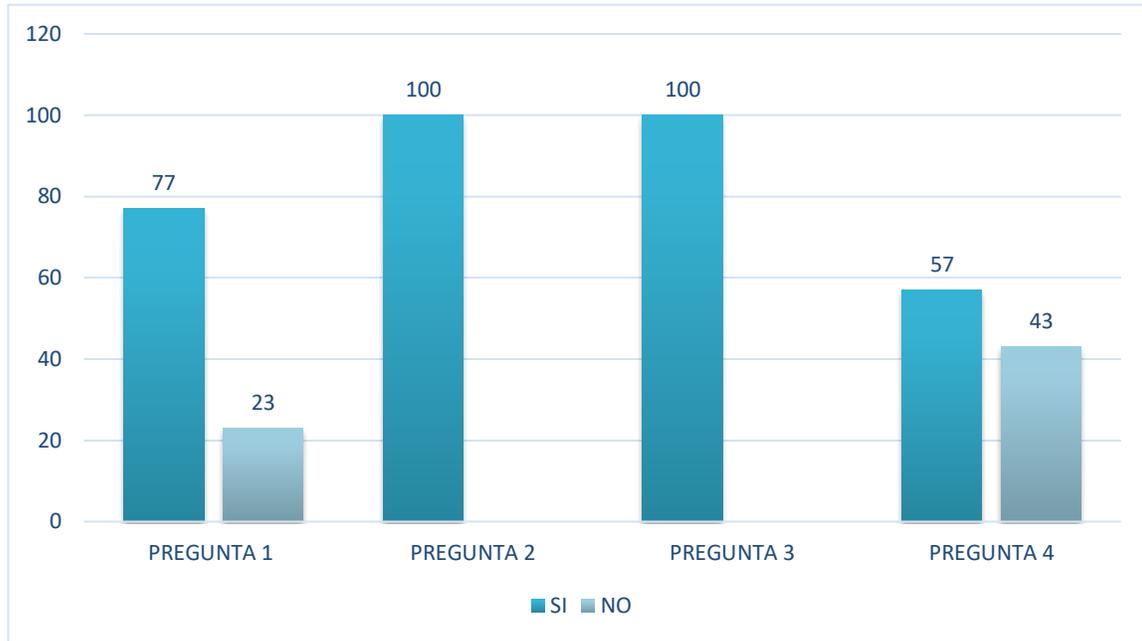
Preguntas para el personal de enfermería	SI	NO
1.- ¿Sabe cuál es el concepto de urgencia obstétrica?	77%	23%
2.- ¿Sabe qué es la preeclampsia?	100%	0%
3.- ¿Usted considera que la preeclampsia es una urgencia obstétrica?	100%	0%
4.- ¿Conoce la fisiopatología de esta enfermedad?	57%	43%
5.- ¿Usted se considera personal de enfermería apto para atender a la paciente con preeclampsia?	53%	47%
6.- ¿Considera usted que los factores que establece el triage obstétrico son los más importantes para la valoración de la paciente obstétrica?	90%	10%
7.- ¿Sabe identificar y clasificar los factores establecidos en el triage obstétrico?	63%	37%
8.- ¿Usted considera que el personal profesional de enfermería de esta institución está teóricamente preparado para atender una urgencia obstétrica?	37%	63%
9.- ¿Sabe cuál es la principal causa de muerte materna?	90%	10%
10.- ¿Conoce cuál es la causa más frecuente de consulta del servicio de urgencia obstétrica?	40%	60%
11.- ¿Conoce cuáles son los signos de alarma para una paciente en el tercer trimestre del embarazo?	80%	20%

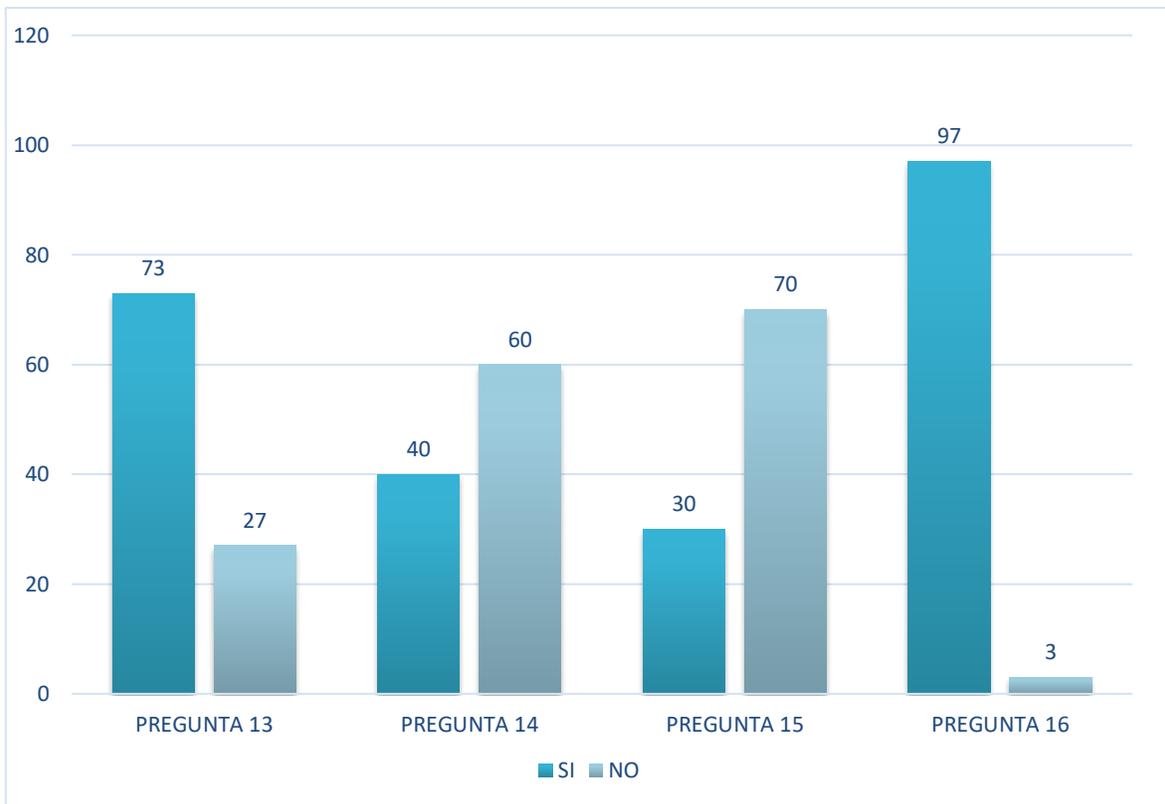
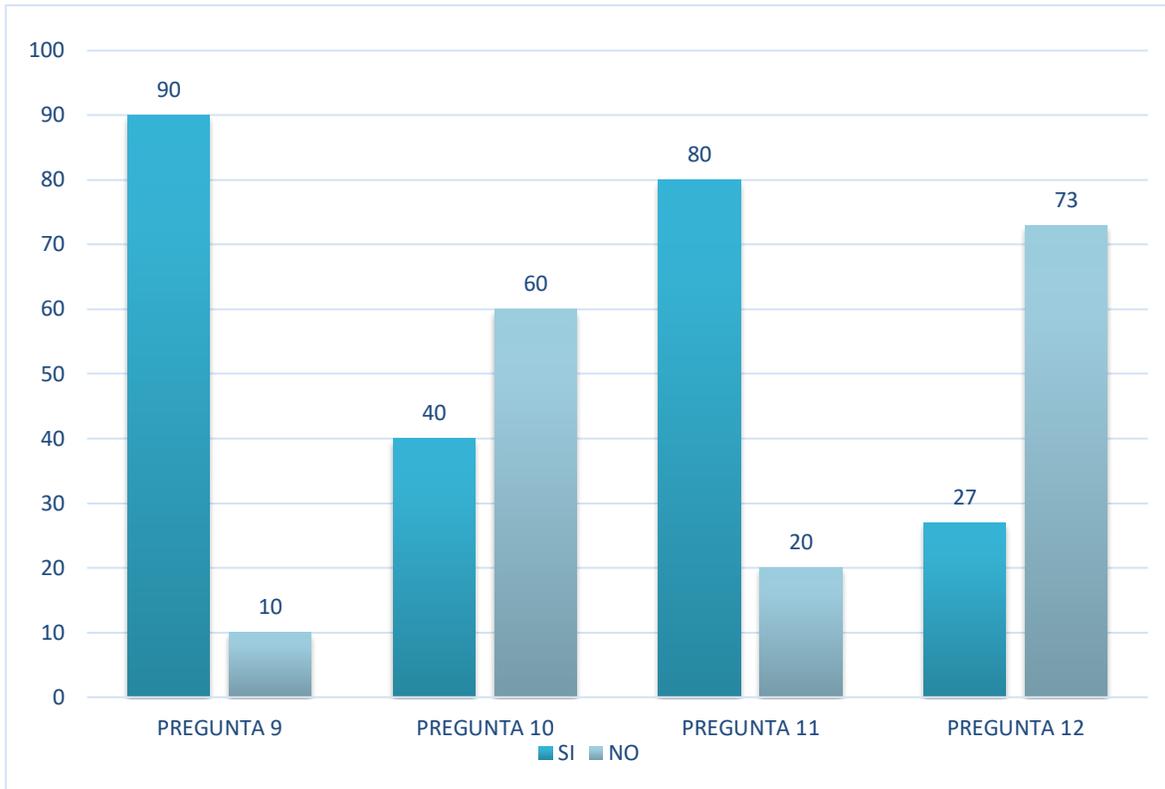
12.- ¿Conoce y domina correctamente la terapia farmacológica de la paciente que cursa con síndrome de Hellp?	27%	73%
13.- ¿Sabe diferenciar el cuadro clínico entre los diferentes trastornos hipertensivos del embarazo?	73%	27%
14.- ¿Ha leído y basa sus cuidados e intervenciones de enfermería en guías de práctica clínica?	40%	60%
15.- ¿Siente que la institución donde labora el personal tanto médico como de enfermería son eficientes en la atención oportuna de la urgencia obstétrica?	30%	70%
16.- ¿Sabe qué quiere decir ERIO?	97%	3%
17.- ¿Sabe cuál es la función del ERIO?	97%	3%
18.- ¿Sabe cuáles son los integrantes del ERIO?	70%	30%
19.- ¿Considera importante definir las actividades que realiza cada miembro del ERIO ante la urgencia obstétrica?	100%	0%
20.- ¿Ha tenido que llamar a sus superiores para atender una urgencia obstétrica en varias ocasiones?	70%	30%
21.- ¿Conoce cuál es el manejo inmediato de una hemorragia post parto?	97%	3%
22.- ¿Ha tenido experiencias satisfactorias de sus cuidados en pacientes obstétricas graves?	80%	20%
23.- ¿Considera importante la elaboración de un plan de atención de enfermería para la paciente que cursa alguna urgencia obstétrica?	100%	0%
24.- En caso de que existiese dicho protocolo, ¿cree importante que se centre sólo para personal de enfermería?	67%	43%
25.- ¿Podría facilitar su trabajo la existencia de dicho protocolo?	100%	0%

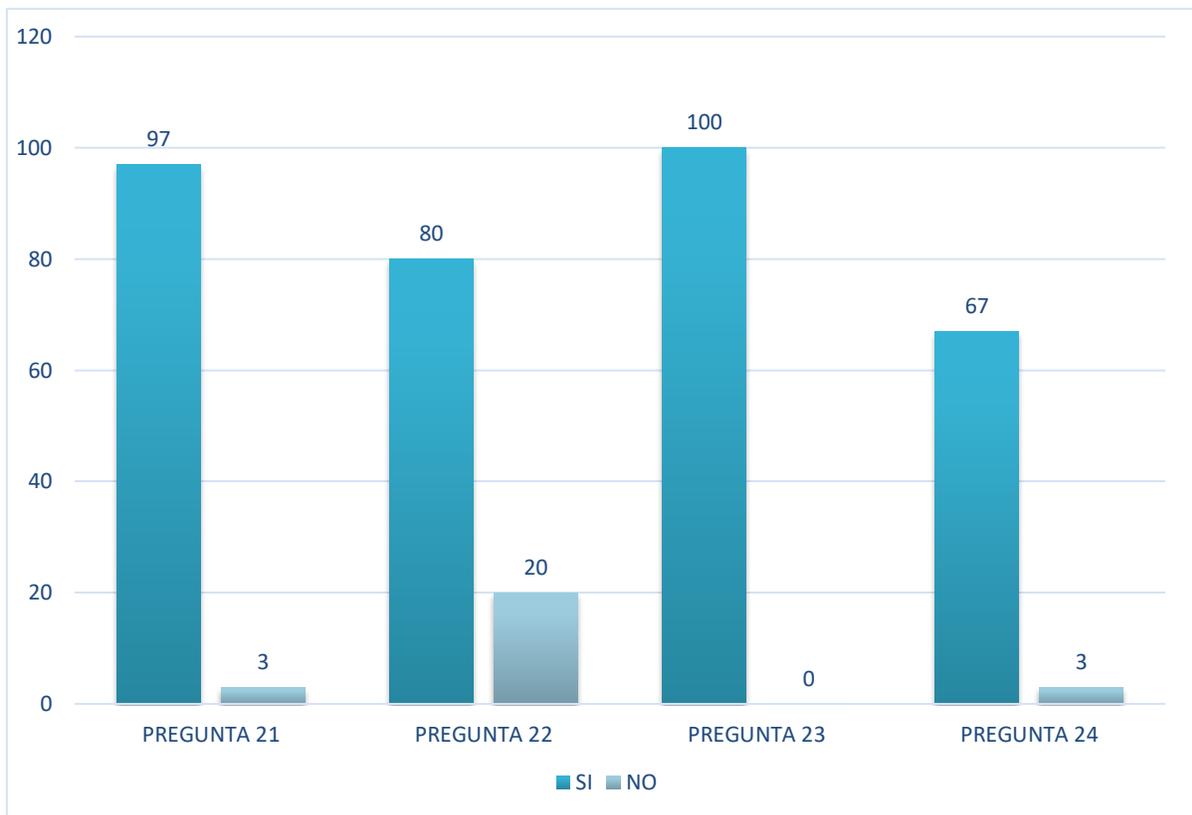
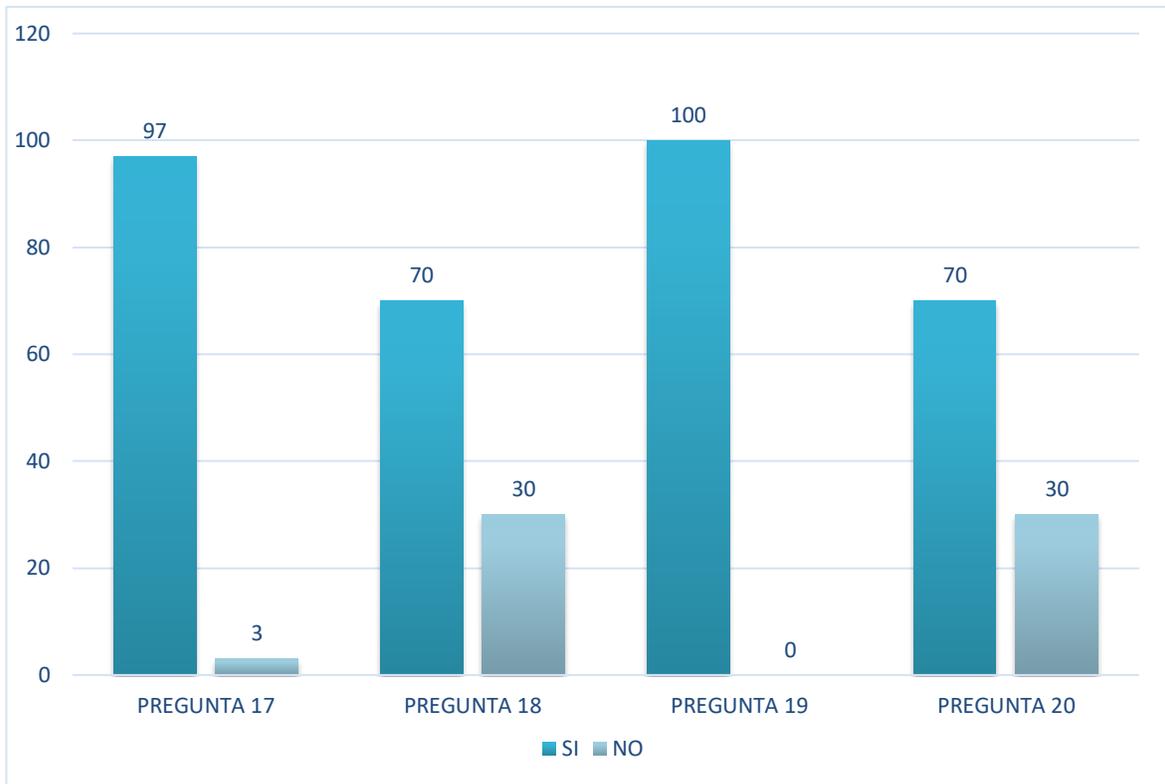
Preguntas para las pacientes:	SI	NO
26.-El Personal de Enfermería, ¿Le llamaba por su nombre?	100%	0%
27.- ¿Conocía el nombre del personal que le atendía?	60%	40%
28.-El Personal de Enfermería, ¿Se le presentó a usted por su nombre?	90%	10%
29.- Cuando el Personal de Enfermería le iba a realizar algún tipo de cuidado (como curaciones, sondajes, Rx...), ¿Le informaban?	100%	0%
30.- ¿Recibía información del Personal de Enfermería sobre la evolución de su enfermedad?	55%	45%
31.- ¿Cree que fue adecuado el trato personal que recibió por parte del Personal de Enfermería?	95%	5%
32.- ¿Hablaba con usted el Personal de Enfermería sobre otros temas que no fuesen su enfermedad?	60%	40%
33.- ¿Cree que su familia ha sido debidamente atendida por el Personal de Enfermería?	90%	10%
34.- ¿Considera que ha sido buena la preparación del Personal de Enfermería que le ha atendido durante su estancia hospitalaria?	100%	0%
35.-Considera que el Personal de Enfermería tenía conocimientos sobre el material técnico (aparatos) del que disponía para cuidarle?	100%	0%
36.-El Personal de Enfermería, ¿revisaba y controlaba con frecuencia los aparatos que usted tenía colocados?	85%	15%
37.- Cuando usted u otra paciente tuvo algún problema (dolor, náuseas, sangrado), ¿El Personal de Enfermería lo resolvió con prontitud?	80%	20%

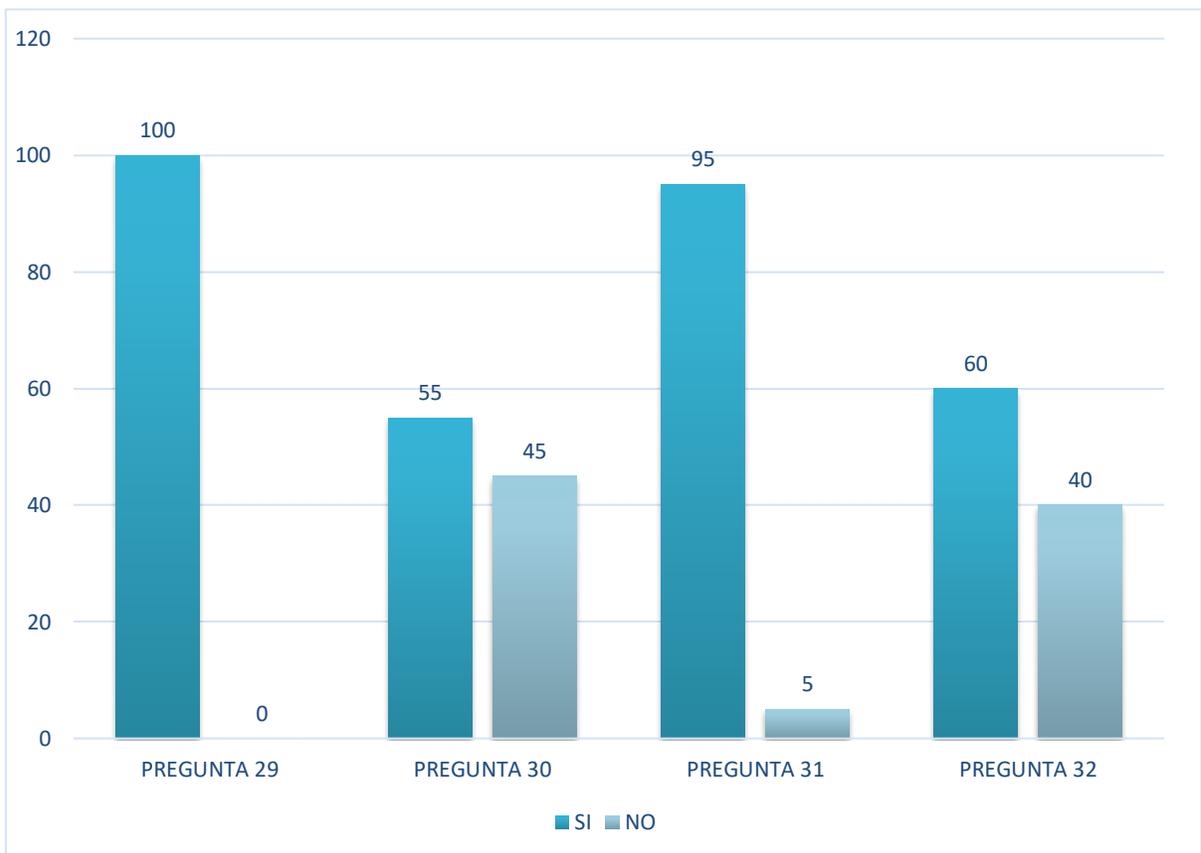
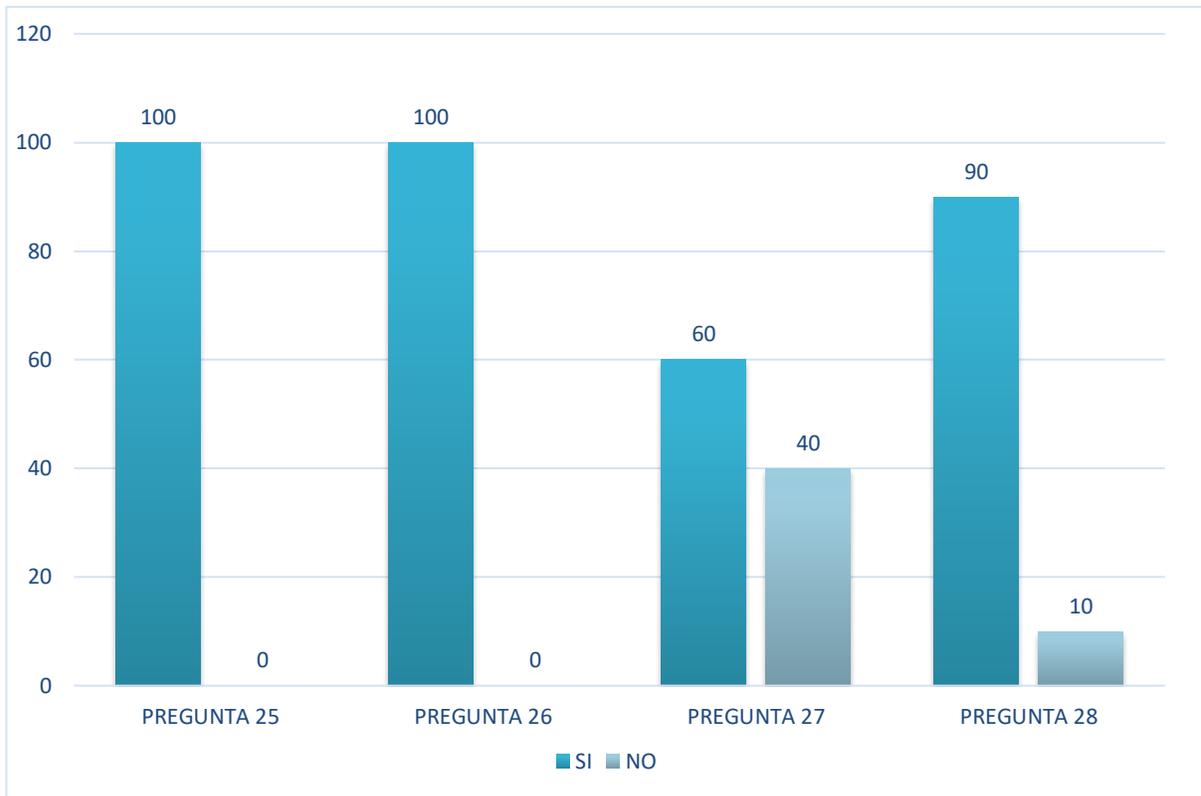
38.- Durante su estancia en el hospital, ¿Sintió que el Personal de Enfermería se interesaba por resolver y solucionar sus problemas?	90%	10%
39.- Cuando usted ha tenido dudas sobre su enfermedad, ¿El Personal de Enfermería se las ha resuelto?	70%	30%
40.- El Personal de Enfermería, ¿Ha preservado su intimidad durante su aseo personal o, cuando le atendían?	100%	0%
41.- El Personal de Enfermería, ¿Se preocupaba por ofrecerle varias alternativas alimenticias?	45%	55%
42.- El Personal de Enfermería, ¿se preocupaba por su confort (frío, calor, luz...)?	100%	0%
43.- El Personal de Enfermería, ¿Le ha ayudado a que su estancia fuera más llevadera en ausencia de sus familiares?	100%	0%
44.- ¿considera que fueron atendidas sus necesidades de higiene (aseo personal)?	100%	0%
45.- ¿A su ingreso, el personal de enfermería le ayudó a sentirse más segura?	90%	10%

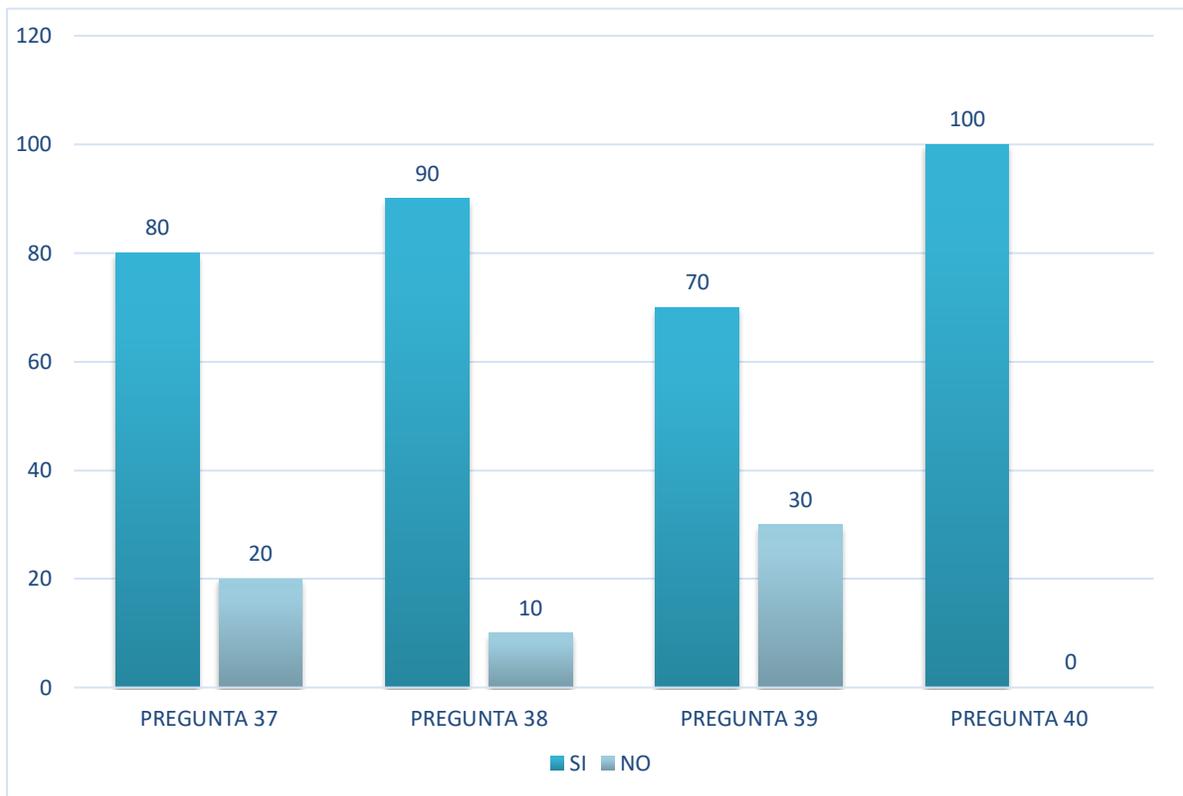
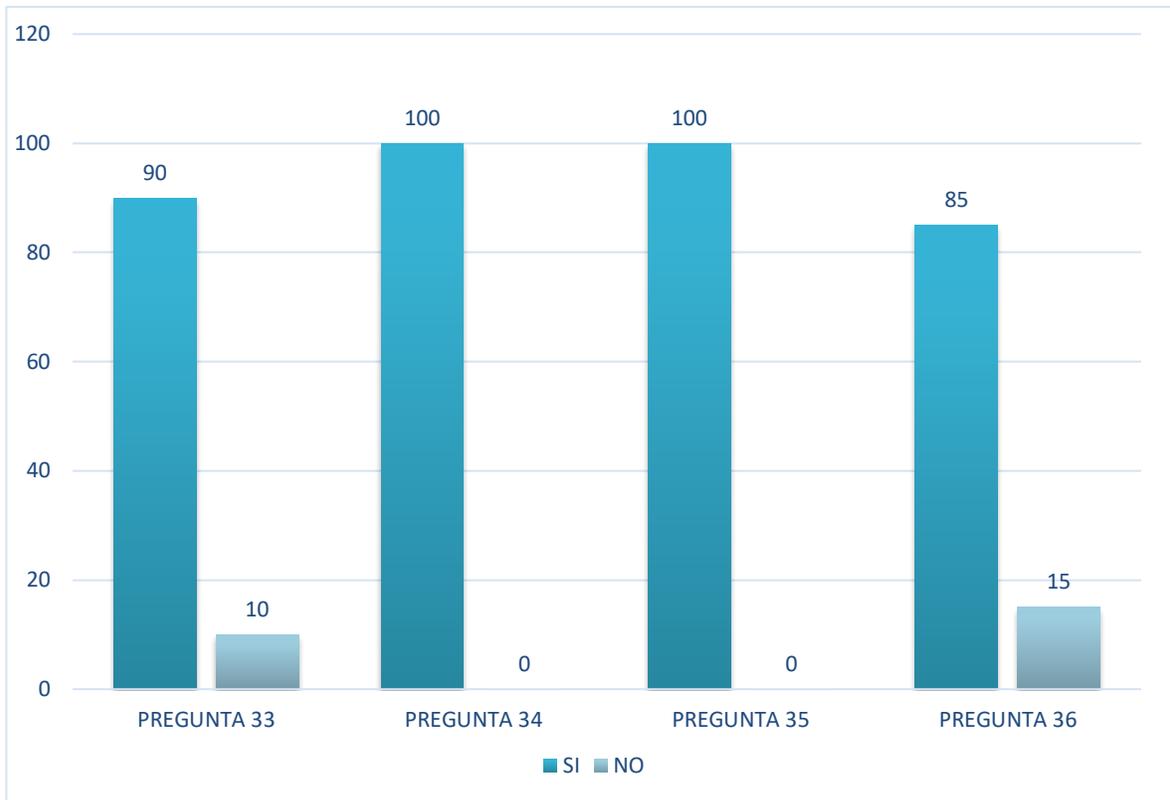
◆ 2.10 GRAFICADO

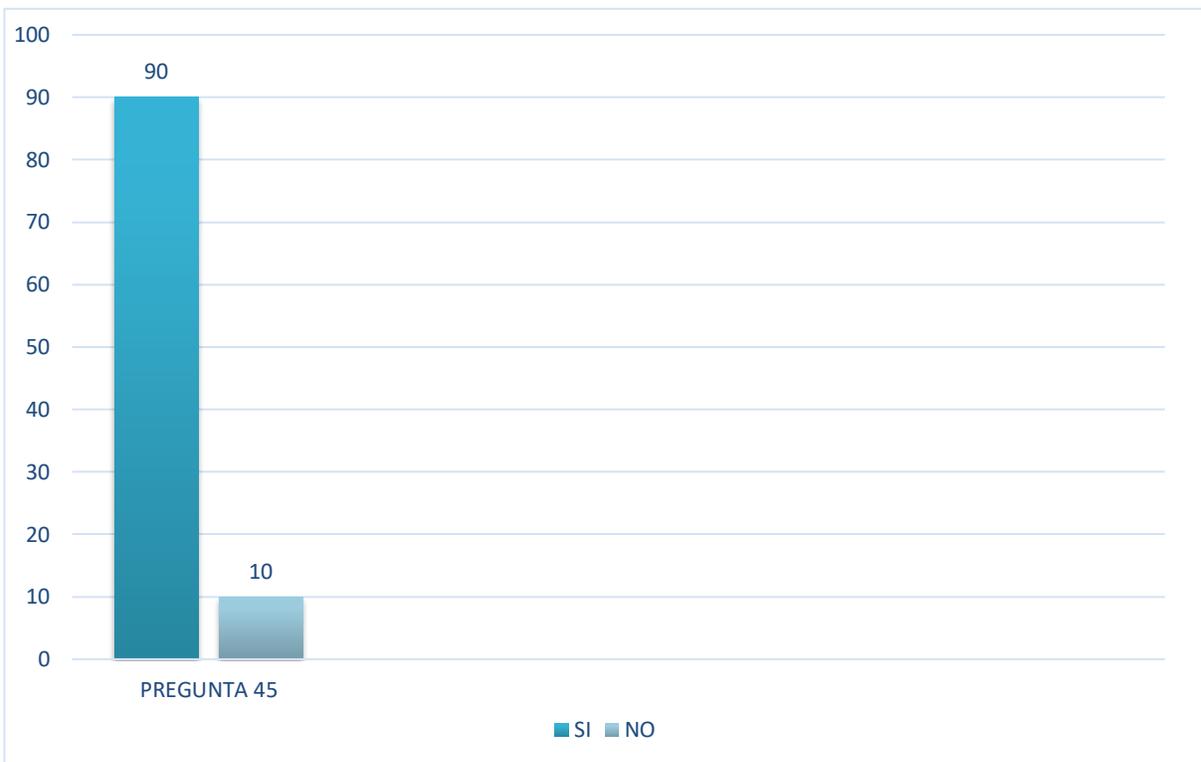
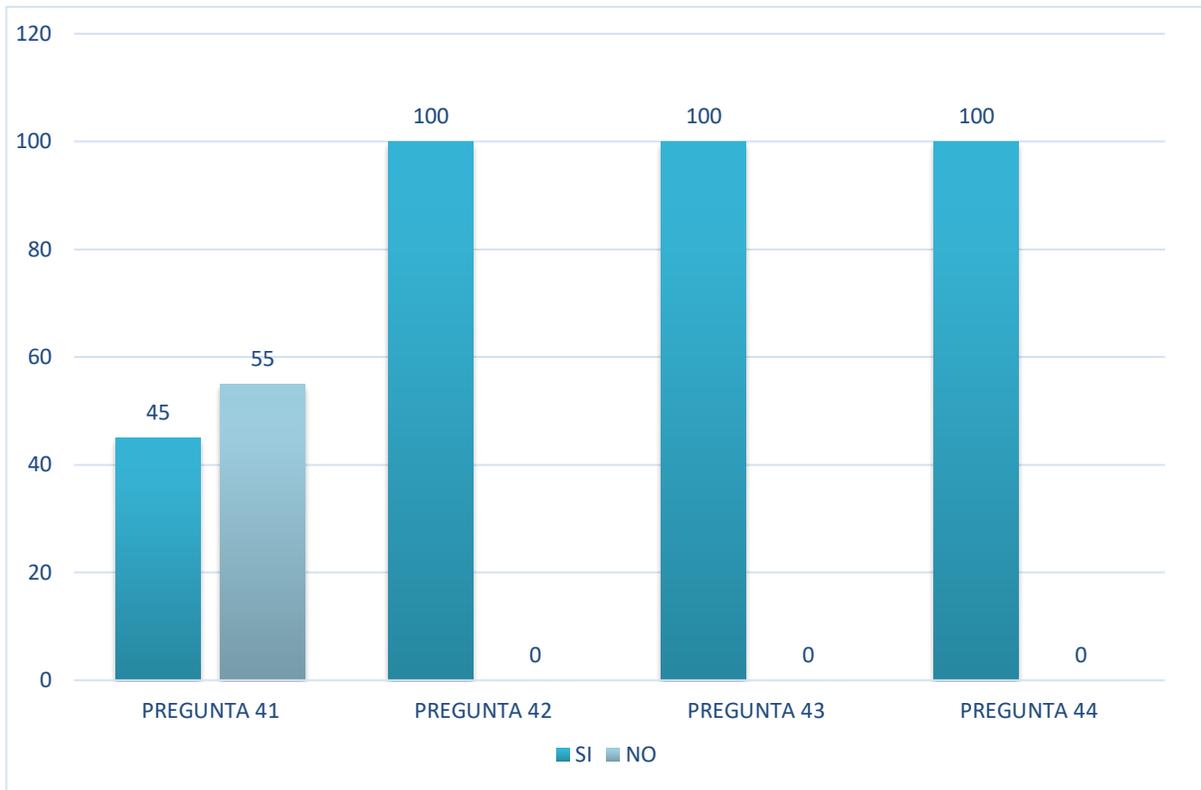












◆ 3. CONCEPTUALIZACIÓN

◆ 3.1 EMBARAZO

Proceso fisiológico pasajero en la mujer que inicia con la penetración de un espermatozoide al óvulo y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Los embarazos se datan desde el primer día de la última menstruación y se calcula la fecha probable del parto 40 semanas más tarde. Según estas cuentas se incluye en este cálculo un periodo inicial, que en mujeres con ciclos regulares es de dos semanas, en el que la mujer todavía no está embarazada, pero habitualmente la fecha de la última menstruación es el único dato del que se dispone para datar la gestación. En los casos en que conocemos la fecha de concepción se trataría de sumar 38 semanas a esa fecha.

◆ 3.2 FASES DEL EMBARAZO

El embarazo puede dividirse por mitades y también por trimestres y 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 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 etapa del embarazo con la más incómoda para la gestante, pues es durante estas primeras etapas en las que se manifiestan los síntomas característicos del embarazo como las náuseas y emesis.

Segundo trimestre es el periodo central, de transición, desde la semana 13-14 a la 26-28 semana, 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 abarca 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 llevar ese peso con ellas. Durante este periodo el feto madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior. 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 que puedan desencadenar un parto prematuro.

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

◆ 3.3 COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como en el período neonatal inicial. Entre los ejemplos de dichas complicaciones se incluyen la exposición prenatal a drogas, una alimentación materna inadecuada, anomalías físicas menores, indicadores de trastornos en el neurodesarrollo que se producen a fines del primer trimestre), y complicaciones en el nacimiento. Las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo en un niño, incluyendo la acentuación de conductas problemáticas. La investigación ha identificado vínculos entre las complicaciones obstétricas y la agresión humana posterior, y sugiere que las complicaciones obstétricas pueden causar agresión al afectar el desarrollo del cerebro.

◆ 3.4 URGENCIA OBSTÉTRICA

Complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

◆ 3.5 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa gravido-puerperal y al producto de la concepción que requiere de atención médica o quirúrgica inmediata por personal calificado adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología causal.

◆ 3.6 ATENCIÓN MÉDICA

Es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

◆ 3.7 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles

◆ 3.8 TRIAGE OBSTÉTRICO

Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con

alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo

◆ 3.9 CÓDIGO MATER

Es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

◆ 4.- GENERALIDADES

Las patologías urgentes obstétricas y ginecológicas son aquellas que pueden presentarse en cualquier etapa del embarazo de la mujer, durante el transcurso del parto y en el postparto inmediato. Estas patologías son las que vamos a revisar en este capítulo ya que comprometen gravemente la vida de la mujer, por lo que requieren asistencia inmediata y correcto manejo por parte de los servicios de urgencias para preservar la vida de la mujer y/o del feto

Se consideran patologías urgentes obstetro-ginecológicas aquellas que se presentan durante el embarazo, parto y postparto que comprometen gravemente la vida de la mujer y/o feto, por lo que requieren asistencia inmediata por parte de los servicios de urgencias.

◆ 4.1 ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (EHE)

La toxemia gravídica es una enfermedad propia y exclusiva del embarazo. Aparece generalmente en el tercer trimestre del embarazo, aunque en casos más graves puede aparecer antes. Afecta a todos los órganos, sistemas y funciones de la mujer.

El signo más importante es la hipertensión arterial (HTA), de etiología incierta y suele aparecer en mujeres jóvenes, nulíparas, en embarazos gemelares o en mujeres con alteraciones vasculares previas.

◆ 4.1.2 PREECLAMPSIA

Síndrome definido por HTA y proteinuria. síntomas cerebrales: irritabilidad del SNC (cefalea, hiperreflexia) dolor en epigastrio, hipocondrio derecho (distensión de la cápsula de Glisson y hematoma suprahepático), con náuseas y vómitos, trombocitopenia y alteraciones de enzimas hepáticas.

Si se detecta que la presión arterial es alta en alguna de las visitas de control del embarazo, se recomienda realizar una serie de mediciones para descartar que se trate de una alteración aislada causada por un estado de excitación o nervioso inusual. Se consideran que existe hipertensión cuando en dos o más tomas separadas por seis horas la tensión sistólica es igual o superior a 140 mmHg y la diástolica es igual o superior a 90 mmHg.

Una vez confirmado el diagnóstico de hipertensión, se realizará un análisis de orina para descubrir si hay presencia de proteínas (proteinuria). Si en la orina de 24 horas hay 300 mg o más de proteínas, se diagnostica preeclampsia.

- ◆ Se considera Preeclampsia leve cuando la tensión arterial no supera los 160/110 mmHg y la proteinuria es inferior a 5 g en una muestra de orina de 24 horas. Por lo general, en estos casos no hay otros síntomas.
- ◆ La preeclampsia grave es aquella en la que la tensión supera los 160/110 mmHg antes de iniciar el tratamiento y la proteinuria es superior a 5 g en la orina de 24 horas. Además, puede tener otros síntomas asociados como dolores de cabeza fuertes o migraña, problemas en la vista, dolor en la parte superior derecha del abdomen y aumento súbito de peso. También hay otros indicadores médicos que se identificarán mediante un análisis de sangre, como un número de plaquetas por debajo de 100.000 μ l, un aumento de las transaminasas o distintos indicadores hepáticos. En muchos casos, la preeclampsia lleva asociadas alteraciones que pueden afectar al feto, especialmente una insuficiencia de la placenta que ocasionará un CIR o crecimiento intrauterino retardado, es decir, que el bebé crece por debajo de lo que indica su edad gestacional.

Si no se trata, la preeclampsia grave puede dañar los riñones, el hígado y el cerebro de la mujer. En casos muy graves, aparecen convulsiones y entonces se denomina eclampsia, enfermedad peligrosa que puede desembocar en un coma. Afortunadamente, mediante la identificación de la preeclampsia y el seguimiento de los protocolos adecuados, muy rara vez se llega a esa situación.

A partir de las 34 semanas de gestación se recomienda, por lo general, inducir el parto. El riesgo de nacimiento prematuro del bebé es en este caso inferior al riesgo de complicaciones serias y de la posibilidad de desarrollar una eclampsia. Si aún no se han cumplido las 34 semanas de gestación, antes de la inducción del parto se administrarán corticoides para ayudar a acelerar la maduración de los pulmones del feto. También se valorará la posibilidad de continuar con el embarazo dependiendo de la evolución de la preeclampsia. Para ello, se monitoriza de forma continua la tensión arterial hasta lograr su estabilización y se realiza un control diario de peso, diuresis, recuento plaquetario, enzimas hepáticas y creatinina.

En cuanto al bebé, se suele realizar una ecografía cada 48 horas aproximadamente, un perfil biofísico y la medida del crecimiento fetal cada dos semanas. Si la enfermedad no evoluciona favorablemente, no queda otro remedio que inducir el parto.

◆ 4.1.3 ECLAMPSIA

Se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas (tipo gran mal) en una gestante diagnosticada antes con preeclampsia, que pueden ocurrir hasta la sexta semana postparto.

La causa exacta de la eclampsia no es conocida. Los siguientes factores pueden jugar un papel: Problemas vasculares, factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos) dieta, genes

La mayoría de las mujeres con preeclampsia no siguen teniendo convulsiones. Es difícil predecir cuáles mujeres sí las tendrán. Las mujeres con alto riesgo de sufrir

convulsiones con frecuencia padecen preeclampsia grave con signos y síntomas como: exámenes sanguíneos anormales, dolores de cabeza, presión arterial muy alta, cambios en la visión, dolor abdominal

Las probabilidades de presentar preeclampsia aumentan cuando la madre tiene 35 años o más, es de nacionalidad afroamericana, tiene diabetes o presión arterial alta o enfermedad renal.

◆ 4.1.4 SÍNDROME DE HELLP

El síndrome de HELLP fue descrito por el doctor Louis Weinstein en 1982, por sus características, (H) hemólisis (pérdida de glóbulos rojos), (EL) elevado número de enzimas hepáticas, transaminasas y LDH, (LP) plaquetopenia.

Su diagnóstico es variable e inconsistente. La hemólisis se define como el incremento en las bilirrubinas totales, de la deshidrogenasa láctica y anemia microangiopática, ésta última es punto clave de la triada del síndrome de HELLP. Los hallazgos clásicos de la hemólisis microangiopática son la presencia de esquistocitosis y equinocitos en frotis de sangre periférica y se debe establecer el diagnóstico de síndrome de Hellp con la presencia de uno o más de los siguientes criterios:

Plaquetas < 100 000/mm³

TGO/AST (aminotransferase) ≥70U/L

DHL ≥600U/L

Bilirrubina total > 1.2 mg/dl

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP tienen mayor riesgo y deben ser manejadas en la Unidad de Cuidados Intensivos preferentemente.

Puede haber complicaciones antes y después del parto, por ejemplo:

Coagulación intravascular diseminada (CID). Un trastorno de coagulación que lleva a sangrado excesivo (hemorragia) líquido en los pulmones (edema pulmonar)

Insuficiencia renal, Insuficiencia y hemorragia del hígado, Separación de la placenta de la pared uterina (desprendimiento prematuro de placenta), entre otros.

◆ 4.2 HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

Se define como la pérdida de volumen sanguíneo que causa cambios hemodinámicos a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen total sanguíneo), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea.

La cuales se van a dividir en: Hemorragias Obstétricas del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo y hemorragia puerperal o postparto.

◆ 4.3 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Hemorragias del primer trimestre del embarazo pueden presentarse desde la concepción hasta las 20 semanas de gestación, es actualmente la primera causa directa de muerte materna. Cualquier hemorragia aguda obstétrica supone una emergencia que puede complicarse rápidamente por coagulopatía, shock hipovolémico, insuficiencia renal, etc.

Posibles causas de hemorragias durante el primer trimestre del embarazo:

1. Aborto: Es la expulsión o extracción de un embrión de menos de 500 gramos de peso o menos de 20-22 semanas de gestación (OMS), independientemente de la viabilidad y del carácter provocado o espontáneo del mismo.

◆ Clasificación del aborto:

Aborto ovular: si acontece en las primeras 8 semanas.

Aborto embrionario: si se produce entre la 8 y la 12 semanas.

Aborto fetal: aparece después de la 12 semanas.

También se diferencian entre:

Aborto precoz: cuando ocurre antes de la 12 semanas.

Aborto tardío: cuando es posterior.

◆ Etiología:

Ovulares:

Alteraciones cromosómicas del embrión.

◆ Maternas:

Alteraciones del endometrio por déficit de progesterona.

Anomalías congénitas del útero (septo, bicorne, etc)

Anomalías adquiridas (dilataciones o legrados, miomas)

◆ Generales:

Enfermedades infecciosas (rubéola, toxoplasmosis).

Enfermedades maternas graves (cardiacas, diabetes).

◆ Etapas evolutivas del aborto:

a) Amenaza de aborto: Cursa con metrorragia, la paciente puede o no tener actividad uterina con molestias y dificultades al orinar.

b) Aborto inminente y aborto en curso: Sangrado más abundante, dilatándose el cuello uterino. Se observan restos ovulares en el canal cervical del útero.

- c) Aborto incompleto: Dolor lumbopélvico más salida de restos ovulares.
- d) Aborto completo: Útero disminuido de tamaño y cérvix dilatado. La paciente además de dolor lumbopélvico refiere que ha expulsado el feto.
- e) Aborto diferido o retenido: No existe crecimiento uterino ni signos de actividad, pero el producto de la concepción no se expulsa.
- f) Aborto fallido: La altura uterina no concuerda con la amenorrea. Se producen alteraciones de la coagulación después de una retención prolongada del feto.
- g) Aborto habitual: La paciente presenta tres o más abortos espontáneos consecutivos.
- h) Aborto séptico: Aborto complicado y asociado a maniobras abortivas. La paciente presenta dolor lumbopélvico más fiebre, salida de sangre fétida y puede o no haber salida de restos ovulares fétidos.

2.- Embarazo ectópico: Es la implantación del cigoto u óvulo fecundado en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina (fuera del Endometrio).

Las implantaciones ectópicas más frecuentes se dan en la trompa de Falopio (98% de los casos en la Región Ampular de la trompa (80- 90 %) Región Ístmica de la trompa (5-10 %), Región Fímbrica (Infundibular) de la trompa (5 %), Región Cornual (Intersticial) de la trompa (4 %), Abdomen (1-2 %), Ovario (0,5 %) y Cervix (0,03 %)

3.- Embarazo Ectópico Complicado: Perforación Tubaria: Se caracteriza por dolor abdominal punzante inferior o lateralizado por irritación peritoneal, Abdomen distendido acompañado de rigidez por irritación del diafragma se produce dolor en pecho y hombro, Hemorragia interna. Signos y síntomas de

shock hipovolémico, Grito de Douglas: Si hay hemoperitoneo el fondo de saco posterior se encuentra abombado y doloroso a la palpación.

4.- Enfermedad Trofoblástica Gestacional: se conoce con el nombre de enfermedad trofoblástica gestacional a un conjunto de procesos benignos y malignos derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana. Debido a que su tratamiento general es el aborto por aspiración se considera una causa importante de hemorragia obstétrica.

Clasificación de la ETG: Mola hidatiforme completa o parcial

La mola fue descrita por vez primera por Hipócrates, pero no fue hasta el siglo XIX cuando se conoció su origen.

- a) La Mola hidatiforme es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el típico aspecto de “racimos de uvas” o imagen en “panal de abejas” La ausencia de saco gestacional con una concentración de hCG > de 1500 mUI/ml sugiere un desarrollo anormal de un embarazo: intrauterino (Mola completa) o un embarazo ectópico.

◆ 4.4 HEMORRAGIAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Entre las principales causas de hemorragias durante esta etapa se encuentran:

1.- Placenta previa

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior, por delante de la presentación fetal. Se presenta en el 0,5-1 % de embarazos de más de 32 semanas.

◆ Tipos de placenta previa:

- Tipo I. Placenta previa lateral o de inserción baja (PPIB). El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.

- ◆ Tipo II. Placenta previa marginal (PPM). La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- ◆ Tipo III. Placenta previa oclusiva parcial (PPOP). La placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
- ◆ Tipo IV. Placenta previa oclusiva total (PPOT). La placenta cubre totalmente el orificio cervical interno

Los tipos de placenta previa oclusiva no permiten el parto vía vaginal. Sin embargo, los tipos de placenta previa no oclusiva, permiten el intento de parto vaginal.

Es importante saber que ante la clínica estas patologías se pueden presentar con hemorragias indoloras de sangre roja y brillante, esta puede ser escasa o abundante y comienza de forma insidiosa, por sorpresa.

Suelen ocurrir episodios repetidos de sangrado, que pueden ir aumentando en intensidad según avanza la gestación. Éstos “no” se suelen acompañar de “pérdida del bienestar fetal” a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause shock hipovolémico en la gestante.

El método de elección para diagnosticar la placenta previa es la ecografía, aunque también se pueden usar exámenes complementarios como lo son un Eco transvaginal y/o transabdominal o una resonancia Magnética, etc.

El inicio más característico de la placenta previa es el sangrado rojo, brillante e indoloro (característica por la cual podemos distinguir este cuadro del DPPNI aunque hasta en el 10% de los casos ambos se presentan juntos). La cantidad es variable y suele comenzar por sorpresa aunque también puede aparecer tras las relaciones sexuales.

Suelen ocurrir episodios repetidos de sangrado, que pueden ir aumentando a medida que avanza la gestación. Cuanto más precoz es la hemorragia mayor es a

intensidad del sangrado.– 1/3 se producen antes de la semana 30, otro 1/3 se producen entre las semanas 30-35 y el resto tras la semana 36.

El comienzo del parto puede agravar el sangrado. En los casos de placenta marginal anterior el descenso de la presentación puede colaborar a cohibir la hemorragia.

No suele haber pérdida de bienestar fetal pero sí suele haber presentación fetal anómala en mayor proporción.

Diagnóstico: El método diagnóstico de elección es la ecografía por su inocuidad y seguridad. Es de elección la ecografía por vía vaginal ya que modifica el diagnóstico del 26% de los casos durante el segundo trimestre y el 12,5% de los casos en el tercer trimestre.

La resonancia magnética podría emplearse en casos en los que la ecografía no es concluyente en placentas previas posteriores

El tacto vaginal es mejor evitarlo hasta descartar el diagnóstico de placenta previa mediante ecografía porque puede incrementar el sangrado. Cuando se realice se debe hacer en un área con posibilidad de medios quirúrgicos.

NOTA IMPORTANTE: TODA HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE ES UNA PLACENTA PREVIA, MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO

En la PPIB no está contraindicado el parto vaginal aunque en caso de metrorragia importante o compromiso materno o fetal, manejo hemodinámico intensivo e interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional.

2.- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

Es la separación total o parcial de la placenta, de su inserción en la pared uterina, después de las 20 semanas y antes del tercer período del parto. Denominada también Abruptio Placentae. La morbimortalidad materno - perinatal está dada por la hipovolemia.

En la clínica se mostrarán los siguientes datos de importancia:

- Hemorragia vaginal variable dependiendo del grado de desprendimiento.
- Compromiso hemodinámico, no necesariamente se relaciona con el sangrado externo, puede ser debido a coágulos retroplacentarios.
- Dolor abdominal a la palpación uterina, variable en intensidad dependiendo de la extravasación de sangre al miometrio.
- Hipertonía, debido a las prostaglandinas liberadas que provocan aumento de la contractilidad uterina (contracción uterina mantenida y dolorosa).
- Shock hipovolémico: hipotensión tisular secundaria a una pérdida de volumen sanguíneo. Es importante tener presente que la pérdida de sangre no es representativa del estado hemodinámico de la paciente (gran coágulo retroplacentario).
- Coagulación intravascular diseminada (CID) debido a las prostaglandinas liberadas que provocan un aumento de la contractilidad uterina y dan lugar a coagulopatías por consumo de factores de coagulación.
- Insuficiencia renal aguda en un 1,2 – 3,9 % de los DPPNI.
- Sufrimiento fetal que se relaciona con el porcentaje de placenta desprendida y a veces muerte fetal previa al ingreso hasta en un 25 %

El diagnóstico ha de ser clínico y de urgencia. Realizar:

1. Anamnesis: buscar la presencia de factores de riesgo.
2. Exploración clínica: fundamental para el diagnóstico, pero difícil dada la alta frecuencia de presentaciones atípicas.

Hemorragia vaginal: 78%. No suele ser tan abundante como en la placenta previa y no suele justificar la sintomatología secundaria a la anemia aguda.

Dolor a la palpación uterina: 66%. Variable en intensidad, aparición y evolución.

Pérdida de bienestar fetal: 60%.

Polisistolia uterina y/o hipertensión: 34%.

Amenaza de parto tratada con tocolíticos: 22%.

Feto muerto: 15%

.3. Ecografía: ayuda al diagnóstico diferencial con placenta previa dado que permite descartarla. La ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye de la presencia de DPPNI. El uso de Doppler mejora la sensibilidad de la ecografía valorando la perfusión placentaria.

4. Anatómico-patológico: el coágulo retroplacentario es el hallazgo principal, siendo la trombosis de pequeños vasos el hallazgo más frecuente al estudio con microscopio óptico.

Complicaciones maternas:

- ◆ Choque hipovolémico
- ◆ Coagulación intravascular diseminada: se caracteriza por descenso de fibrinógeno, aumento del dímero D y descenso de los factores de la coagulación. Puede que al inicio no se presente con trombopenia apareciendo esta después.
- ◆ Apoplejía útero-placentaria.
- ◆ Insuficiencia renal: provocada por el shock hipovolémico.
- ◆ Muerte materna: <1%.
- ◆ Complicaciones fetales
- ◆ Muerte fetal
- ◆ Crecimiento intrauterino retardado
- ◆ Parto pretérmino
- ◆ Pérdida de bienestar fetal

Tratamiento Inicial:

Debe hacerse una valoración rápida del estado hemodinámico materno, del estado fetal y de la cuantía del sangrado.

3.- Ruptura uterina

Es la presencia de una solución de continuidad patológica en el útero grávido que afecta a todas sus capas. Excepcionalmente ocurre antes del trabajo del parto. Se trata de un cuadro de extrema gravedad tanto para la gestante como para el feto. Esta patología se clasifica como:

- Completa: con compromiso del peritoneo visceral.
- Incompleta: la lesión sólo afecta al miometrio respetando el peritoneo visceral.

En la clínica se podrán observar los siguientes datos de importancia:

- Dolor súbito en hipogastrio
- Sangrado genital leve o ausente.
- Hemorragia interna muy abundante (shock hipovolémico severo).
- Útero relajado con cese de dinámica uterina (DU). Útero en forma de reloj de arena.
- Tono cardíaco fetal puede estar ausente, o ser positivo con sufrimiento fetal agudo (80%).
- Palpación fácil de partes fetales.

◆ 4.5 HEMORRAGIA POSTPARTO

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia postparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1000 ml tras una cesárea.

Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía.

La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto.

La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación.

Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 "T":

Tono (atonía uterina)

Tejido (retención de productos de la concepción)

Trauma (lesiones del canal genital)

Trombina (alteraciones de la coagulación)

La atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP.

Factores de riesgo:

Sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosomático).
Agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad)

Corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: "Un útero vacío y contraído no sangra"

Diagnóstico:

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente. Para ello 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 que indican hemorragia leve: debilidad, sudor, taquicardia.

Síntomas que indican hemorragia moderada: palidez, oliguria.

Síntomas que indican hemorragia grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

◆ 4.6 PARADA CARDIORESPIRATORIA EN LA GESTANTE

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea de la mujer en estado gravídico.

Causas más frecuentes de esta condición son:

Tromboembolismo pulmonar

Shock hipovolémico por hemorragia obstétrica.

Traumatismos. (Violencia doméstica)

Enfermedad hipertensiva del embarazo.

Fallo en la intubación orotraqueal por complicaciones anestésicas.

Complicaciones de tratamientos farmacológicos.

Los cambios fisiológicos que influyen son:

Compresión Aorta-Cava.

Aumento del gasto cardíaco y disminución de las resistencias vasculares sistémicas, así como aumento del consumo de oxígeno.

◆ 4.7 SEPSIS PUERPERAL

La sepsis puerperal, representa la tercera causa de muerte materna en el mundo posterior a la hemorragia obstétrica y las enfermedades hipertensivas del embarazo, no obstante, este síndrome ha recibido menos atención, investigación y difusión con relación a las otras entidades.

Es una enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínica mente por fiebre de 38.2 C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesárea.

Las principales causas de sepsis materna pueden clasificarse en infecciones relacionadas con el embarazo, infecciones sin relación con el embarazo o infecciones nosocomiales, de entre estas patologías, las causas más frecuentes en el embarazo son la pielonefritis y corioamnionitis, mientras que en el puerperio se incluyen las infecciones del tracto genital y la endometritis

Los principales agentes infecciosos responsables de la sepsis materna son Streptococcus del grupo A, Escherichia coli y Staphylococcus aureus.

Entre los principales factores de riesgo para sepsis materna destacan los siguientes:

- 1.- Nacimiento por cesárea
- 2.- Obesidad
- 3.- Nacimiento en casa,
- 4.- Estrato socioeconómico bajo,
- 5.- Desnutrición
- 6.- Anemia
- 7.- Inmunosupresión
- 8.-Ruptura prematura de membranas prolongada,
- 9.- Diabetes
- 10.- Antecedente de infecciones cérvico-vaginales
- 11.- Realizar más de cinco tactos vaginales durante el trabajo de parto
- 12.- Técnicas de reproducción asistida
- 13.- parto instrumentado.

◆ Clasificación de la sepsis puerperal:

A) Infección puerperal localizada:

Es la infección de lesiones, laceraciones o pérdida de continuidad del periné, vulva, vagina y cuello mal reparados, en el sitio de la episiorrafia, en la herida quirúrgica de la operación cesárea o en el endometrio (endometritis),

B) Infección puerperal propagada:

Estas formas clínicas comprometen generalmente varios órganos genitales internos y el peritoneo, y si no se tratan oportunamente pueden llegar a condicionar un estado de choque séptico a través de diferentes vías de propagación de la infección.

Las vías más comunes de propagación de la infección más frecuentes son:

*Por continuidad: Endometritis, Salpingitis, Salpingooforitis, Pelviperitonitis y Fascitis necrotizante

*Por vía linfática: Metritis, Parametritis y Peritonitis

*Por vía hemática: Trombotlebitis, Septicemia y Choque séptico

◆ 4.8 PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

Tradicionalmente, el embarazo es considerado un evento fisiológico, sin embargo, un porcentaje significativo de las embarazadas desarrolla patologías obstétricas que se asocian a mortalidad materna y perinatal. A nivel mundial, cada año medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones.

Desafortunadamente, un número significativo de las urgencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso pues los temas aquí presentados representan las urgencias obstétricas más importantes a las que se enfrenta a diario el personal de

enfermería al que va dirigido este protocolo, por lo cual, resulta indispensable su preparación confiable, con el fin de realizar un manejo óptimo del embarazo y parto para la obtención de un resultado perinatal favorable.

El Programa de Salud Materna y Perinatal tiene como propósito fundamental reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y la etapa neonatal, es decir, durante todo el periodo perinatal y que las intervenciones efectivas, preventivas e integrales y de calidad logren el impacto en las mujeres y que manifiesten satisfacción por el trato digno y respetuoso que reciben de los prestadores de servicios de salud.

El acceso de la atención a grupos de alta marginación, adolescentes y población de alto riesgo es una de las prioridades ya que, la evidencia científica a determinado que las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se encuentran en estos grupos, debido a esto, el programa se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, al consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades obstétricas, para ello se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse los prestadores de servicios de salud para materializar el derecho a la protección de la salud.

Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo que se convierte en una tragedia al poner en peligro la vida de la mujer y de los recién nacidos de nuestra nación y es que, no conforme con este riesgo inminente, que con el conocimiento actual puede en la mayoría de los casos controlarse y prevenirse, no ha sido posible lograrlo en las dimensiones esperadas. Muchas de las madres, así como los recién nacidos, quedan con secuelas de complicaciones del parto, que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura. Es motivo de reflexión el ordenar las estrategias y cambiar la actitud de todos y todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, para lograr en una gran alianza nacional para acelerar la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

Como parte de las estrategias preventivas del programa se menciona que, antes del nacimiento la protección pregestacional y prenatal desde etapas tempranas, es fundamental. Los factores de agresión como desnutrición, nutrición subóptima, tabaquismo, enfermedades concomitantes como infecciones de transmisión sexual (ITS), diabetes, sobrepeso, obesidad, hipertensión, hipotiroidismo entre otras, pueden ser atendidas y controladas para evitar complicaciones, de esta manera, el programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población. La vinculación transversal con los programas de Salud Materna e Infantil fortalece las acciones y suma esfuerzos para el cumplimiento de las metas, así la coordinación con los Programas de Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Igualdad de Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, así como con otros programas transversales de enlace de la Secretaría de Salud es necesaria para lograr progresos reales y perdurables y es parte de la suma de esfuerzos coordinados para lograr avances en acelerar la reducción de la morbilidad materna y perinatal y mejorar la salud materna y perinatal.

◆ 4.9 ACCIONES PREVENTIVAS QUE ASUME EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Según la Norma Oficial Mexicana 007 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. En su actualización del año 2016 recomienda que haya un mínimo de ocho consultas prenatales durante el embarazo: la primera antes de la semana 12 y, luego, en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40

Por lo tanto, la principal acción preventiva de las Urgencias obstétricas que debe asumir el personal de enfermería es fungir la idea en las pacientes gestantes de la

importancia que tiene el llevar a cabo un correcto y seguro control perinatal, pues sólo de esta manera se podría detectar a tiempo factores de riesgo que a corto o largo plazo podrían desencadenar una complicación obstétrica y que a su vez más tarde, se podría convertir en una urgencia, la cual pondría en peligro irreversible la vida de la madre y de su hijo al mismo tiempo.

El personal de Enfermería podrá otorgar la siguiente información a la mujer gestante durante sus consultas prenatales como parte de su rol en la prevención de complicaciones y seguimiento del desarrollo seguro del embarazo.

1.-PRIMERA CONSULTA

Explicar la importancia del consumo del Ácido Fólico

Registro en el expediente sobre la condición actual del embarazo.

Brindar información y recomendación de complementos alimenticios y nutrientes.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).

Aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico Diftérico

2.- SEGUNDA CONSULTA

Interrogar sobre patologías preexistente y las agregadas

Revisar la Frecuencia Cardíaca Fetal.

De ser necesario, explicar los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados en la primera consulta.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).

3.- TERCERA CONSULTA

Informa sobre la existencia de algún riesgo del embarazo

Identificación de signos vitales, somatometría y Frecuencia Cardíaca Fetal.

Promoción y orientación sobre planificación familiar.

4.- CUARTA CONSULTA

Valoración del riesgo obstétrico

Signos y síntomas de alarma.

Informar la posición correcta de dormir para evitar molestias y obstrucción aórtica.

5.- QUINTA CONSULTA

Procurar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

Medidas de autocuidado de la salud

Orientación nutricional de la embarazada.

Orientar sobre el parto y el puerperio

Orientar sobre el manejo y cuidado del recién nacido.

Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva

6.- CONSULTA SUBSECUENTE (SIGUIENTES 3 CONSULTAS)

Presentar técnicas de alimentación al seno.

Medidas para cuidado al cordón umbilical

Explicar el número y consistencia de evacuaciones del recién nacido.

Informar la posición correcta de dormir para evitar broncoaspiración del recién nacido

Valoración del riesgo obstétrico

Signos y síntomas de alarma

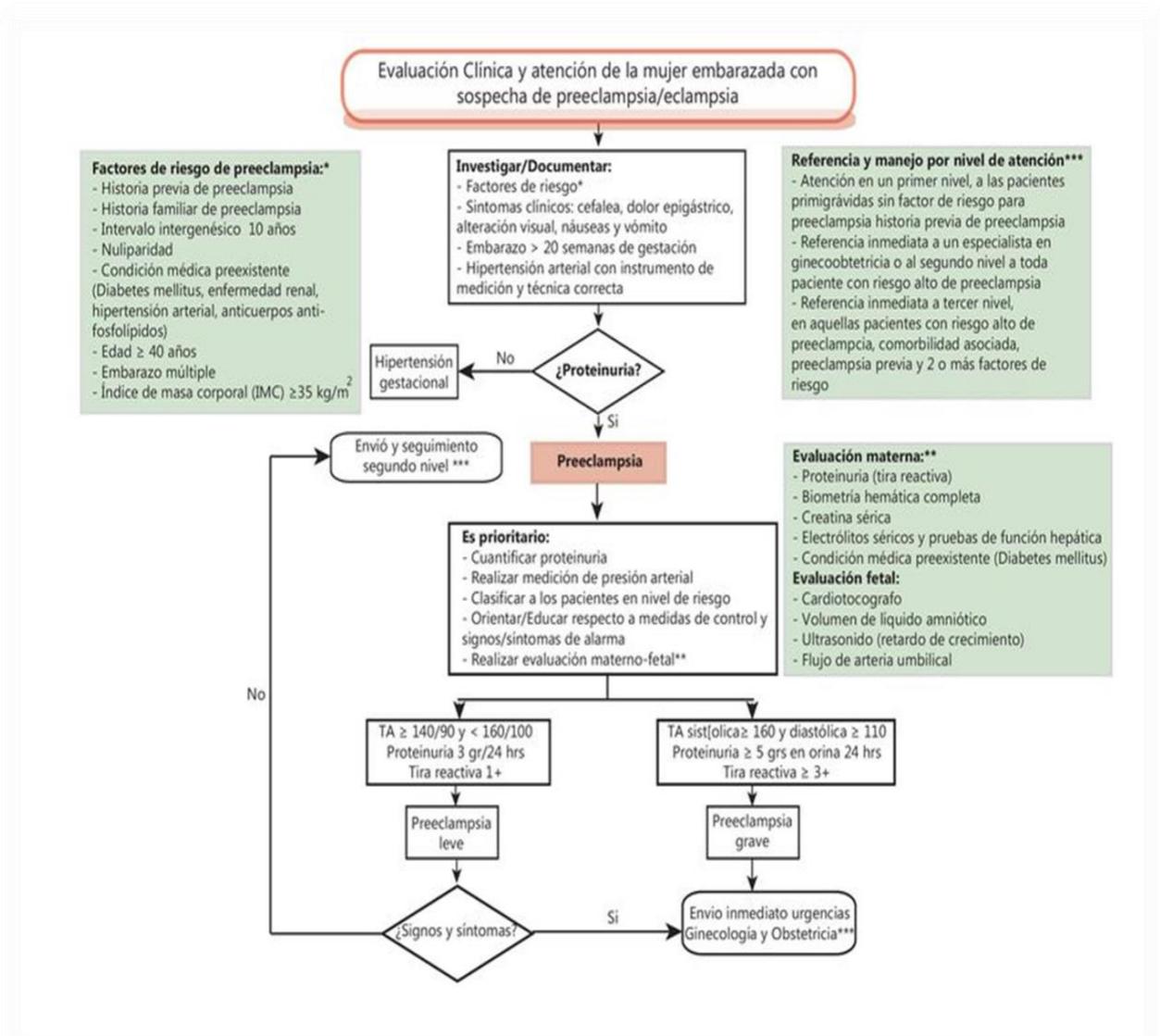
Orientar sobre el tamiz neonatal

Apoyo durante el parto o cesárea.

◆ 5.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO

A partir de este capítulo, se plasmarán las técnicas de atención y cuidados de Enfermería recomendados en cada una de las patologías ya antes mencionadas. consideradas urgencias o complicaciones obstétricas.

En el siguiente diagrama se mostrará cómo se llevará a cabo la evaluación clínica inicial:



◆ 5.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA.

En el primer contacto que tenga el personal de enfermería con dicha paciente debe realizar la historia clínica completa junto al personal médico con énfasis en la identificación de factores de riesgo que ayuden a determinar el diagnóstico presuntivo de preeclampsia.

◆ 5.2 ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER CONTACTO

De acuerdo a esto el personal de enfermería encargado deberá efectuar y registrar las siguientes actividades:

1.- Identificación de la paciente (preguntar datos personales como su nombre completo, edad, etc) Interrogar sus antecedentes gineco-obstétricos, familiares, personales patológicos y no patológicos, así como el inicio de su padecimiento actual.

2.- Medición de la presión arterial y demás signos vitales

(La medición de la presión arterial deberá realizarse en el brazo izquierdo a la altura del corazón con la paciente sentada. Preferentemente se utilizará el baumanómetro de mercurio.)

3.-Calcular la edad gestacional

4.- Investigar presencia de cefalea, acúfenos y fosfenos

5.- Peso y talla de la paciente

6.- Medición de la altura del fondo uterino

7.- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal

8.- Valorar reflejos osteotendinosos

9.- Investigar presencia de edema

10.- Analizar estudios básicos de laboratorio (biometría hemática, glicemia capilar, examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático) y los que se soliciten de acuerdo al criterio médico.

◆ 5.3 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA

Una vez realizado lo anterior, es importante que el personal de enfermería conozca los criterios para la formulación del diagnóstico médico

◆ 5.4 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PREECLAMPSIA LEVE

Se establecerá el diagnóstico de preclamsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- ◆ Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- ◆ Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria)

◆ 5.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA LEVE

Una vez establecido este diagnóstico Entre las intervenciones de enfermería relacionadas se encuentran:

- 1) Iniciar el tratamiento médico indicado de acuerdo a las necesidades y/o condiciones de la paciente.
- 2) Toma de signos vitales cada media hora para evaluar la evolución clínica una vez iniciado del tratamiento médico.
- 3) Toma de la Frecuencia Cardiaca Fetal continua
- 4) Evitar el exceso de volumen de líquidos
- 5) Mantener un control de líquidos estricto
- 6) Evaluar la localización y la extensión del edema
- 7) Mantener permeable la vía periférica
- 8) Registrar el llenado capilar
- 9) Monitorizar las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel, así como de la ingesta y la excreción
- 10) Valoración del estado de consciencia

Atención fetal:

- 1) Verificar la presencia de movilidad fetal
- 2) Valorar crecimiento uterino
- 3) Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal
- 4) Registro cardiotocográfico en embarazos ≥ 32 semanas (prueba sin estrés)
- 5) Ultrasonido (fetometría y valoración de líquido amniótico)
- 6) Perfil biofísico en casos que lo requieran
- 7) Valorar interrupción al término del embarazo de acuerdo a condiciones obstétricas

◆ 5.6 TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA LEVE

De ser satisfactoria la evolución clínica en las mujeres que tengan un embarazo de menos de 34 semanas, se debe considerar el manejo expectante de la preeclampsia, particularmente en unidades médicas con la capacidad de dar atención a recién nacidos prematuros, puede atenderse en forma ambulatoria, con vigilancia semanal en la consulta, como una medida efectiva y segura.

◆ 5.7 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PREECLAMPSIA SEVERA

Se establecerá el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.

- ◆ Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- ◆ Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- ◆ Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- ◆ Trombocitopenia \leq 150 000 cel/mm³
- ◆ Incremento de la deshidrogenasa láctica \geq 600 UI
- ◆ Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética
- ◆ Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- ◆ Epigastralgia
- ◆ Restricción en el crecimiento intrauterino
- ◆ Oligohidramnios
- ◆ Oliguria \leq 500 ml en 24 horas
- ◆ Edema agudo de pulmón
- ◆ Dolor en hipocondrio derecho.

◆ 5.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA

- 1) Toma de signos vitales cada media hora para evaluar la evolución clínica
- 2) Toma de la Frecuencia Cardiaca Fetal continua
- 3) Evitar el exceso de volumen de líquidos
- 4) Mantener un control de líquidos estricto
- 5) En las mujeres con embarazo ≥ 37 semanas que tienen preeclampsia leve o grave, se debe considerar la terminación del embarazo.
- 6) Iniciar el tratamiento antihipertensivo inicial para el manejo de la hipertensión grave, puede incluir nifedipina en cápsulas o tableta o hidralazina, con el propósito de reducir la presión arterial sistólica menor a 160 mmHg y la presión arterial diastólica menor a 110 mmHg.
- 7) Continuar con el tratamiento antihipertensivo para el manejo de la hipertensión arterial entre 140–159/90–109 mmHg, puede incluir alfa metildopa, beta bloqueadores (metoprolol, propranolol) y bloqueadores de los canales del calcio.
- 8) No alimentos por vía oral
- 9) Reposo en decúbito lateral izquierdo
- 10) Vena permeable con venoclisis Pasar carga rápida 250 cc de solución (cristaloide) mixta, fisiológica o Hartmann en 10 a 15 minutos.
- 11) Continuar con solución cristaloide 1000 cc para pasar en 8 horas.
- 12) Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria mediante tira reactiva.
- 13) Medición de la presión arterial cada 10 minutos hasta estabilizar.

◆ 5.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PACIENTE CON ECLAMPSIA

Las siguientes medidas generales y terapéuticas deben realizarse en forma urgente y sincronizada.

- 1) Mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación (puede utilizarse la cánula de Guedel)
- 2) Evitar la mordedura de la lengua colocando gasas o cualquier objeto de tela que no se pueda quebrar y lesionar a la paciente durante una crisis convulsiva.
- 3) Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores.
- 4) Canalizar vena con venoclisis: pasar carga rápida 250 cc de solución (cristaloide) mixta, fisiológica o Hartmann en 10 minutos y continuar con solución cristaloide 1000 cc para pasar en 8 horas.
- 5) Instalar sonda Foley (cuantificar volumen urinario y proteinuria)
- 6) Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca y de la frecuencia respiratoria,
- 7) Valorar la coloración de la piel y conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias, y estado de la conciencia.
- 8) No alimentos por vía oral

La prevención de las crisis convulsivas se dará principalmente ministrando sulfato de magnesio de la siguiente manera:

Impregnación: Administrar 4 gramos IV diluidos en 250 ml de solución glucosada, pasar en 20 minutos.

Mantenimiento: Continuar con 1 gramo por hora. La dosis de mantenimiento sólo se debe continuar, si el reflejo patelar está presente, la frecuencia respiratoria es mayor de 12 por minuto y la uresis mayor de 100 ml en 4 horas. La

pérdida del reflejo patelar es el primer signo de hipermagnesemia. El Sulfato de magnesio se debe continuar por 24 a 48 horas del posparto, cuando el riesgo de recurrencia de las convulsiones es bajo

En caso de no contar con sulfato de magnesio utilizar cualquiera de los dos siguientes:

Fenobarbital: Administrar una ampolleta de 330 mg. IM o IV cada 12 horas.

Difenilhidantoina sódica Impregnación: 10 a 15 mg/kg, lo que equivale a la administración de 2 a 3 ámpulas de 250 mg. Aforar en solución salina y administrar a una velocidad no mayor de 50 mg por minuto, (con pruebas de funcionamiento hepático normales) Mantenimiento: 5 a 6 mg/kg dividido en tres dosis

El traslado de estas pacientes es una urgencia, la cual debe hacerse preferentemente en ambulancia y con personal médico y enfermera acompañante, continuando con las medidas generales antes mencionadas. El embarazo se debe interrumpir en un plazo no mayor a seis horas.

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el manejo de las convulsiones, se recomienda mantener vía aérea abierta, permanecer con el paciente durante la crisis, canalizar una vía intravenosa, según proceda, comprobar el estado neurológico, vigilar los signos vitales, registrar la duración de la crisis, registrar las características de ésta, administrar la medicación prescrita, si es el caso, comprobar la duración y las características del periodo postictal.

◆ 6 RECOMENDACIONES EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

La evidencia disponible no apoya la administración de fármacos antihipertensivos a pacientes con preeclampsia leve, los que además podrían tener un efecto dañino en la perfusión placentaria.

Los suplementos de calcio, al menos 1 g al día, por vía oral se recomiendan para las mujeres con baja ingesta de calcio (< 600 mg al día).

El tratamiento antihipertensivo para el manejo de la hipertensión arterial entre 140-159/90-109 mmHg puede incluir alfametil-dopa, betabloqueadores — metoprolol, propranolol y bloqueadores de los canales del calcio.

La administración de sulfato de magnesio es una intervención de probada eficacia que debe incorporarse para prevenir la eclampsia.

El tratamiento no debe suspenderse después de la primera crisis convulsiva, porque también es efectivo para prevenir la recurrencia.

Las pacientes con preeclampsia leve o severa y embarazo de término son aptas para la terminación inmediata del embarazo como la medida terapéutica más efectiva.

No se recomienda la administración de vitamina C y E para prevenir la preeclampsia y otros desenlaces maternofetales adversos.

En mujeres con riesgo elevado de preeclampsia, se recomienda la administración de dosis bajas de aspirina (entre 75 y 100 mg al día) antes de acostarse, idealmente previa al embarazo o antes de las 16 semanas de gestación.

El sulfato de magnesio es el tratamiento de elección para la paciente con eclampsia. Es más seguro y efectivo que otros anticonvulsivantes como el diazepam o la fenitoína.

Si el parto vaginal está previsto y el cuello uterino es desfavorable, se recomienda realizar la maduración cervical para aumentar la probabilidad de un parto vaginal exitoso.

El tratamiento antihipertensivo inicial para el manejo de la hipertensión severa puede incluir nifedipina en cápsulas o tableta, o hidralazina con el propósito de reducir la presión arterial sistólica a menos de 160 mm Hg y la presión arterial diastólica a menos de 110 mm Hg.

No se recomienda utilizar antioxidantes como una intervención preventiva en preeclampsia.

La administración prenatal de corticosteroides es una intervención terapéutica que se debe considerar para todas las mujeres que presentan preeclampsia antes de las 34 semanas de gestación.

No se recomienda durante el embarazo la restricción de sal en la dieta, la restricción calórica para mujeres con sobrepeso, la administración de vitaminas C y E o diuréticos como la tiazida, como intervenciones para prevenir la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con riesgo bajo.

La nifedipina, la alfametildopa, el captopril y el enalapril son antihipertensivos aceptables para su uso en la lactancia materna.

La analgesia regional y/o la anestesia, son apropiadas en las mujeres con un recuento de plaquetas $> 75 \times 10^9/L$, a menos que exista una coagulopatía, trombocitopenia y administración de un agente antiplaquetario o anticoagulante.

En las mujeres con cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, se debe considerar el parto vaginal a menos que exista una indicación obstétrica para realizar una cesárea.

No se recomienda la administración de precursores de prostaglandinas, suplementos con magnesio o zinc, como intervenciones para la prevención de preeclampsia.

En mujeres con hipertensión no grave (140-159/90-109 mm Hg), sin comorbilidad asociada, el tratamiento antihipertensivo debe ser empleado para mantener una presión arterial sistólica entre 130 y 155 mm Hg y una presión arterial diastólica entre 80 y 105 mm Hg.

En mujeres con hipertensión no grave (140-159/90-109 mmHg) con comorbilidad asociada, el tratamiento antihipertensivo debe ser empleado para mantener una presión arterial sistólica entre 130 y 139 mm Hg y una presión arterial diastólica entre 80 y 89 mm Hg.

Se debe realizar una determinación de cuenta plaquetaria en todas las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo que ingresan a sala de expulsión o quirófano.

No se deben utilizar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) ni los bloqueadores del receptor de angiotensina. No se recomienda el uso de atenolol y prazosina.

Ante la paciente con preeclampsia leve, se recomienda vigilancia del crecimiento fetal por ultrasonido cada tres semanas para valorar la curva. Sólo en caso de restricción del crecimiento intrauterino hay que realizar un perfil biofísico completo y Doppler en la arteria umbilical, la cerebral media y el ductus venoso.

◆ 6.1 INTERVENCIONES GENERALES

En complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo

Mantener hospitalizada a la paciente.

Colocar catéter central para medir presión venosa central (PVC), vías venosas periféricas con punzocat, y cateterismo vesical con cuantificación horaria del gasto urinario.

En la hiperazoemia prerenal y de no existir contraindicación para la administración de volumen, como insuficiencia cardíaca, edema agudo pulmonar, edema cerebral severo, síndrome hepatorenal etc, debe administrarse volumen por medio de soluciones cristaloides salinas y/o coloides y componentes sanguíneos de ser necesarios, hasta mantener una presión venosa central entre 8 y 10 cms de agua. Una elevación de 5 cms. de agua en la PVC sugiere riesgo para desarrollar edema agudo pulmonar.

No se recomienda el uso de diuréticos hasta corroborar que el volumen intravascular se ha corregido.

Las dosis de dopamina en infusión a dosis de menos de 3 microgramos/Kg de peso por minuto son útiles por 72 hrs y en pacientes con volumen intravascular corregido, sin embargo una vez que evoluciona a necrosis tubular su utilidad es cuestionable.

Evitar medicamentos nefrotóxicos como amino-glucósidos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antiinflamatorios no esteroideos, medios de contraste etc.

Ajustar las dosis de medicamentos de acuerdo al nivel de depuración de creatinina

Si se confirma necrosis tubular aguda, realizar las mismas medidas iniciales mencionadas antes, sin embargo, la utilidad de diuréticos y de diuréticos osmóticos como el manitol han demostrado efectividad solo en las fases iniciales de la insuficiencia renal aguda con daño intrínseco, cuando la paciente tiene riesgo de sobrecarga de volumen, acidosis metabólica ó hiperkalemia y que todavía mantiene una función tubular residual que se manifiesta con oliguria.

La utilidad de los diuréticos puede ser: Convertir una insuficiencia renal aguda oligúrica en no oligúrica, y esta puede facilitar el manejo de líquidos, la hiperkalemia y la acidosis metabólica sin embargo no mejora el pronóstico final. La furosemida puede utilizarse a dosis de 80 mg hasta 400 mg en infusión ó en bolos

◆ 6.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP

El síndrome HELLP es considerado como una de las principales complicaciones de la hipertensión arterial en el embarazo.

Como ya se había especificado anteriormente HELLP significa:

H: hemolisis

EL = enzimas hepáticas elevadas

LP= disminución del número de plaquetas circulantes.

Cuando una mujer embarazada en estado de pre-eclampsia presenta alteraciones clínicas o de laboratorio compatibles con hemolisis, se puede considerar la posibilidad de síndrome de HELLP. Cuando el cuadro materno es estable es posible seguir el embarazo con la utilización de corticoides en la inducción de la maduración del pulmón fetal, con reducción de las complicaciones maternas y neonatales, dado que en el síndrome HELLP la interrupción del embarazo es el único tratamiento capaz de disminuir el síndrome.

Las intervenciones de enfermería serán prácticamente las mismas que se le otorgan a la paciente que cursa con preeclampsia en cualquiera de sus clasificaciones, sin embargo, se focalizará en 3 fases importantes para el desenlace oportuno de esta patología

◆ 6.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PRIMERA FASE DE TRATAMIENTO

La primera fase es la interrupción inmediata de la gestación, auxiliada por cuidados intensivos; está indicada en las siguientes situaciones:

- ◆ Presencia de eclampsia asociada
- ◆ Evidencia de sufrimiento fetal agudo
- ◆ Evidencia de coagulopatía materna
- ◆ HELLP Clase I
- ◆ Otras complicaciones asociadas a la pre-eclampsia como hipertensión refractaria, insuficiencia renal, inminencia de eclampsia y en gestación de más de 34 semanas de gestación.

El tiempo correcto para la interrupción de un concepto viable depende de una serie de factores de la madre, del feto y del tipo y condiciones de la asistencia obstétrica, clínica y neonatal ofrecida. La interrupción de la gestación en el Síndrome HELLP

no es una indicación absoluta de cesárea aunque en la mayoría de los casos (64 a 87 %) esta sea la vía elegida para la interrupción de la gestación. En presencia de hematoma hepático se impone la realización del parto por vía alta debido al riesgo de ruptura y hemorragia intraperitoneal.

En las gestaciones con prematuridad extrema (edad gestacional por debajo de 24 semanas) la inducción del parto y la vía escogida será la que el cuadro materno permita. Cualquier conducta que no sea la intervención inmediata debe ser orientada según la viabilidad fetal y edad gestacional.

◆ 6.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO

La segunda fase o posibilidad de actuación sería una conducta semi-intervencionista que tenga como objetivo tomar medidas que puedan tener un impacto en la supervivencia y disminución de la morbilidad neonatal visto que 80% de los casos ocurren en gestaciones pre-término; esta conducta se basa en el uso de corticoides administrados a la madre con el objetivo de acelerar la maduración pulmonar fetal, reducir la incidencia de hemorragia intraventricular neonatal y de mejorar la adaptación hemodinámica del recién nacido pre-término; la administración profiláctica de corticoides está indicada entre 24 y 34 semanas de gestación; esta conducta se basa en los estudios relacionados con la administración de corticoides a altas dosis y mejora del cuadro del paciente. Durante esta fase, la paciente deberá estar en reposo relativo y la enfermera y la enfermera deberá llevar un control estricto de la ingesta y eliminación de líquidos de esta paciente así como el registro total de sus constantes vitales y su estado de consciencia.

◆ 6.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA TERCERA FASE DE TRATAMIENTO

La tercera fase es considerada conservadora en el Síndrome HELLP es controvertida y restringida a un grupo muy selectivo de pacientes con gestación pre-

término, mantenidas bajo condiciones de monitorización materno-fetal ideales y en centros terciarios. Datos preliminares de un estudio multicéntrico europeo mostraron una incidencia significativamente mayor de complicaciones maternas graves (edema pulmonar, insuficiencia renal y alteraciones hemorrágicas) en pacientes sometidas a conducta expectante en comparación con el tratamiento semi-conservador y /o inmediato.

◆ 6.6 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

Como ya se había planteado anteriormente, la hemorragia obstétrica se define como la pérdida de volumen sanguíneo que causa cambios hemodinámicos a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen total sanguíneo), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea.

La cuales se van a dividir en:

Hemorragias Obstétricas del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo y

Hemorragias puerperales o postparto las cuales se subdividen en:

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

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

◆ 6.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

valoración inicial

La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria. Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea.

Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo siempre evidentes como en hemoperitoneo o hematomas. Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico se deberá hacer como primera instancia en cuanto a competencia de enfermería:

- ◆ Un control regular de presión arterial y pulso.
- ◆ Valorar signos de gravedad: confusión, obnubilación, hipotensión.
- ◆ Evaluación inmediata de volumen in-trabecular y el estado hemodinámico
- ◆ Reevaluación constante de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.
- ◆ La hemoglobina y el hematocrito son pobres indicadores para la evaluación precoz del grado de pérdida hemática.
- ◆ Un súbito aumento del pulso o cambios posturales de la presión arterial son frecuentemente los únicos signos de sangrado interno.
- ◆ La hipotensión postural (descenso en >10 mm Hg en el paso del decúbito a la bipedestación) indica pérdida hemática moderada (10-20% del volumen circulatorio).
- ◆ La hipotensión en decúbito denota pérdida grave ($>20\%$). Según la gravedad se deberá instaurar varias medidas a realizar:
 - ◆ 1. Una o dos vías venosas de gran calibre para la instauración de sueroterapia para la pérdida de volemia (1 ml de sangre precisa la sustitución de 3 ml de cristaloides).
 - ◆ 2. Hemograma completo.
 - ◆ 3. Pruebas de coagulación.
 - ◆ 4. Grupo y RH.
 - ◆ 5. Pruebas cruzadas reservando 4 concentrados de hematíes.

◆ 6.8 DETECCIÓN DEL ORIGEN DEL SANGRADO

Para filiar el origen del sangrado hay que tener en cuenta que:

- ◆ Es necesario explorar los genitales externos para descartar un sangrado vulvar.
- ◆ Los sangrados cervicales tienen diversos orígenes:
 - Ectopia propia del embarazo
 - Cervicitis
 - Intracavitario: amenaza de aborto o aborto en curso.
- ◆ El diagnóstico diferencial se establece mediante el tacto vaginal.
- ◆ Si el cuello es permeable es un aborto en curso.
En caso de que la causa del sangrado sea un aborto en curso, el tratamiento será la evacuación uterina, que puede realizarse de diversas maneras:

Tratamiento Expectante: el resultado del tratamiento expectante es variable dependiendo de las características del aborto, siendo muy alta la eficacia en los casos en los que los restos son <50 mm o en abortos incompletos (eficacia del 94%). Este manejo ha supuesto una reducción en la infección pélvica clínica (respecto al manejo quirúrgico) y sin efectos en la fertilidad.

Tratamiento Médico: las tasas de eficacia varían del 13 al 96% dependiendo del tamaño del saco y del tipo de aborto. Las mayores tasas de éxito se asociaron a abortos incompletos, a la administración de altas dosis de misoprostol (1.200-1.400 µg) y a la administración por vía vaginal. En abortos diferidos los regímenes efectivos incluyen una mayor dosis de prostaglandinas con una duración mayor. Se ha identificado una reducción del riesgo de infección pélvica respecto del empleo del legrado.

Legrado: se debe proceder a la evacuación quirúrgica en condiciones de sangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

La evacuación uterina debe realizarse mediante legrado por aspiración ya que aporta una pérdida hemática menor, menos dolor, y una duración de la intervención más corta que el legrado mediante curetaje.

Si se sospecha infección se recomienda el retraso de la intervención durante 12 horas para permitir la administración de una pauta antibiótica.

La administración de prostaglandinas antes del aborto quirúrgico está bien establecida, con disminución significativa de la fuerza de dilatación, sangrado y trauma cervical/uterino. Si hay una retención duradera el aborto puede complicarse con una coagulopatía o una infección.

En caso de que la causa del sangrado sea una amenaza de aborto El tratamiento es el siguiente:

Expectante: Se recomienda reposo, según el cuadro clínico con o sin ingreso hospitalario. Se comprobará evolución clínica y viabilidad mediante ecografía los que no progresen a aborto. Las gestaciones con aborto diferido han de evacuarse mediante cualquiera de las pautas anteriores.

◆ 6.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

La gestante que presenta un sangrado en la segunda mitad de la gestación puede deteriorarse rápidamente. El objetivo del tratamiento debe de ser recuperar o prevenir este deterioro. Una vez la paciente se encuentre estable se instaurarán medidas más específicas:

Se trasladará a la paciente a un centro donde pueda llevarse a cabo, si fuera necesario, una transfusión sanguínea, una cesárea de urgencia, asistencia neonatal (de manera ideal a un centro que disponga de UCI neonatal) o una laparotomía.

Es preciso preguntar por la edad gestacional y, si se dispone de exploraciones ecográficas previas, verificar la localización de la placenta y analizar los posibles desencadenantes del sangrado como traumatismos, coito o inicio espontáneo.

Antecedente o no de episodios previos de sangrado (más característico de la placenta previa).

Presencia de dolor y sus características:

Inicio: paulatino-progresivo (contracciones), súbito (hipertonía).

Evolución: intermitente (dinámica), mantenido (hipertonía).

Rotura de membranas asociada o ausente.

Después de realizar la historia clínica obstétrica completa, al personal de enfermería le competen las siguientes actividades:

- ◆ Control de constantes, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria.
- ◆ Valoración de signos clínicos de shock: estado confuso, extremidades frías, hipoperfusión distal, piloerección.
- ◆ Evaluación del fondo uterino. Verificar correspondencia con edad gestacional, tono uterino, presentación fetal.
- ◆ Exploración de los tonos cardiacos fetales
- ◆ Exploración vaginal. Sólo puede realizarse cuando se haya descartado una placenta previa. Por eso la exploración general suele ser de la vulva, y debe ir dirigida a evaluar la cantidad y color del sangrado.
- ◆ Confirmar si el sangrado ha cedido o prosigue. Cuando se ha descartado la placenta previa deberá hacerse un tacto vaginal para

comprobar si hay modificaciones cervicales. Hay que tener en cuenta si la hemorragia tiene lugar en el momento del parto o el intraparto.

- ◆ Si es en el momento de parto hay que contemplar tres entidades nosológicas: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa y la posibilidad de una rotura uterina si la hemorragia ocurre dentro del parto.
- ◆ Ante sangrado severo o persistente se debe valorar la reposición de productos sanguíneos. Se debe mantener el hematocrito en 30% mediante concentrados de hematíes (cada unidad de 300 ml aumenta el hematocrito en 3 ó 4 puntos en ausencia de sangrado).
- ◆ Bajo indicación médica Administrar 6 unidades de plaquetas si se encuentra marcada trombocitopenia (<20.000) o moderada trombocitopenia (50.000) en presencia de sangrado.– Plasma fresco congelado en presencia de fibrinógeno <150 mg/dl.– Cada 5 unidades de sangre administradas deben ser monitorizados los valores de coagulación y si el PT o el PTT se encuentran incrementados en 1,5 se deben administrar dos unidades de plasma fresco congelado.
- ◆ Si el cuadro de sangrado es leve-moderado, o auto limitado se debe retomar la anamnesis.

◆ 7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA.

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera es la separación de la placenta, no inserta en el orificio cervicouterino, de su inserción decidual entre la semana 20 del embarazo y el periodo de alumbramiento.

En gestaciones simples se presenta en 1/150-200 partos, aumentando en multíparas, embarazos múltiples y gestantes de >35 años.

Las intervenciones de enfermería constantes, son las siguientes:

- ◆ Control de constantes vitales
- ◆ Control hematológico
- ◆ Control de la diuresis
- ◆ Venoclisis con 2 vías permeables
- ◆ Evaluación del estado fetal y placentario mediante registro cardiotocográfico continuo y ecografía
- ◆ Evaluación de condiciones obstétricas
- ◆ Reposo absoluto
- ◆ Control de la metrorragia
- ◆ Sueroterapia de mantenimiento
- ◆ Administración de corticoides para maduración pulmonar

Elección de la vía de parto:

Los mejores resultados perinatales se han descrito en los partos atendidos por vías abdominales por lo que se puede ser liberal en el uso de la cesárea

Se permitirá el parto vaginal si se presenta:

- ◆ Buen estado general materno
- ◆ Cardiotocografía fetal normal
- ◆ Contracciones uterinas no tetánicas. Ausencia de hipertensión.
- ◆ Ausencia de hemorragia vaginal excesiva
- ◆ Ausencia de grandes alteraciones en la coagulación
- ◆ Buen pronóstico del parto
- ◆ Feto muerto

Técnicas durante el parto vaginal:

Amniotomía: se ha defendido su realización lo más temprana posible en fetos maduros, pero si el feto es pequeño la bolsa puede ser más eficiente que la presentación para la dilatación cervical.

Oxitocina: se puede usar en dosis habituales si no existen contracciones uterinas rítmicas.

Tiempo de parto: generalmente se limita a 5-6 horas, pero no se ha demostrado que sea una medida más importante que el tratamiento de la hipovolemia. Cuando el feto está muerto o es previsible no se debe establecer un tiempo determinado.

Sedación-analgésia: dependerá del estado clínico y analítico de la paciente.

Se recomienda prevención de la atonía uterina mediante administración de oxitócicos o ergóticos.

Administración precoz de Ig anti-D aun desconociendo el grupo sanguíneo fetal. Ante un feto muerto la elección de la vía de parto es la vaginal, ya que la superficie de desprendimiento suele ser >50% y por tanto el 30% de las pacientes padecerán alteraciones de coagulación y complicaciones hemorrágicas en la cesárea. Además la formación de hematomas es menor y la contractilidad uterina mejor durante el parto vaginal.

Se evitará hacer episiotomía o traumatismos importantes durante el parto.

Se realizará cesárea ante hipovolemia, alteración grave de la coagulación, insuficiencia renal aguda o fracaso de la prueba de parto.

Del mismo modo, ante una presentación anómala se evitará la maniobra de versión y se procederá directamente a la cesárea

◆ 7.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PLACENTA PREVIA

Antes de establecer las intervenciones generales de enfermería ante esta complicación obstétrica se debe tener en cuenta que, el parto vaginal se encuentra contraindicado en la placenta previa oclusiva y en algunos casos de placenta marginal posterior porque obstaculiza el descenso de la presentación. En placentas bajas se puede permitir el parto vaginal, siempre disponiendo de medios en caso de necesidad para hacer una cesárea de emergencia, ya que la presentación puede hacer hemostasia sobre la placenta sangrante. La amniorrexis facilita el descenso de la presentación. En algunos estudios se ha establecido el límite de 2 cm de proximidad de la placenta al orificio cervical interno, a partir de cuando la mayoría de las pacientes requerirán una cesárea, dependiendo también del grosor del borde placentario.

Las intervenciones de enfermería serán las siguientes:

- ◆ Estabilización hemodinámica
- ◆ Control y registro de las constantes vitales
- ◆ Control de bienestar fetal
- ◆ Bajo indicación médica iniciar la maduración pulmonar en fetos de menos de 34 semanas
- ◆ Indicar reposo absoluto

- ◆ Evitar los tactos vaginales
- ◆ Mantener el hematocrito materno >30% y la hemoglobina >10 g/l
- ◆ El empleo de tocolíticos se ha demostrado útil en algunos casos prolongando la gestación y alcanzando mayores pesos neonatales sin influir en la frecuencia ni intensidad del sangrado.
- ◆ Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno o fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional

◆ 7.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RUPTURA UTERINA

Para reconocer los datos de una ruptura uterina y poder actuar de forma oportuna es necesario saber lo siguiente:

El sangrado es variable siendo más frecuente sobre un útero cicatricial:

Útero cicatricial: Se manifiesta por sufrimiento fetal y pérdida de la presión intracavitaria.

Útero no cicatricial:

Amenaza de rotura uterina: hiperdinamia, hipertoniá, relajación entre contracciones deficiente. Registro cardiotocográfico sugestivo de hipoxia fetal, dolor abdominal intenso y signos de irritación peritoneal.

Rotura uterina: dolor muy intenso, en “puñalada” tras el cual cesa la dinámica. El estado materno está más afectado de lo que indica la pérdida hemática. Signos de sufrimiento fetal hasta en el 70% de los casos. Se palpan partes fetales a través de la pared abdominal.

◆ 7.3 MEDIDAS PREVENTIVAS DE RUPTURA UTERINA

Entre las medidas más recomendables para intentar prevenir la rotura uterina están:

- ◆ Controlar adecuadamente el empleo de la oxitocina, principalmente en grandes múltiparas, inducciones difíciles, sospechas de desproporción pélvico-fetal, partos prolongados y fetos muertos.
- ◆ Seleccionar debidamente los casos de cesárea anterior a la hora de permitir el parto por vía vaginal
- ◆ Evitar el uso de misoprostol
- ◆ Evitar partos y maniobras traumáticas.

Intervenciones de enfermería ante amenaza de rotura:

- ◆ Bajo indicación médica frenar inmediatamente la dinámica uterina con tocolíticos o bien preparar a la paciente para terminar el parto mediante cesárea.

◆ 7.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE RUPTURA UTERINA:

- ◆ Preparar a la paciente para laparotomía inmediata y extracción fetal. La rapidez en iniciar el tratamiento quirúrgico se relaciona con la disminución de la mortalidad materna. Hasta un 13% de las histerectomías que se realizan de urgencia por hemorragias en el postparto se deben a roturas uterinas.
- ◆ Preparar a la paciente para reparación quirúrgica. Aunque la histerectomía se ha considerado como el proceder de elección, la reparación quirúrgica ha ganado adeptos en los últimos años y hay publicaciones que señalan hasta un 90% de éxitos simplemente con la histerorrafía. Se aconseja esta conducta si se trata de una paciente con deseos de conservar la fecundidad o si no se conocen sus deseos. Si la rotura no es muy extensa, tiene un trayecto limpio, se delimita con precisión y no están afectados los vasos uterinos, se puede intentar su reparación mediante histerorrafia. Si la lesión es grave, irregular, anfractuosa, con extensión a vasos uterinos o bien hacia el cuello o hacia el ligamento ancho, se debe proceder a la realización de una histerectomía. En casos graves, con la paciente hipotensa e inestable, la histerectomía subtotal puede ser más rápida y fácil de realizar.
- ◆ En cualquier caso, hay que procurar mantener el estado general materno con líquidos, electrolitos y transfusiones sanguíneas.

◆ 7.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIAS POST-PARTO

Ante una hemorragia post-parto (HPP) es crucial una actuación inmediata y secuencial. Se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad. El obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es

exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinar (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

◆ 7.6 MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

Cuando se encuentra la posibilidad del desarrollo de una HPP, de primera instancia, la enfermera debe llevar a cabo el plan de prevención de la HPP de la siguiente manera:

- ◆ Conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores. Es por ello que debemos actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa.
- ◆ Bajo indicación médica, administración de un uterotónico, siendo de elección la oxitocina.
- ◆ Asistencia al médico y/o enfermera obstetra en el clampaje y sección precoz del cordón umbilical, con tracción suave y mantenida del mismo.
- ◆ Masaje uterino tras alumbramiento.

◆ 7.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN EVOLUCIÓN

De ser una HPP en evolución, la conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con Solución fisiológica o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En tales circunstancias, si se administran 5 ó más concentrados de hematíes, debe añadirse

plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento.

Durante este tiempo, la conducta de la enfermera deberá ser la siguiente:

- ◆ Llevar un control de las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O₂) las cuales, han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos.
- ◆ Considerará detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina ≥ 8 gr/dl (hematocrito $\geq 21\%$), recuento plaquetario ≥ 50.000 , o tiempos de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control.
- ◆ En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla.
- ◆ Simultáneamente ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis. Se considera adecuado un volumen diurético ≥ 30 ml/hora.
- ◆ Simultáneamente a la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo.

Es de suma utilidad conocer si se trata de una hemorragia de la tercera fase o una HPP verdadera. Las hemorragias postparto de la tercera fase (previas al alumbramiento de la placenta) son poco frecuentes.

En este caso, debe procederse a su extracción con una tracción suave y mantenida del cordón. Si la placenta no emerge en los 30 minutos después del parto, debe sospecharse una placenta retenida o una inserción anormal de la misma. En el primer caso se procede a una exploración manual del útero.

La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue el cordón umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta para proceder a su separación mediante un movimiento de sierra. Cuando se ha desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se realiza un masaje con un movimiento rotacional. Si esto no fuese suficiente y aún permaneciesen restos intracavitarios, debería realizarse un legrado. Debido al alto riesgo de perforación del útero puerperal grande y blando, deben usarse legras de gran tamaño (legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico. Después del alumbramiento de la placenta, ésta debe inspeccionarse cuidadosamente para comprobar su integridad. En casos de placentación anormal (acretismo placentario) puede resultar imposible extraer toda la placenta sin dañar el útero (provocando, por ej., una inversión uterina). En tales circunstancias, si el sangrado es controlable farmacológicamente, es preferible dejar parte de la placenta en la cavidad. En gran cantidad de ocasiones, y en función del grado de acretismo, hay que recurrir a histerectomía. Si ocurriese una inversión uterina, el primer paso sería detener la infusión de fármacos uterotónicos. Si el reemplazamiento manual es insatisfactorio, hay que recurrir a la administración de sustancias que relajen el útero y reintentarlo, siendo de elección la nitroglicerina (50-500 µg iv). Otras opciones son la terbutalina (0,25 mg iv) o el sulfato de Mg (4-6 g a administrar en 15-20 minutos). Si estas medidas fracasan, el siguiente paso es la recolocación quirúrgica mediante laparotomía, siendo el procedimiento más empleado la técnica de Huntington. La colaboración con el anestesista es esencial para conseguir la total relajación del útero, siendo preferible la anestesia general con gases como halotano o enflurano, que a su vez son buenos úterorelajantes. Tras la resolución, se administra un agente úterotónico (oxitocina) para inducir la contracción miometrial y prevenir la reinversión y antibioterapia (cefalosporina en dosis única) para profilaxis de endometritis. Si la inversión uterina ocurriese aún con la placenta en el interior del útero, es preferible dejarla y esperar a su alumbramiento espontáneo tras la recolocación del útero ya que así no interfiere en las maniobras de restauración y extraerla antes sólo incrementa la pérdida hemática.

Se reconoce HPP verdadera cuando el alumbramiento de la placenta ya ha tenido lugar. En estas circunstancias, la causa más habitual es la atonía uterina. Para corregirla, el primer paso es realizar un masaje manual del útero con evacuación de los coágulos del segmento uterino inferior. Simultáneamente se administran de forma secuencial fármacos uterotónicos iv como lo son:

Oxitocina (Syntocinon): 10 U im ó 10-40 U/l en dilución. Es la terapéutica de primera elección en la actualidad. Es conveniente mantener la perfusión durante las siguientes 4-6 horas para mantener la eficacia.

Metilergonovina (Methergin): 0,25 mg im ó 0,125 mg iv cada 5 minutos (máx. 5 dosis). Contraindicado en HTA (y por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente.

PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250 µg im cada 15 minutos (máx. 8 dosis). Contraindicado en asma, en-fermedad hepática o cardíaca.

PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-600 µg vo o vía rectal. (Dosis habitual: 4 comprimidos de 200 µg vía rectal, consiguiendo una mayor velocidad de absorción). Ventaja: puede administrarse en pacientes con asma o HTA. Pueden aparecer efectos secundarios dosis-dependiente como temblor, fiebre. Las prostaglandinas por sí solas no están autorizadas para prevenir la HPP por sus importantes efectos secundarios pero sí pueden usarse como coadyuvantes de la oxitocina.

Si tras la aplicación de masaje junto con la administración de uterotónicos la HPP no cede y hemos descartado/ tratado otras causas distintas de la atonía (retención placentaria, desgarros del canal genital, inversión uterina, rotura uterina), habrá que recurrir a maniobras terapéuticas más agresivas. La primera de estas medidas es:

El taponamiento uterino. Existen balones específicamente diseñados para este propósito como es el balón de Bakri, pero si no está disponible puede usarse una sonda con balón de Sengstaken-Blakemore. Ambos modelos se basan en un mecanismo de actuación por compresión (se rellenan con aprox. 500 ml de suero salino) una vez han sido introducidos correctamente a través del canal cervical. Así

mismo disponen de orificios para el drenaje sanguíneo. Actualmente es un procedimiento poco usado y más como “puente” a la espera de una cirugía resolutive que como método definitivo para detener la HPP. No obstante, en ocasiones puede suponer por sí solo una medida eficaz en el control de la HPP, evitando recurrir a técnicas quirúrgicas. En cualquier caso, deben retirarse tras 24 horas. El siguiente paso es la embolización arterial selectiva mediante cateterización por radiología intervencionista. El cateterismo se realiza de forma retrógrada hasta llegar a la bifurcación aórtica. El objetivo de esta técnica es disminuir de forma transitoria y no permanente el flujo sanguíneo de modo que los mecanismos fisiológicos de coagulación actúen por sí solos. El inconveniente de este procedimiento es su escasa disponibilidad. Su ventaja: realizada por un equipo especialista presenta una eficacia del 70-100% con el añadido de preservar la fertilidad. De este modo, la ligadura arterial pasa a ser una de las maniobras más utilizadas ya que es fácil y rápida de realizar y por supuesto es accesible cualquiera que sea el centro donde se practique. La ligadura uterina bilateral ha pasado a ser la técnica de primera elección, desplazando a un segundo plano la ligadura de las arterias ilíacas internas (arterias hipogástricas), debido a su mejor accesibilidad y a su localización no tan próximas a uréteres o venas ilíacas, lo que le confiere un mayor porcentaje de éxito al disminuir complicaciones iatrogénicas. La principal causa de fracaso son las inserciones placentarias anómalas; aun así, la eficacia es superior al 90%. No se han descrito complicaciones como necrosis uterina o insuficiencia placentaria en embarazos posteriores

La histerectomía es el último recurso ante una HPP. Gracias a las técnicas anteriormente descritas, actualmente no es tan frecuente tener que recurrir a ella, salvo fracaso de las medidas anteriores, roturas uterinas irreparables o acretismo placentario, siendo esta última la indicación más frecuente de histerectomía hoy en día después de la atonía. La técnica de elección es la histerectomía total con conservación de anexos. Al hacerla de forma total hay que tener cuidado para no acortar excesivamente la vagina; esto se consigue palpando el cérvix vía vaginal o amputando el fondo uterino y explorando la unión cervico-vaginal a través del cuello dilatado. Si a pesar de controlar la hemorragia tras la histerectomía postparto tiene

lugar una coagulopatía de consumo (CID), lo correcto es colocar un taponamiento pélvico durante 24 horas y puede considerarse la administración de factor VII recombinante (90 µg/kg en bolo i.v.). El inconveniente de su uso radica en su disponibilidad debido a su elevado costo.

◆ 7.8 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE UN PARO CARDIORESPIRATORIO DE LA GESTANTE

La gestante puede sufrir una parada cardiorrespiratoria por las mismas causas que cualquier mujer en el mismo grupo de edad, a las que se añadirían otras causas relacionadas con el embarazo, de esta manera, éstas posibles causas se clasificarán de la siguiente manera :

- ◆ Según su relación con el embarazo: las cuales, se subdividen como:

Directas: por complicaciones del embarazo.

Indirectas: por descompensación de enfermedades preexistentes.

Fortuitas (no relacionadas con el embarazo)

- ◆ Según el mecanismo fisiopatológico:

De etiología hipóxica, como en las crisis convulsivas en la eclampsia o como la complicación con una anestesia total espinal.

De etiología hipovolémica: hemorragia de causa obstétrica (desprendimiento de la placenta, atonía uterina, placenta previa) y hemorragias por otras causas.

De origen tromboembólico: tromboembolia pulmonar, embolia de líquido amniótico, embolia aérea, etc.

Por tóxicos: sulfato de magnesio, anestésicos locales, hipotensores.

De origen traumático.

Otros, como el neumotórax a tensión, el taponamiento cardíaco, el infarto agudo de miocardio, las cardiopatías o la muerte súbita.

La PCR se caracteriza por la interrupción súbita del latido cardíaco, de la circulación sanguínea y por lo tanto, de la irrigación cerebral con la consiguiente pérdida brusca del conocimiento y de la respiración.

Por lo tanto, el reconocimiento o diagnóstico de una PCR se realizará ante la detección de los siguientes signos clínicos:

Pérdida de consciencia del paciente.

Apnea o respiración agónica.

◆ 7.9 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA GESTANTE

La finalidad de las maniobras de reanimación es recuperar la circulación espontánea y, en gestantes de más de 24 semanas, aumentar las probabilidades de supervivencia fetal con las mínimas secuelas neurológicas. Desde hace tiempo, las guías de reanimación del European Resuscitation Council se basan en la denominada “cadena de supervivencia”, que consiste en una serie de acciones que, realizadas de forma ordenada y secuencial, determinan una mayor supervivencia ante una PCR y un mejor pronóstico neurológico

La cadena de supervivencia consiste en:

Reconocimiento precoz y aviso al sistema de emergencias..

Inicio de las maniobras de reanimación básicas de forma precoz.

Desfibrilación precoz.

Cuidados post-parada cardiorrespiratoria.

Estas maniobras serán divididas como: Soporte vital básico y Soporte vital avanzado, en las cuales, la enfermera tendrá acciones específicas que se describirán a continuación:

◆ 8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL SOPORTE VITAL BÁSICO

Las maniobras de reanimación en la paciente gestante se efectúan del mismo modo que en el resto de pacientes, usando los mismos fármacos y los mismos regímenes de desfibrilación, pero teniendo en cuenta ciertas particularidades que más adelante se comentarán detenidamente.

La piedra angular de las maniobras básicas de reanimación es la correcta realización de las compresiones torácicas. Está demostrado que, aunque sean realizadas por personal entrenado, éstas se efectúan de forma inadecuada, con una frecuencia inferior a la recomendada y con una profundidad menor.

Las compresiones deben realizarse con una frecuencia de, aproximadamente, 100 -120 por minuto (nunca superior a 120 por minuto) y consiguiendo una profundidad de 5 – 6 cm o de, aproximadamente, un tercio del diámetro anteroposterior torácico, permitiendo el retroceso del tórax y, sobre todo, minimizando las interrupciones. Si se realizan también ventilaciones, éstas deben durar aproximadamente un segundo cada una y se debe administrar el suficiente volumen para que el tórax suba. El ratio compresiones/ventilaciones es de 30:2, intentando no interrumpir las compresiones torácicas más de 10 segundos durante las ventilaciones.

Cuando se disponga de desfibrilador externo automático (DEA), se conectará y se seguirán las instrucciones que indique el mismo

Particularidades en la paciente gestante:

El síndrome de compresión aorto-cava se produce cuando la gestante se encuentra en decúbito supino y es secundario a la compresión de los grandes vasos, aorta y vena cava inferior, a nivel intraabdominal por el útero gestante, que desencadena una situación de bajo gasto (reducción del volumen sistólico y del gasto cardíaco) por reducción o ausencia del retorno venoso.

La clínica que se presenta consiste en la tríada de bradicardia, hipotensión y síncope en decúbito supino, que puede prevenirse y/o resolverse fácilmente con la colocación de la gestante en decúbito lateral izquierdo o con el desplazamiento manual lateral uterino. En un estudio mediante resonancia magnética en gestaciones de más de 20 semanas, se ha observado que el decúbito lateral mejora la hemodinámica materna, con un incremento del 27% del volumen sistólico. A partir de las 32 semanas, aumenta hasta un 35 % del volumen sistólico y un 24 % de gasto cardíaco, en comparación con el decúbito supino.

El síndrome de compresión aorto -cava puede producirse a partir de las 20 semanas de gestación o antes en determinados casos como, por ejemplo, en embarazos múltiples. El decúbito lateral se ha usado tradicionalmente para prevenir la compresión, pero durante las maniobras de reanimación ha sido muy cuestionado por diversos motivos. En primer lugar, no hay datos que confirmen que las compresiones torácicas sean efectivas en esta posición y, en segundo lugar, la calidad de las maniobras de reanimación disminuyen progresivamente según el grado de inclinación.

Las nuevas guías de reanimación enfatizan la importancia de las compresiones como piedra angular en la reanimación, por lo que cualquier acción que pueda afectar a la calidad de éstas repercutirá de forma negativa en la supervivencia y en el pronóstico neurológico, tanto del feto como de la madre. Por este motivo es más recomendable la realización del desplazamiento lateral manual uterino, que permite la descompresión aorto-cava manteniendo la

posición en decúbito supino y, por lo tanto, permitiendo realizar las maniobras de compresión torácica de forma correcta.

Cabe destacar que, en el caso de hallarnos solos con una paciente gestante en parada cardiorespiratoria, hay que iniciar rápidamente las compresiones torácicas sin contar con la ayuda de otro reanimador que realice el desplazamiento lateral manual uterino. En este caso, y ante la falta de recursos humanos, es permitido inclinar hacia la izquierda a la paciente mediante una cuña o cualquier elemento que nos ayude a mantener el decúbito lateral hasta que llegue la ayuda (almohada, cojín, muslos del reanimador arrodillado, etc.).

◆ 8.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL SOPORTE VITAL AVANZADO

El Soporte Vital Avanzado es aquél realizado por personal entrenado. La principal diferencia con el Soporte Vital Básico es que los algoritmos de actuación se dividen según los diferentes ritmos del paro: ritmos desfibrilables como la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y los ritmos no desfibrilables que incluyen la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso (AESP).

En estos algoritmos se incluye el manejo de la vía aérea, el uso de fármacos, la desfibrilación manual y el diagnóstico y tratamiento de las potenciales causas reversibles de la PCR

Ritmos desfibrilables:

La fibrilación ventricular (FV) es el ritmo inicial más frecuente en una PCR, especialmente en las víctimas de una muerte súbita cardíaca. La taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) puede precederla, pero habitualmente se deteriora rápidamente transformándose en fibrilación ventricular. Las dos situaciones

se tratan de manera idéntica y, si son tratados de manera correcta y precoz, los pacientes pueden sobrevivir y ser dados de alta del hospital. El tratamiento, tanto de la FV como de la TVSP, es la desfibrilación, que debe ser realizada tan pronto como sea posible. Las posibilidades de supervivencia disminuyen aproximadamente en un 7-10 % cada minuto, incluso con un soporte vital básico efectivo. El retraso de la desfibrilación es el factor más importante de éxito o fracaso. La energía recomendada está convencionalmente establecida; si el desfibrilador es monofásico es de 360 J mientras que si es bifásico la secuencia es 150 J vs 200 J. La desfibrilación es el único momento en el que se pueden interrumpir las maniobras de RCP.

Se realiza un bucle de 2 minutos (5 secuencias 30 compresiones y 2 ventilaciones), tras el cual, se comprueba el ritmo cardíaco y se realiza una desfibrilación en caso de estar indicado. Inmediatamente después, se continúa con otro bucle de maniobras de reanimación durante 2 minutos más, y así de forma sucesiva. A partir del tercer bucle, se inicia la administración de fármacos: 1 mg de adrenalina, que se repite cada 3-5 min, y amiodarona 300mg (y otro bolus de 150mg a los 3-5min), principalmente.

Los ritmos no desfibrilables:

son la asistolia y la actividad eléctrica sin pulso (AESP). Se diferencian entre ellos en que en la asistolia el corazón no tiene actividad eléctrica alguna, mientras que en la AESP existe actividad, pero ésta no es eficaz. En ambos casos, se realizan maniobras de reanimación siguiendo la misma secuencia de 2 minutos de duración y comprobándose el ritmo, tal y como se indica en el algoritmo. En este caso, la administración de fármacos (adrenalina 1mg) se inicia en cuanto se disponga de una vía venosa.

En todas las PCR, tanto por ritmos desfibrilables como por ritmos no desfibrilables, la enfermera debe realizar las siguientes intervenciones:

- ◆ Instaurar correctamente las maniobras de RCP
- ◆ Canalización de un acceso venoso,

- ◆ Manejo de la vía aérea (precoz, en el caso de una paciente gestante)
- ◆ Bajo indicación médica administración de 1 mg de adrenalina, que se repetirá cada 3-5 minutos, es decir, cada 2 ciclos.

En todos los casos, deben descartarse las causas reversibles, teniendo en cuenta que son las causas más frecuentes de los ritmos no desfibrilables. Se deben descartar las causas tratables y potencialmente reversibles de parada cardíaca, que son las denominadas 4H y 4T:

hipoxia, trastornos hidroelectrolíticos, hipotermia, hipovolemia, taponamiento cardíaco, tromboembolia pulmonar, tóxicos y neumotórax a tensión. Aunque ya se ha puntualizado que la paciente gestante puede presentar una parada cardíaca por las mismas causas que cualquier mujer de su edad. Las causas de paro cardíaco específicas de la embarazada incluyen:

Hemorragia: en los países desarrollados constituye el 25% de los casos de muerte materna. Son causas de hemorragia preparto (4% de embarazos): el embarazo ectópico, el aborto incompleto, la placenta previa, el desprendimiento precoz de placenta y la rotura uterina. La hemorragia postparto (10% de partos) La fisiología materna se prepara para hacer frente a la hemorragia, de manera que la gestante puede perder de forma paulatina entre 30-35% (1500mL) de su volemia, y hasta un 20% de forma brusca, sin que presente ningún signo de hipovolemia, pero con una reducción significativa de la perfusión placentaria. Por lo tanto, es importante anticiparnos y reponer las pérdidas de volemia de forma precoz y agresiva, tanto con fluidoterapia como con hemoderivados, si es necesario. Es vital corregir cuanto antes cualquier alteración de la coagulación. En el caso de hemorragia severa preparto será necesario practicar la cesárea urgente para extraer el feto. En las hemorragias postparto, si fallan las medidas conservadoras (fármacos oxitócicos, embolización, etc) puede llegar a ser necesario recurrir a la histerectomía.

Toxicidad por fármacos: debe tenerse en cuenta la sobredosis de sulfato de magnesio en las pacientes con preeclampsia o eclampsia. También puede darse toxicidad por anestésicos locales tras los bloqueos neuroaxiales

.Enfermedad cardiovascular: puede estar presente antes de la gestación, pudiendo descompensarse durante el embarazo. La cardiomiopatía periparto es una rara enfermedad definida por 4 criterios: fallo cardíaco en el último mes de embarazo o en los cinco siguientes al parto, ausencia de otra causa identificable, ausencia de patología cardíaca previa y disfunción sistólica ventricular izquierda demostrada por ecografía

Preeclampsia y eclampsia: los trastornos hipertensivos aparecen en el 3-10% de los embarazos a partir de la semana 20 y hasta las 48h postparto. El manejo de estas pacientes debe incluir: el control de la tensión arterial, la profilaxis de las convulsiones (sulfato de magnesio), el control de la reposición volémica y la consideración de la finalización de la gestación.

Tromboembolismo: la gestante tiene un estado de hipercoagulabilidad debido, tanto al aumento de los niveles de los factores de coagulación, como por la compresión de la vena cava por parte del útero, que favorece la trombosis venosa profunda a nivel pélvico y de extremidades inferiores.

Embolia del líquido amniótico: es una complicación rara, pero muy grave, con una mortalidad >80%. Afecta a 1 de cada 80.000 embarazadas. La entrada de líquido amniótico a la circulación materna a través de los plexos venosos útero-placentarios o del cérvix se manifiesta de forma similar a la anafilaxia, siendo con frecuencia causa de paro cardíaco. No existe tratamiento específico, sino que el manejo es sintomático, de soporte vital y extracción inmediata del feto.

En estas pacientes, por tanto, resulta prioritaria la ventilación e intubación y la administración precoz de oxígeno a altas concentraciones, por lo que el manejo de la vía aérea debe ser realizado idealmente por personal muy entrenado.

En el caso de imposibilidad para la intubación, las guías aconsejan el uso de dispositivos supraglóticos para conseguir ventilar a la paciente, aunque con ellos exista un mayor riesgo de broncoaspiración.

Las pacientes gestantes que presentan recuperación de la circulación espontánea tras una PCR deben ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos y recibir el tratamiento estandarizado en las guías de la European Resuscitation Council para la población general.

◆ 8.2 CUIDADOS POST-REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

El ERC ha colaborado con la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos para elaborar recomendaciones de los cuidados postresucitación, en las que se reconoce la importancia de los mismos como un eslabón vital en la Cadena de Supervivencia, estos cuidados son:

Mayor énfasis en la necesidad de cateterismo coronario urgente e intervención coronaria percutánea tras una PCR extrahospitalaria de probable causa cardíaca.

El manejo con control de la temperatura sigue siendo importante, pero ahora existe la opción de fijar una temperatura objetivo de 36°C en lugar de los 32-34°C recomendados previamente. La prevención de la fiebre continúa siendo muy importante.

Actualmente el pronóstico se lleva a cabo utilizando una estrategia multimodal y se hace énfasis en permitir que pase el tiempo suficiente para la recuperación neurológica y hacer posible la eliminación de los sedantes.

Se ha añadido una nueva sección que aborda la rehabilitación tras sufrir una PCR. Las recomendaciones incluyen una organización sistemática de los cuidados de seguimiento que deberían incluir la valoración de potenciales alteraciones cognitivas y emocionales.

◆ 8.3 PUNTOS CLAVE PARA LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE LA GESTANTE:

- ◆ Tener conocimiento y el equipamiento necesario para la RCP, tanto materna como neonatal.
- ◆ Asegurar la participación precoz de un obstetra, un anestesiólogo y un neonatólogo.
- ◆ Asegurar un entrenamiento regular en emergencias obstétricas del personal de enfermería
- ◆ Hay que recordar que estamos tratando 2 pacientes, la madre y el feto, pero la madre es la prioridad.
- ◆ Ninguna actuación indicada en la RCP, debe rechazarse o retrasarse por riesgo fetal, pues el mayor riesgo para el feto es la muerte materna.
- ◆ La piedra angular de la RCP es la calidad de las compresiones torácicas (frecuencia 100x', desplazamiento de 5cm o 1/3 del diámetro antero-posterior torácico y permitiendo el retroceso del tórax).
- ◆ Particularidades en la RCP de la gestante:- Síndrome de compresión aortocava colocar a la paciente gestante (>20 semanas) en decúbito lateral izq (30°, mediante una cuña) o desplazamiento manual del útero.
- ◆ La gestante presenta edema en vía aérea, hipervascularización de las mucosas, menor tolerancia a la apnea, desaturación precoz, mayor riesgo de regurgitación y de broncoaspiración por lo que se debe recurrir a la intubación precoz y administración de oxígeno a altas concentraciones.
- ◆ Cesárea perimortem considerar la viabilidad fetal (>24 semanas), la posibilidad de mejorar la hemodinámica materna (20-23 semanas) y la rapidez con la que se realice tras el diagnóstico de PCR (extracción fetal en los primeros 5 minutos).

◆ 8.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SEPSIS PUERPERAL

Como ya se había mencionado antes la etiología de la sepsis puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital femenino. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores de riesgo, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, incrementan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de éstos gérmenes, dando lugar a la sepsis puerperal. Aunque se han identificado comúnmente bacterias Gram negativas en las pacientes con sepsis, las especies Gram positivas han emergido como patógeno predominante en la última década, sin embargo, en las pacientes obstétricas con sepsis, muchos estudios han mostrado que las cepas Gram negativas aeróbicas son los principales agentes etiológicos, seguidos por las bacterias Gram positivas y las mixtas o las fúngicas.

La implantación de técnicas asépticas ha reducido espectacularmente su frecuencia en el mundo desarrollado. Sin embargo, sigue siendo una amenaza de consideración en muchos países en desarrollo. Una de cada 20 mujeres embarazada contrae una infección durante el puerperio, la cual debe de ser tratada rápidamente para no causar la muerte o dejar secuelas. Cada año, la sepsis puerperal provoca oclusión de las trompas de Falopio e infertilidad a 450 000 mujeres en el mundo

La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario. El factor de riesgo más habitual para la sepsis obstétrica es la cesárea; la tasa de esta parece estar incrementándose en todo el mundo.

El temprano reconocimiento y el tratamiento enérgico precoz son indispensables para reducir la morbilidad y mortalidad materna y fetal en las mujeres con sospecha de sepsis. Por esta razón se debe iniciar la reanimación idealmente, antes de completar las seis primeras horas posteriores al diagnóstico. Se han desarrollado unos bloques terapéuticos para la reanimación temprana (0-6 horas) y para el tratamiento (6-24 horas) utilizando los principios de la medicina basada en la evidencia.

◆ 8.5 TOMA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS
PUERPERAL:

Obtener dos hemocultivos: uno de una vía periférica y otro de una vía central, si está disponible

Si la situación clínica lo requiere, deben obtenerse cultivos de lugares adicionales, como la orina, heridas, secreciones respiratorias y líquido cefalorraquídeo

Tomar muestras para parcial de orina y Gram, hemograma y niveles de glucosa.

Tomar PCR, transaminasas, bilirrubinas, tiempos de coagulación, BUN, creatinina en todas las pacientes con sepsis para determinar compromiso de órgano blanco

Si se determina sepsis severa, tomar gasometría, ácido láctico, fibrinógeno, RX de tórax si no se tomó como parte del estudio etiológico.

Los cultivos endometriales obtenidos por vía transcervical no son útiles

◆ 8.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE SOSPECHA DE SEPSIS PUERPERAL

Una vez que se sospecha de una sepsis obstétrica, las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a la reducción de factores de riesgo para la posible prevención de sepsis, así como al control de ésta si es que se confirma

Durante las primeras seis horas del tratamiento inicial los objetivos deberían incluir todos los siguientes:

presión venosa central (PVC) de 8 a 12 mm Hg

presión arterial media superior o igual a 65 mm Hg,

diuresis superior a 0,5 mL/kg/h

saturación de oxígeno venosa central (vena cava superior) o venosa mixta superior o igual al 70 % y 65 %, respectivamente

Administrar Lactato Ringer bolos de 500 cm³ cada 15 minutos hasta meta de 20 mL/kg en la primera hora

Para juzgar la respuesta clínica a la carga de líquidos, puede utilizarse la presión arterial, la frecuencia del pulso, la diuresis, la saturación de oxígeno y el estado fetal.

En las embarazadas, la PVC y la presión arterial pulmonar en cuña no están relacionadas de manera directa, por lo que deben tomarse como guía valorando la tendencia más que los valores netos.

Los niveles de PVC pueden ser normales en las embarazadas con disfunción ventricular izquierda o edema pulmonar. En contraste, la PVC puede encontrarse elevada en mujeres sin evidencia de edema pulmonar. Las pacientes sometidas a ventilación mecánica pueden requerir un objetivo de PVC más elevado, de alrededor de 12 a 15 mm Hg.

El desplazamiento del útero practicando una inclinación lateral o poniendo un almohadón en la cadera minimiza la compresión aorto-cava y mejora el retorno venoso

Si no se consigue una saturación de oxígeno venosa central o venosa mixta mayor o igual al 70 % en el curso de las seis horas del diagnóstico, estará indicada la transfusión globular para conseguir un hematocrito superior o igual al 30 % y/o la infusión de dobutamina (máximo de 20 µg/kg/min)

La dobutamina es el inotrópico de elección para las pacientes con sepsis que muestran evidencia de bajo gasto cardíaco a pesar de las adecuadas presiones de llenado

En las pacientes con choque grave que no respondió a la expansión de volumen pueden requerirse vasopresores para corregir la hipotensión. Los utilizados son la noradrenalina y la dopamina

Puede considerarse la vasopresina en las pacientes con choque refractario. En el contexto del choque, la vasopresina se administra a un ritmo entre 0,01 y 0,04 U/min

Tratamiento:

Iniciar en la primera hora reduce la mortalidad en sepsis.

Escoger adecuadamente el antibiótico que se va a utilizar en una paciente con sepsis mejora notablemente el pronóstico y sus resultados, por lo que se recomienda iniciar con antibiótico de amplio espectro como, por ejemplo, piperacilina tazobactam, 4,5 gramos IV cada 6 horas o meropenem, 1 a 2 gramos cada 8 horas

En caso de no disponer de los antibióticos anteriores, se puede usar el antibiótico de mayor espectro que posea la institución, como, por ejemplo: clindamicina 600 mg IV cada 6 horas más gentamicina 240 mg IV día

En los casos específicos en los que el mejor fármaco para la madre no sea seguro para el feto, como las quinolonas, pero sea la única opción, se debe administrar prevaleciendo la salud materna, previo consentimiento informado.

Reevaluar la posibilidad de destetar el antibiótico de acuerdo con resultados de cultivos y antibiogramas, dado que de esta forma disminuyen el riesgo de resistencia bacteriana, los costos y la toxicidad

◆ 8.7 CONTROL DEL FOCO INFECCIOSO:

Si el foco es un absceso de cualquier tipo, este deberá drenarse mediante técnica quirúrgica.

En la sepsis de origen pélvico-ginecológico se debe proceder al control quirúrgico según el caso. Una vez hecha la reanimación inicial, según cada situación y guía particular, llevar a legrado, drenaje, laparotomía o histerectomía. Cuanto mayor sea la gravedad de la sepsis, más fuerte debe ser el manejo quirúrgico.

En casos de sepsis abdominal, controlar el foco infeccioso por el servicio de cirugía general.

◆ 8.8 SEPSIS PUERPERAL POR DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA

Esta es una de las causas más frecuentes de sepsis puerperal, por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a la observación y control del foco infeccioso quirúrgico

Toma de signos vitales poniendo mayor atención la temperatura y/o taquicardia

Indicar reposo a la paciente

Control de líquidos

Vigilar presencia de lactopoyesis y adecuado vaciamiento de la misma

Vigilar cantidad, olor y color del sangrado intrauterino

vigilar involución uterina

Observar las características de infección en la herida

Ministrar antibióticos de acuerdo a los horarios establecidos

Lavado de manos

Curación y/o debridamiento de herida

Toma de laboratorios de control

Corrección de la anemia si existe

◆ 8.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSTPARTO

El personal de enfermería deberá tener como punto focal de su quehacer el actuar integralmente, con calidad y calidez, con la mujer y la familia en periodo de posparto, dentro y fuera de la institución hospitalaria, mediante la promoción de estilos de vida saludables que propendan a la disminución de la morbilidad materno-perinatal.

El periodo del posparto, denominado también puerperio, es definido como el que sigue al parto, y se divide en puerperio inmediato, mediato, alejado y tardío como ya se había contextualizado anteriormente. En este orden de ideas, para mejorar el cuidado de la salud de la mujer en periodo de posparto, y la del recién nacido, el profesional de enfermería debe desarrollar eficiente y efectivamente sus actividades desde el cuidado directo, la gestión de este, la investigación y la educación, para lograr así el equilibrio con el equipo de trabajo de salud, la usuaria, la familia y la comunidad.

De acuerdo a lo anterior puerperio inmediato comprende las dos primeras horas posparto. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual

es pre-ciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. signos vitales, cada 15 minutos
2. estado de conciencia
3. globo de seguridad
4. sangrado genital.

Además, es necesario revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía, para descartar la formación de hematomas. Si durante este periodo no se producen alteraciones, la madre debe trasladarse al área de alojamiento conjunto, donde se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma y consulta de puerperio.

El puerperio mediato, por su parte, comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto. Además de las acciones descritas en el puerperio inmediato, se deben:

1. Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- 2.- Detectar tempranamente complicaciones, como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
3. Vigilar la deambulación temprana.
4. Alimentar adecuadamente a la madre.

En caso de evolución satisfactoria, es posible dar de alta a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto.

Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo. Si no se han presentado complicaciones, es posible dar de alta a la madre y al recién nacido. En cuanto a la atención para la salida de la madre y su neonato, en esta fase es preciso brindar información

a la madre sobre: medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido, signos de alarma de la madre (fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución), importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, inscripción del recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación, fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar, entrega del registro de nacido vivo y promoción del registro civil del recién nacido en forma inmediata.

La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete días del parto. Debe otorgarse instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado.

◆ 9 CONCLUSIÓN

La diversa y activa producción científica de enfermería ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina ciencia de la enfermería, lo que también ha permitido que la disciplina adquiera más fuerza y notoriedad. La disciplina de enfermería en los últimos 50 años se ha visto en un proceso desde el desarrollo de la teoría, seguido de la síntesis, pasando por el desarrollo de conceptos y, en estos últimos tiempos, en el debate de la integración

La comprensión de las dimensiones del desarrollo teórico que ha alcanzado hasta hoy el personal de enfermería ha sido poco difundida o de limitada comprensión por una variedad de razones. No obstante, las enfermeras/os prácticas/os, académicas/os y graduadas/os con licenciaturas, maestrías y doctorados en enfermería necesitan valorar y comprender lo que ha pasado respecto a la evolución de su profesión porque permitirá una mayor discusión y mejor entendimiento de los avances establecidos en el quehacer de la enfermera obstetra.

Este proyecto de investigación tuvo como fin enriquecer el desarrollo de la enfermería en cuanto a sus conocimientos para atender de forma oportuna las diferentes urgencias obstétricas que se abordaron; para ello, en primer lugar, se desarrolló cada tema enfatizando en las actividades básicas que la enfermera debe realizar en cada caso, cuáles son las intervenciones de enfermería y sus elementos más relevantes; apoyándose de este texto, la enfermera podrá tener un panorama amplio sobre el rol que debe asumir ante la urgencia obstétrica en evolución cómo está situada la ciencia de enfermería y qué alcances representa; y por último, el futuro que presenta la ciencia de enfermería, es decir, cuál es su dirección y sus implicancias.

Ejercer una profesión tan sacrificada como la enfermería no es tarea fácil. El hecho de ocuparse de la atención de la persona en diversas situaciones relativas a su salud implica una serie de responsabilidades y conocimientos que todo enfermero/a

debe conocer, previo a una buena formación, tanto académica como práctica. Se trata de vincular la medicina con la curación del enfermo y la enfermería con los cuidados que recibe.

Dispensar cuidados de calidad es una función esencial dentro del ámbito de la enfermería. En los centros hospitalarios y los servicios públicos de salud, el personal de enfermería se encuentra en contacto directo con el enfermo, la familia y la comunidad, estando capacitado para actuar incluso antes de que surja el problema, teniendo el propósito de mejorar las perspectivas de salud de la ciudadanía y garantizando los cuidados con la máxima seguridad.

Y es que el trabajo de los enfermeros va desde la prevención de la salud hasta la ayuda durante los últimos días de vida del paciente, pasando por el día a día de los enfermos crónicos o aquellos que de forma ocasional acaban ingresando en un hospital.

La formación y educación de los pacientes en programas tan importantes como la diabetes, la obesidad, la rehabilitación cardíaca, el asma, los trastornos alimentarios o los cuidados paliativos, entre otros, recae siempre sobre el equipo enfermero de los centros de salud.

Respecto al tema de la investigación, de momento es la asignatura pendiente que necesita ser renovada por las instituciones relacionadas con la enfermería. Poco a poco los enfermeros se van introduciendo en el capítulo relacionado con la investigación clínica, publicando de forma periódica una serie de artículos científicos que tratan temas como la prevención y el tratamiento de úlceras por presión (UPP), técnicas de vendajes o incluso estudios sobre los niveles de dependencia.

Debido al poco auge que hay de enfermería en la investigación, me resultó de suma importancia crear un plan de cuidados específicos que ayude a toda la comunidad estudiantil y profesional a entender de una manera más digerible la fisiopatología y el plan de terapéutica y cuidados que se deben llevar a cabo durante una urgencia obstétrica. Dicho plan de cuidados se realizó de manera que el lector pueda encontrar de manera fácil y rápida las actividades e intervenciones básicas de enfermería en cualquiera de las urgencias obstétricas abordadas en el texto.

Gracias a la encuesta realizada, pude darme cuenta de que la comunidad enfermera del Hospital de Nuestra Señora de la Salud no se siente realmente capacitada para la atención de pacientes obstétricas críticas, ya que la mayoría resultaba interesada en leer el plan de cuidados que se realizaría con la ayuda de sus respuestas, esto me llevó a la conclusión de que este plan de cuidados era urgentemente necesario para la seguridad de las pacientes y también para enriquecer y aportar un poco a la formación de mis compañeras y también la mía.

Espero el presente trabajo sirva de mucha ayuda para futuras generaciones en cuanto a su práctica clínica, que puedan sentirse seguras de actividades que realizan al saber el trasfondo de estas y que incluso puedan debatir sobre el mejor plan de cuidados para pacientes con estas características.

Muy poca gente que es ajena al ámbito de la salud, sabe que los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados y en condiciones críticas son cruciales para la recuperación de estos, un cuidado mínimo puede ser el parteaguas en la evolución o retroceso del estado de salud de un paciente, es por ello, que con este proyecto también se intentó focalizar y resaltar la importancia de nuestras intervenciones como enfermeros y elevar la importancia que se le da a nuestros cuidados. Nadie le dará el valor que se merece nuestra profesión si no lo hacemos nosotros primero.

◆ 10. BIBLIOGRAFÍA

◆ 10.1 BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ◆ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo. 2006.
- ◆ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Revisión Bibliográfica. Diciembre 2009.

- ◆ SANTOS LEAL, E. Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber para torpes.
- ◆ Ediciones Anaya Multimedia. 2011.

- ◆ SANTOS LEAL, E. Embarazo: prevención y tratamiento de la hipertensión.
- ◆ Editorial: “El Mundo de tu Bebé”, 200, Febrero 2010

- ◆ Estados hipertensivos del embarazo. Diciembre 2006.
- ◆ Editorial: Unidad de Medicina Perinatal. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cruces.

- ◆ Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: an international comparative study. ROBERTS, C. L. et al. Febrero 2011.
- ◆ Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. SIBAI, B. M.
- ◆ Editorial: The American College of Obstetricians and Gynecologist. Vol. 102, Nº 1: 181-192. Julio 2003.

- ◆ Preeclampsia and Cardiovascular Disease Death. Prospective Evidence From the Child Health and Development Studies Cohort. MONGRAW-CHAFFIN, M. L. et al. Hypertension Nº 56: 166-171.
- ◆ Editorial: Journal of the American Heart Association. Junio 2010

- ◆ Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*.
- ◆ Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*.
- ◆ Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. *Vasc Health Risk Manag*. 2011.
- ◆ Velasco Murillo V, Navarrete Hernández E. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambios.
- ◆ Briceño Pérez C, Briceño Sanabria L. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante, ¿hospitalario o ambulatorio? *Ginecol Obstet Mex*. 2006
- ◆ Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000
- ◆ Chandiramani M, Shennan A. Hypertensive disorders of pregnancy: a UK based perspective. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008
- ◆ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review
- ◆ Bouvier-Colle MH. Maternal mortality in developing countries: statistical data and improvement in obstetrical care. *Med Trop (Mars)*. 2003
- ◆ Tsu VD, Shane B. New and underutilized technologies to reduce maternal mortality call to action from a Bellagio workshop. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004

- ◆ Sánchez Rodríguez EN, Nava Salazar S, Moran C, Romero
- ◆ Arauz JF, Cerbón Cervantes MA. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. *Rev Invest Clin.* 2010
- ◆ Pennington KA, Schlitt JM, Jackson DL, Schulz LC, Schust DJ. Preeclampsia: multiple approaches for a multifactorial disease. *Dis Model Mech.* 2012.
- ◆ Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Black R, Blincowe J, Cooper C. Et al. Assessing the onset of pre-eclampsia in the hospital day unit: summary of the pre-eclampsia guideline (PRECOG II). *BMJ.* 2009;339:b3129.
- ◆ Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ.* 2005
- ◆ Lain KY, Roberts JM. Contemporary concepts of the pathogenesis and management of preeclampsia. *JAMA.* 2002
- ◆ Von Dadelszen P, Magee L. What matters in preeclampsia are the associated adverse outcomes: the view from Canada? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008.
- ◆ Secretaria de Salud (México). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. Lineamiento técnico. 4° ed., México: La Secretaria; 2007
- ◆ Leis Márquez MT, Rodríguez Bosch MR, García Lopez MA, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- ◆ Guías de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. *Ginecol Obstet Mex.* 2010

- ◆ Velasco Murillo V, Navarrete Hernández E, Hernández Alemán F, Anaya Coeto S, Pozos Cavanzo JL, Chavarría Olarte ME. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Cir Cir.* 2004
- ◆ Torres Arreola LP, Peralta Pedrero ML, Viniegra Osorio A, Valenzuela Flores AA, Echevarria Zuno S, Sandoval Castellanos FJ. Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010
- ◆ Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS; 2004. *Prenatalcare Manualesp.pdf* [Consultado 02/04/2012].
- ◆ Thangaratinam S, Gallos ID, Meah N, Usman S, Ismail KM, Khan KS, TIPPS (Tests in Prediction of Pre-eclampsia's Severity) Review Group. How accurate are maternal symptoms in predicting impending complications in women with preeclampsia? A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011.
- ◆ Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *Lancet.* 2001
- ◆ Thangaratinam S, Coomarasamy A, O'Mahony F, Sharp S, Zamora J, Khan KS, Ismail KM. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. *BMC Med.* 2009
- ◆ Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2 Pt 1):359-72.
 Barra S, Cachulo Mdo C, Providência R, Leitão-Marques
 - Hipertensao arterial na gravida: o atual estado da arte. *Rev Port Cardiol.* 2012

- ◆ Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. Perinatol Reprod Hum. 2004

- ◆ Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, von Dadelszen P, Hypertension Guideline Committee, Strategic Training Initiative
- ◆ in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRHs)

- ◆ Scholars. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2008

◆ 10.2 BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA:

- ◆ Afshari A, Wikkelsø A, Brok J, Møller AM, Wetterslev J.
Thrombelastography (TEG) or thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemotherapy versus usual care in patients with massive transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2011
- ◆ Al Kadri HM, Al Anazi BK, Tamim HM: Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. Arch Gynecol Obstet 2011
- ◆ American Society of Anesthesiologists: Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. Anesthesiology 2015
- ◆ AWHONN, The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Quantification of Blood Loss: AWHONN Practice Brief Number 1 2015.
- ◆ Benes J.et al. The effect of goal-directed fluid therapy based on dynamic parameters postsurgical outcome: A metaanalysis of randomized controlled trials. Crit Care. 2014.

- ◆ Boer, K., Den Hollander, I. A., Meijers, J. C. M., & Levi, M. Tissue factor-dependent blood coagulation is enhanced following delivery irrespective of the mode of delivery. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2007.
- ◆ Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG* 2006.
- ◆ Butwick A.J, Goodnough LT. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015
- ◆ Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, Jaeschke R, Mebazaa A, et al. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 2014.
- ◆ Collins, P., Abdul-Kadir, R., & Thachil, J. Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2016.
- ◆ Chatrath C, Khetarpal R, Kaur H, Bala A, Magila M. Anesthetic considerations and management of obstetrics Hemorrhage. *International Journal of Scientific Study*.2016
- ◆ Chavan R, Latoo MY. Recent advances in the management of major obstetrics haemorrhage. *BJMP*.2013

- ◆ Chowdhury, A. H., Cox, E. F., Francis, S. T., & Lobo, D. N. A randomized, controlled, double-blind crossover study on the effects of 2-L infusions of 0.9% saline and plasma-lyte® 148 on renal blood flow velocity and renal cortical tissue perfusion in healthy volunteers. *Annals of surgery*.2012.

- ◆ De Kock J, Heyns T, Van Rensburg GH. The ABC of haemorrhagic shock in the pregnant woman. *Midwifery*.2008.

- ◆ Denicia J A, Chávez G, Islas J I. Olivera A T, Zavala E, Guerrero T, Muñoz R, et al. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico. Secretaría de salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2016.

- ◆ Ducloy-Bouthors AS, Jude B, Duhamel A, Broisin F, Huissoud C, Keita-Meyer H, Mandelbrot L, et al. High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. *Crit Care*. 2011.

- ◆ doi: 10.1186/cc10143 17.Erez, O., Romero, R., Vaisbuch, E., Than, N. G., Kusanovic, J. P., Mazaki-Tovi, S., & Kim, C. J. Tissue factor activity in women with preeclampsia or SGA: a potential explanation for the excessive thrombin generation in these syndromes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017.

- ◆ Escobar MF, García A, Fonseca J, Herrera E, Guerero E. Cirugía de control de daños: Un concepto aplicable en ginecología y obstetricia. Colombia Medica. 2005.

- ◆ Feinberg EC, Mark E, Molitch. The incidence of Sheehan's Syndrome after obstetric hemorrhage. Fertility and Sterility. 2005.

- ◆ Gallos G, Redai I, FRCA, Smiley RM. The Role of the Anesthesiologist in Management of Obstetric Hemorrhage. Semin Perinatol. 2009.

- ◆ Garcia Nuñez LM, Cabello Pasini R. Conceptos actuales en cirugía de control de daños. Comunicación acerca de donde hacer menos es hacer más. Trauma.2005.

- ◆ Garnacho-Montero J. et al. Cristaloides y coloides en la reanimación del paciente crítico. Med intensiva. 2015

- ◆ Geiguardia O, Soto Herrera E, Brealey A, Ku CC. Síndrome de Sheehan en Costa Rica: La experiencia clínica en 60 casos. Endocrine practice. 2011.

- ◆ Ghodki P, Sardesai S. Obstetrics hemorrhage: anesthetic implications and management. An International Journal of Anesthesiology.2015

- ◆ Golmakani N, Khaleghinezhad K, Dadgar S, Hashempor M, Baharian N. Comparing the estimation of postpartum hemorrhage using the weighting method and National Guideline with the postpartum hemorrhage estimation by midwives. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015.

- ◆ Goodnough LT, Daniels K, Wong AE, et al. How we treat: transfusion medicine support of obstetric services. *Transfusion*. 2011.

- ◆ Guasch E, Gilsanz F. Massive obstetric hemorrhage: Current approach to management. *Med Intensiva*. 2016.

- ◆ Guzmán R.R, Vargas H Patricio, Astudillo D Julio, Riveros K.R, Yamamoto C Masami. Embolización selectiva de arterias uterinas en la resolución de patologías ginecológicas y emergencias obstétricas. *REv Chil Obstet Ginecol*.2011.

- ◆ Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Management of severe perioperative bleeding *Eur J Anaesthesiol* 2013.
- ◆ Hofmeyr GJ, Abdel –Aleem H, Abdel.Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage (review). 2008.

- ◆ Holcomb JB, Tilley BC, Baraniuk S, Fox EE, Wade CE, Podbielski JM, del Junco DJ. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs

a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. JAMA. 2015.

- ◆ Holst, L. B., Petersen, M. W., Haase, N., Perner, A., & Wetterslev, J. Restrictive versus liberal transfusion strategy for red blood cell transfusion: systematic review of randomised trials with meta-analysis and trial sequential analysis. Bmj. 2015.

- ◆ Hunt BJ, Allard S, Keeling D, Norfolk D, Stanworth SJ, Pendry K; British Committee for Standards in Haematology. A practical guideline for the haematological management of major haemorrhage. Br J Haematol. 2015.

- ◆ Ickx BE. Fluid and blood transfusion management in obstetrics. Eur J Anaesthesiol. 2010.

- ◆ Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Gray R, Kurinczuk JJ, editors, on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009

- ◆ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2015.
36.Kozek-Langenecker S, et al. Management of severe perioperative

bleeding: Guidelines from the European society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2017

- ◆ .Lertbunnaphong T, Lapthanapat N, Leetheeragul J, Hakularb P, Ownon A. Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. Singapore Medical Journal. 2016

- ◆ Lilley G, Burkett D, Precious E, Bruynseels D, Kaye A, Sanders J, Alikhan R. Measurement of blood loss during postpartum haemorrhage. International Journal of Obstetrics Anesthesia. 2015

- ◆ Acosta FJ, Escolar G, Fernández-Mondéjar E, Guasch E, Marco P, Paniagua P, et al. Multidisciplinary consensus document on the management of massive haemorrhage (HEMOMAS). Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2016

- ◆ Lombaard H, Robert C. Pattinson, Common errors and remedies in managing postpartum haemorrhage, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.2009

- ◆ Markova V, Norgaard A, Jørgensen KJ, Langhoff-Roos J . Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia.Cochrane Database of Systematic Reviews 2015

- ◆ Mavrides E, Allard S, Chandrabaran E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. BJOG. 2017

- ◆ Morillas-Ramirez F, Ortiz-Gomez JR, Palacio-Abisanda FJ, Fornet-Ruiz I, Perez-Lucas R, Bermejo-Albares L. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Esp Anesthesiol Renim 2014

- ◆ Myburgh J, Mythen M. Resuscitación Fluids. NEngl J Med. 2013;369:1243-1241. 45.Nathan HL, Ayadi EA, Hezelgrave NL, Seed P, Butrick E, Miller S, Briley A. shock index: an effective predictor of outcome in postpartum hemorrhage? BJOG.2015

- ◆ Nathan HL, Cottam K, Hezelgrave NL, Seed PT, Briley A, Bewley S, et al. Determination of Normal Ranges of Shock Index and Other Haemodynamic Variables in the Immediate Postpartum Period: A Cohort Study. PLoS ONE. 2016

- ◆ NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Detecting, managing and monitoring haemostasis: viscoelastometric point-of-care testing (ROTEM, TEG and Sonoclot systems). NICE Diagnosis Guideline

- ◆ National Institute for Health and Care Excellence 2014. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/dg/chapter/-recomendations>. Accesado: 23 mayo 2017

- ◆ Ogbu O, Murphy D, Martin G. How to avoid fluid overload. Curr Opin Crit Care. 2015

- ◆ Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, Perel P, Blum J, Winikoff B, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. PLOS ONE 2013

- ◆ 50. Pacheco LD, Saade GR, Costantine MM, Clark SL, V. Hankins GD. An update on the use of massive transfusion protocols in obstetrics. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2016

- ◆ Pérez Solaz A, Fernandis Comes R, Llau Pitarch J.V, et al. La hemorragia obstétrica. Actualización. Revista esp. Anestesiol. 2010

- ◆ Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en primer, segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2013

- ◆ Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y Adultos. México: Secretaría de Salud, 2010
- ◆ Ramiandrasoa C, Castinetti F. Delayed diagnosis of Sheehan's syndrome in a developed country: a retrospective cohort study. European Journal of Endocrinology. 2013

- ◆ Rani PR, Begum J. Recent Advances in the Management of Major Postpartum Hemorrhage- a Review. J Clin Diagn Res. 2017;11(2):QE01-QE05.

- ◆ RANZCOG. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist. Management of Postpartum Haemorrhage (PPH). 2016.Disponible en
- ◆ .RCOG. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Prevention and Mangement of Postpartum Haemorrhage. BJOG. 2016
- ◆ 58.Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, Filipescu D. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Crit Care. 2016
- ◆ Rotondo M F, Fildes J, Brasel K J, Chapleau W, Merrick C, Peterson N, Seitz A, et al. soporte vital avanzado en trauma (ATLS). 9 edición. Colegio Americano de Cirujanos. Estados Unidos de Norte América 2012.
- ◆ 60.Rubio-Romero JA, Guevara-Cruz OA, GaitánDuarte H. Validity of visual estimation of blood loss as diagnostic tool in severe post partum hemorrhage in an university hospital. Bogotá. 2007. Rev.Fac.Med. 2010
- ◆ Schorn MN, Phillippi J. Volume Replacement Following SeverePostpartum Hemorrhage. J Midwifery Womens Healt. 2014
- ◆ Secretaría Distrital de Salud. Guía de hemorragia posparto Código Rojo. México.2014.

- ◆ SOGC Clinical Practice Guidelines. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage J Obstet Gynaecol.2000
- ◆ 64.Snegovskikh, D., Clebone, A., & Norwitz, E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. Current Opinion in Anesthesiology. 2011
- ◆ Turab SM, Furqan M, Jamali SN, Zaidi SA. Postpartum iron deficiency anemia: comparative efficacy and safety of intravenous vs oral iron therapy. Professional Med J 2017
- ◆ Watts DD, Trask A, Soeken K, Perdue P, Dols S, Kaufmann C. Hypotermic Coagulopathy in Trauma: Effect of varying levels of hypotermia on enzyme speed, platelet function and fibrinolytic activity. J Trauma 1998
- ◆ Zea.-Prado F, Espino y Sosa S, Morales-Hermanades FV, Pinzamieto de las arterias uterinas en hemorragia puerperal: Técnica Zea para control de hemorragia. 2011

- ◆ 10.3 BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA:
- ◆ [En línea] <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTIC>
- ◆ [En línea] <http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/>
- ◆ [En línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc2004/cc044g.pdf> [Consultado 25/02/2012].
- ◆ . [En línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom106f.pdf> [Consultado 12/03/2012].
- ◆ [En línea] <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2006/Octubre%202006/Ginecol%20Obstet%20Mex%202006-74-537-45.pdf> [Consultado 13/06/2012]
- ◆ <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/por-que-son-importantes-los-enfermeros-en-los-servicios-publicos-de-salud-DDIMPORT-036359/>
- ◆ http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_atencion_obstetrica.pdf
- ◆ <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Enfermer%C3%ADa-Ginecoobst%C3%A9trica-.pdf>
- ◆ https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf

- ◆ http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf
- ◆ <https://academiaeir.es/wp-content/uploads/pdf/EnfermeriaEM4aEdicion.pdf>
- ◆ http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
- ◆ <https://www.um.es/estructura/escuelas/epf/cursos/2003-2004-urgencias.php#:~:text=La%20urgencia%20sanitaria%20es%20definida,poblaci%C3%B3n%20a%20la%20que%20asiste.>
- ◆ https://salud.asepeyo.es/wp-content/uploads/2009/06/241_Cuidados_enfermeria_paciente_Urgencias.pdf
- ◆ <https://es.slideshare.net/gabrielapazita/enfermeria-de-urgencias>
- ◆ <https://www.censanidad.com/cursos/personal-sanitario/enfermeria/atencion-urgencias-emergencias/>
- ◆ <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/urgencias-esenciales-para-enfermeria-abordaje-integral-del-paciente-y-sus-seres-queridos/>
- ◆ https://www.urgenciasyemergen.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/10/Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf
- ◆ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200010

- ◆ <https://www.redalyc.org/pdf/912/91218911005.pdf>
- ◆ https://med.unne.edu.ar/revistas/revista126/estados_hipert.htm
- ◆ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X09000811>
- ◆ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X09001075>
- ◆ <https://www.fac.org.ar/404.php>
- ◆ https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500007
- ◆ <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/132851>

◆ 11. GLOSARIO

Actividad: conjunto de operaciones afines ejecutadas, por una persona o servicio y que contribuye al logro de una función.

Actualización: son todas las adiciones o adecuaciones a los contenidos de documentos institucionales para mantenerlos vigentes.

Acción política, educativa y social: incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y calidad de vida.

Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO): es la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad médica, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

Atención médica: es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Bacteriemia: presencia de bacterias viables en sangre.

Calidez en la atención: es la actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos.

Choque hipovolémico hemorrágico: Estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una pérdida sanguínea.

Choque séptico: sepsis grave que cursa con hipotensión arterial refractaria a la terapia hídrica que necesita el uso de soporte inotrópico-vasopresor para lograr metas terapéuticas.

Código Rojo: es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Código Amarillo: es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).

Código Verde: es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.

Diagnóstico: es la descripción y análisis crítico de una situación determinada a fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.

Edad gestacional: periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Empaquetamiento tipo Mikculicz: Aplicación de compresas quirúrgicas en el hueco pélvico (lecho sangrante), que se aplica en aquella paciente que presenta hemorragia obstétrica persistente a pesar del manejo quirúrgico radical.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO): equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater.

Evento adverso: incidente o imprevisto que produce daño a todo paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica o a ambas cosas.

Hemorragia obstétrica mayor moderada: Pérdida sanguínea se encuentra entre 1000 y 2000ml.

Hemorragia obstétrica mayor severa: Pérdida sanguínea mayor a 2000 ml.

Hemorragia obstétrica mayor: Pérdida sanguínea mayor a 1000 ml o pacientes que manifiesten datos clínicos de hipoperfusión tisular con perdidas entre 500 y 1000ml.

Hemorragia obstétrica menor: Pérdida sanguínea entre los 500 y los 1000ml.

Hemorragia obstétrica: Pérdida sanguínea mayor o igual a 500ml.

Índice de Choque: Coeficiente de la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica, normal hasta 0.9 en obstetricia.

Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como para los cuidados paliativos.

Indicador: instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.

Indicador de calidad: persigue dimensionar o cuantificar valores de tipo cualitativo, es decir, manifiestan el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos de nuestras usuarias y usuarios internos y externos.

Índice de choque: es la relación entre la frecuencia cardiaca y la presión arterial sistólica considerándose valores normales entre

0.5 y 0.7 (índice de choque= frecuencia cardiaca/presión arterial sistólica).

Lineamiento: documento emitido por un órgano normativo, para dar a conocer a los niveles operativos las líneas rectoras para el desarrollo de los procesos en su ámbito de responsabilidad.

Mejora continua: resultado de una serie de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para satisfacer las necesidades y requerimientos de la usuaria o usuario.

Muerte materna: 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 con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna directa: la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte materna indirecta: la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Obstetricia: rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

Oportunidad de la atención: prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

Procedimiento: secuencia de actividades relacionadas entre sí y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen un proceso de trabajo.

Proceso: conjunto de sistemas y procedimientos, materiales, máquinas, personas, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios.

Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población.

Puerperio normal: periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.

Referencia-contrarreferencia: procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad en el marco del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad de la población.

Resumen clínico: documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

Riesgo reproductivo: probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto, potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos.

Seguridad del paciente: atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

Sepsis: SIRS + infección. Nos referiremos a sepsis en obstetricia como la que se presenta en cualquier paciente gestante o puérpera sin importar el foco.

Sepsis grave: infección asociada a disfunción orgánica y/o hipotensión arterial definida como presión arterial sistólica <90 mm Hg o tensión arterial media <65 mm Hg o disminución >40 mm Hg de la presión arterial sistólica de base para la edad. La hipotensión arterial se resuelve con expansión de volumen.

Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM): disfunción de más de un órgano que requiere intervenciones para mantener la homeostasis.

Sistemas de información en salud: es el conjunto total de procedimientos, operaciones, funciones y difusión de datos o información en una organización.

Triaje obstétrico: protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción

necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

Usuaría/o: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención.