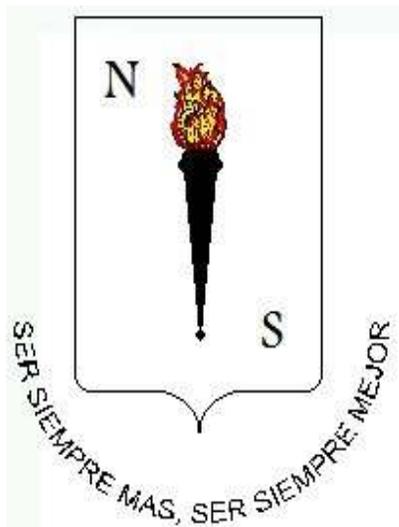


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA
HEMORRAGIA POSPARTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

NOELIA CABEZAS PÉREZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por permitirme cumplir cada una de las metas propuestas y por darme la fuerza para seguir adelante, gracias a la vida por cada día demostrarme que puede haber caídas y que con esfuerzo y dedicación levantarse no es difícil.

Gracias a mis padres por apoyarme en cada decisión y proyecto, por creer en mí, por inculcarme valores que me han ayudado a ser responsable y respetuosa día con día, porque nunca me han dejado sola y se han convertido en mis principales motivadores y formadores de lo que soy ahora como persona. Gracias a mi hermano y mis abuelos por estar presentes no solo en esta etapa tan importante en mi vida, si no en cada momento dándome lo mejor, brindándome sus sabios consejos y ayudándome siempre a superarme como persona.

A mi abuelo paterno y abuela materna que ya no están presentes físicamente y no pudieron verme concluir esta etapa de mi vida, gracias por cada momento vivido durante esos años que fueron únicos y los mejores que compartimos, me quedo con sus consejos y amor que en su momento me brindaron y que hasta ahora me han ayudado a superar cada obstáculo que se cruza en mi camino.

A mis maestros, gracias por compartirme sus conocimientos, por enseñarme y formarme durante este proceso, gracias por todos sus aportes y esfuerzos que ahora se ven reflejados en lo que estoy concluyendo.

Gracias infinitas a todos por su amor y apoyo incondicional.

Dedicatorias

A mis padres Noel y María Luisa que son los pilares de mi vida, mis más grandes amores y ejemplos a seguir, que con esfuerzos formaron la gran familia que hoy somos y que me han enseñado a superarme día a día.

A mi hermano Emmanuel por formar parte de mi vida y regalarme amor y cariño incondicional, por ser mi motivación para llegar a ser un gran ejemplo en su futuro.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
OBJETIVOS	12
Objetivo General.	12
Objetivos Específicos	12
HIPÓTESIS	12
Hipótesis de investigación	12
Hipótesis nula	12
JUSTIFICACIÓN	13
MARCO TEÓRICO	15
CAPITULO I. Hemorragia Posparto	15
1.1 Definición	15
1.2 Etiología.....	15
1.3 Tipos De Hemorragias.....	19
1.5 Clasificación de hemorragia posparto	20
1.6 Fisiopatología	20
1.7 Factores de riesgo.....	21
1.8 Cuadro Clínico.....	22
1.9 Diagnóstico.....	23
1.10 Complicaciones	24
1.11 Tratamiento	24
CAPITULO II. Intervenciones De Enfermería	32
2.1 ¿Qué son intervenciones de enfermería?	32
2.2 Clasificación	32

2.2.1 Intervenciones directas	32
2.2.2 Intervenciones indirectas.....	32
2.2.3 Intervenciones colaborativas.....	32
2.4 Intervenciones de enfermería en hemorragia posparto	33
2.4.1 Urgencia Obstétrica.....	34
2.4.2 Emergencia obstétrica.....	35
2.4.3 Código Mater	36
2.4.4 Código Rojo Obstétrico	41
2.5 Caja Roja Obstétrica	43
2.6 Prevención de shock hipovolemico	44
2.7 Teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson.....	45
CAPITULO III: Metodología De La Investigación.....	51
Enfoque	51
Universo	51
Población.....	51
Muestra	51
Criterios de inclusión	51
Criterios de exclusión	51
Instrumento De Recolección De Datos	51
Cuestionario	51
Procedimiento	51
Procesamiento de datos.....	52
ANÁLISIS DE DATOS	53
CONCLUSIONES.....	68
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	69
ANEXOS	70
Anexo 1: Cronograma de Actividades.....	70
Anexo 2: Operacionalización De Variables	71
Anexo 3: Consentimiento Informado	74
Anexo 4: Instrumento De Investigación	75
Anexo 5: Consideraciones Éticas.....	78

Bibliografía	80
Referencias Bibliográficas	80

INTRODUCCIÓN

En la siguiente investigación se describe la hemorragia posparto como una de las principales causas de mortalidad materna y la intervención que lleva a cabo la enfermera con la paciente, evaluando el conocimiento que se tiene sobre las actividades que se llevan a cabo en la atención inmediata en pacientes obstétricas que presentan hemorragias después del alumbramiento o durante el puerperio.

Se basa en diferentes conceptos y argumentos sobre que es la hemorragia posparto, sus causas y complicaciones que puede llevar si no es tratada en el tiempo necesario, se plantean objetivos que nos van ayudar a que el personal de enfermería conozca las intervenciones y funciones que una enfermera debe realizar al momento de atender a una paciente con hemorragia posparto para evitar cualquier daño irreversible que le pueda causar.

Se mencionan los diferentes procesos que se llevan a cabo y la participación en la atención inmediata de la paciente como lo son, la urgencia y emergencia obstétrica, el código mater, el código rojo con el fin de que el lector amplíe su conocimiento y conozca la importancia de saber cuales son las intervenciones de enfermería en dichos procesos y como llevarlas a cabo para evitar el máximo de errores durante la práctica que se ejerce.

Así mismo se menciona también el tratamiento y el contenido que lleva la caja roja obstétrica para la atención de estas emergencias con el fin de que sepan en que momento usarlos y/o aplicarlos, tomando en cuenta que el personal médico lleva una importante participación en el que se lleva en conjunto con enfermería y la colaboración que se lleva con otras áreas de la salud para lograr evitar complicaciones y sacar a la paciente.

ANTECEDENTES

Hemorragia posparto

Considerada una de las principales causas de mortalidad materna, la hemorragia posparto tiene un gran impacto en el área de la salud, pues implica una serie de atenciones para su prevención y control, involucrando no solamente al personal de salud si no también a otras áreas que colaboran en ello. Existen diversas causas asociadas a la hemorragia posparto de las cuales, la mayoría son prevenibles y que el personal de enfermería debe conocer para llevar a cabo un control adecuado, que ayude a disminuir la tasa de mortalidad materna debido a las HPP.

Respecto a los cuidados de enfermería, se deben realizar una serie de valoraciones para así llegar a detectar una posible causa. La enfermera debe identificar los signos y síntomas relacionados que la lleven a encontrar una solución rápida y adecuada en colaboración con los médicos y demás personal solicitado, para preservar la salud y evitar la muerte de la madre y el producto. Otro punto importante es el manejo adecuado del alumbramiento donde la enfermera tiene un papel importante, ya que tiene que llevar un registro de los procedimientos que se realizan, medicamentos administrados, vigilancia de signos vitales, cuantificación de pérdidas de líquidos entre otras que le ayudan a llevar un control adecuado.

Prevención Y Control De La Hemorragia Posparto

La hemorragia posparto es una de las complicaciones obstétricas que pueden ocurrir durante el puerperio y que requieren una atención inmediata y secuencial, para ello se debe contar con protocolos previamente establecidos en donde el obstetra identifique determinadas maniobras para que la corrección de la hemorragia sea correcta y exitosa. De la misma manera en la que se coordinen con el personal de enfermería y anestesiología en dado caso que no se pueda controlar la hemorragia. Pueden ocurrir diversas complicaciones durante el proceso como lo son las coagulopatias de consumo o hiperfibrinolisis y que deben ser atendidas con

intervenciones inmediatas que eviten llegar a la muerte, ya sea de la madre o del producto. El diagnóstico clínico y el tratamiento debe abarcar medidas generales de soporte vital y algunas otras que tengan un carácter etiológico. Esto ayuda a que sea potencialmente evitable en la mayoría de los casos de HPP, siempre y cuando se lleve a cabo una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la dentro del alumbramiento de todos los partos durante el puerperio.

El Cuidado Enfermero En Pacientes Con Atonia Uterina

El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina es importante pues ya que esta es una de las causas principales de de las hemorragias posparto. La elaboración de un plan de cuidados para mejorar la atención de los pacientes con atonía uterina y que el personal de enfermería conozca y cuente con plan vigente y adecuado. Conocer los factores de riesgo y los diferentes entornos de las pacientes en diferentes edades, los hábitos de vida y los cuidados que llevan a cabo es de suma importancia pues esto ayuda al personal de enfermería a identificar factores de riesgo que ayudan a prevenir diferentes causas que provocan las hemorragias posparto, los cuales se llevan a cabo durante los cuidados brindados durante el puerperio inmediato y mediato.

Las intervenciones de enfermería para la prevención se debe de llevar a cabo desde la gestación en cada consulta prenatal que lleven a cabo las pacientes gestantes, así como los cuidados que la misma paciente debe realizar al salir de su hospitalización, brindar información adecuada tanto a la paciente como a los familiares para que puedan identificar los riesgos, signos y síntomas que puede llegar a presentar.

Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería En Pacientes Con Hemorragias De Postparto Inmediato, Mediato, Tardío.

En el proceso de atención enfermero en pacientes con hemorragias de postparto inmediato, mediato y tardío desarrolla una disciplina, con conocimientos científicos

para la práctica profesional de forma racional y lógica. En un determinado nivel de conocimiento como profesionales de Enfermería en el cuidado y manejo de las pacientes con hemorragias postparto determinando el nivel de conocimiento como profesional de Enfermería en el manejo de hemorragias postparto y con el propósito de reducir en su mayor número la mortalidad y morbilidad de muertes maternas. Puesto que se estima que a nivel mundial son muchas muertes maternas que se presentan año con año.

El personal de enfermería brinda humanismo que ayudan al bienestar, al respeto, a la dignidad y las necesidades de las madres gestantes, enfocando estos cuidados en promover el bienestar de la madre y del recién nacido, que permita la interacción entre la enfermera y el paciente donde exista una buena comunicación y que exista la confianza de comentar cualquier duda sobre los síntomas o molestias que la paciente puerpera presente.

Intervención De Enfermería Para Detectar Oportunamente Hemorragia Posparto

El personal de enfermería es quien se encuentra en contacto directo en la paciente durante el puerperio en la mayor parte del tiempo. Por lo que, son las encargadas de realizar la una vigilancia estrecha en la aparición de posibles complicaciones, así como de la detección, activación del protocolo y manejo inicial en caso de hemorragia postparto. La hemorragia obstétrica comprende dos tipos de hemorragias en función del momento en el que se producen: hemorragia previa al parto o hemorragia “anteparto”, y hemorragia postparto.

La identificación oportuna de cada uno de ellos es esencial en cuidado que lleva enfermería durante los cuidados del puerperio en la estancia hospitalaria llega a reducir un gran porcentaje de muertes maternas debidas a causas que son oportunas para su prevención, estos tipos de hemorragias son mas frecuentes en los partos vaginales que en la césareas. Desde el inicio del embarazo deben tenerse

en cuenta las complicaciones asociadas, ya que algunas de estas complicaciones, como por ejemplo la hipertensión, aumentarán el riesgo de hemorragia postparto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hemorragia posparto, es uno de los principales problemas que se asocia a una gran parte de todas las defunciones maternas y una de las principales causas de mortalidad materna en la mayoría de los países, sobre en todo en países en vías de desarrollo y de bajos ingresos.

La mayor parte de ellas son por causas evitables, a las que se suma un número de factores asociados a esta, existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas, las cuales deben ser identificadas y realizadas correctamente por el personal de enfermería para llevar a cabo un adecuado control de la misma.

La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa o masiva no atendida en la fase de expulsión de la placenta o durante el puerperio puede causar la muerte, incluso a una mujer sana, en menos de 5 minutos.

Se estima que después del alumbramiento una mujer corre el riesgo de sufrir una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión inmediata que por lo general es realizada por el personal de enfermería. El manejo activo del parto y las intervenciones rápidas que implican una reducción del mayor numero de hemorragias masivas, hemorragias severas y transfusiones de sangre.

El personal de enfermería debe de estar capacitado para este tipo de atención así como conocer todo sobre el tema y la problemática que se presenta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las intervenciones del personal de enfermería que se realizan para el control de la hemorragia posparto?

OBJETIVOS

Objetivo General.

Identificar las intervenciones que el personal de enfermería realiza en la hemorragia posparto.

Objetivos Específicos

Conocer las acciones inmediatas realizadas por enfermería según su causa en hemorragia posparto.

HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

Vigilar pérdida de líquidos, vigilar los signos vitales, aplicación y registro de medicamentos, mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia son algunas de las intervenciones de enfermería para el control de la hemorragia posparto.

Hipótesis nula

Vigilar pérdida de líquidos, vigilar los signos vitales, aplicación y registro de medicamentos mantener vía IV permeable y flujo de líquidos constantes para evitar la hipovolemia no son algunas de las intervenciones de enfermería para el control de la hemorragia posparto.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como propósito dar a conocer las intervenciones de enfermería necesarias que se deben realizar en una mujer que ha sufrido hemorragia postparto, para su correcta realización y así mismo reducir el número de mortalidad materna debido a esta causa, dentro de las cuales hay protocolos establecidos que poseen diversos parámetros para llevar a cabo al tratar a una paciente con hemorragia postparto según su causa, estos pasos contribuyen a optimizar el manejo de dicha complicación, por lo que resulta fundamental el apego total al protocolo por parte del personal de enfermería.

Se da a conocer las actividades que el personal de enfermería realiza y como debe de hacerlo para ayudar a resolver este problema, llevando a cabo la aplicación de sus conocimientos sobre dicho tema.

CAPITULO I

Hemorragia Posparto

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I. Hemorragia Posparto

1.1 Definición

La hemorragia posparto es una complicación obstétrica que sucede cuando una mujer pierde arriba de los 500 ml de sangre inmediatamente o después de un parto fisiológico y la pérdida superior a 1 litro después de un parto por cesárea, que puede ocurrir durante las primeras 24 horas tras el parto que generalmente se considera más grave.

Es difícil obtener una medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos ya que en general se tiende a subestimar, por lo que una definición más aceptable es aquella pérdida de sangre en grandes cantidades que ocurre después del alumbramiento, que produce compromiso hemodinámico de la paciente.

1.2 Etiología

Son diferentes patologías relacionadas al útero, placenta y canal vaginal que pueden producir hemorragia posparto. Al igual que la gravedad del cuadro clínico, este dependerá de la velocidad de la pérdida sanguínea y por lo tanto de su volumen.

Dentro de las causas de la HPP se incluyen la atonía uterina, traumas o laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones en la coagulación.

Una forma más fácil de identificarlas es por medio de las 4T:

- Tono (atonía uterina)
- Trauma (lesiones del canal genital)

- Tejido (retención de productos de la concepción)
- Trombina (alteraciones en la coagulación)

ATONÍA UTERINA

Se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo cual lleva a una falta de hemostasia del lecho placentario, lo que procede a una hemorragia excesiva en el postparto inmediato con la pérdida de más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas aproximadamente.

La atonía uterina siendo considerada una de las principales causas de la HPP es una emergencia obstétrica que debe ser atendida de inmediato, ya que este sangrado está asociado a la clínica, originando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock.

Dentro de los factores de riesgo asociados a la atonía uterina se encuentran:

- Sobredistensión uterina
- Agotamiento uterino (exceso de oxitocina)
- Uso relajantes uterinos
- Placenta previa
- Antecedentes de hemorragia postparto en embarazo anterior
- Corioamnionitis
- Alteraciones uterinas anatómicas
- Desprendimiento de placenta normo inserta

Complicaciones

- La principal es es una hemorragia mayor que produzca una pérdida de sangre tal que, a pesar del tratamiento, sea insuficiente la rapidez de reposición de líquidos o las transfusiones sanguíneas.
- Inercia uterina

LESIONES DEL CANAL GENITAL

Los traumas o lesiones en el canal genital se refieren a las laceraciones, roturas o inversiones uterinas.

- Desgarros/ Laceraciones:

Considerados la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Por lo general se presentan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia se sospecha de un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso se debe monitorizar estrictamente en caso de ser necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos de donde proviene la hemorragia.

- Rotura Uterina:

Definida como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo que más se asocia es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa).

- Dehiscencia Uterina:

A diferencia de la rotura uterina, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. No son una causa frecuente pero en raras ocasiones suelen ser responsables de HPP moderadas-graves.

- Inversión Uterina:

Una complicación obstétrica que es muy poco frecuente y se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El

prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado.

RETENCIÓN DE TEJIDO PLACENTARIO Y/O COAGULOS

La salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos). El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pércreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa.

ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN

Dentro de estas se encuentran las coagulopatías congénitas o las adquiridas durante el embarazo.

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

- Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis.

Anomalías De La Inserción Placentaria

La placenta acreta es la forma más común de placenta adherente anormal, generalmente en estos casos, la placenta tiene una inserción muy baja y puede ser clasificada como placenta previa.

La placenta percreta es la más catastrófica que puede ser diagnosticada en el periodo preparto. Este diagnóstico debe ser considerado en el monitoreo de una

mujer embarazada que súbitamente presenta hematuria, dolor abdominal severo con hipotensión, particularmente si tiene factores de riesgo y una cesárea previa (Karlsson , P, & Perez, Hemorragia Posparto, 2009).

1.3 Tipos De Hemorragias

Tomando en cuenta que una de las principales funciones del sistema circulatorio es transportar los nutrientes y el oxígeno a las células del organismo, también es el responsable de mantener la temperatura interna del cuerpo humano. El sistema circulatorio esta compuesto por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre.

Los vasos sanguíneos son conductos por donde la sangre circula.

Se clasifican en dos:

POR SU ORIGEN

- Hemorragia Interna No Exteriorizada: Esta es generada por la rotura de vasos sanguíneos en el interior del cuerpo sin que la sangre salga fuera del cuerpo, formando hematomas internos.
- Hemorragia Interna Exteriorizada: Generada por la rotura de vasos sanguíneos en el interior del cuerpo, en la que la sangre fluye al exterior través de orificios naturales del cuerpo como lo son oído, boca, nariz, ojos, recto, uretra, entre otros.
- Hemorragia Externa: Esta pérdida de sangre va asociada a heridas abiertas.

SEGÚN EL VASO SANGUÍNEO ROTO

- Hemorragia Capilar: La más frecuente y menos grave (caudal discontinuo y presión baja).
- Hemorragia Venosa: Caudal continuo, baja presión, sangre de color rojo oscuro.
- Hemorragia Arterial: La más grave, caudal y presión altos, sangre de color rojo claro (Amador).

1.5 Clasificación de hemorragia posparto

- Hemorragia Posparto Precoz:

Es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave.

- Hemorragia Posparto Tardía:

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

1.6 Fisiopatología

Después del alumbramiento el útero lleva a cabo un proceso importante que es la involución uterina, donde el útero comienza a volver a su tamaño normal, en este proceso los entuertos o contracciones ayudan a expulsar los líquidos.

El miometrio es componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares que son tres capas.

La capa intermedia tiene una forma de ocho y es fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción normal uterina, los vasos comunicantes entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo de forma evidente la pérdida sanguínea.

Durante el alumbramiento, las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero es menor. Cuando la placenta se va separando por esta incoordinación de superficies, el útero es globuloso y consistente, llegando a la altura del ombligo e incluso a veces puede estar debajo de este punto de referencia. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso se lleva a cabo por lo general de 10 a 30 minutos.

Si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento, se considera un alumbramiento prolongado y seguramente va a necesitar una

intervención adicional, que sería la extracción manual de la placenta. La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término, representa entre 500 a 800 mL por minuto. Por ello, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, para disminuir el sangrado y además permiten la formación del un coágulo retroplacentario.

Cuando el útero falla en este proceso y no se contrae adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede tener una grave complicación y tenerminar en un desenlace fatal (Calle, Barrera , & Gerrero , 2008).

1.7 Factores de riesgo

Dentro de los factores que se asocian a hemorragias posparto, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado. Las mujeres anémicas son más vulnerables a una pérdida de sangre en cantidad moderada.

Se considera que en muchos de los casos una hemorragia posparto suele ocurrir en mujeres que no presentan factores de riesgo clínicos identificables o presentes en su historial o durante la exploración y revisión. Los factores de riesgo identificables son los siguientes:

1. Los Presentes Antes Del Parto Y Que Estan Asociados A Incremento Substancial De La Incidencia De HPP
 - Sospecha o confirmación de desprendimiento placentario
 - Placenta previa conocida
 - Embarazo múltiple
 - Preeclampsia o hipertensión gestacional
2. Presentes Antes Del Parto Y Asociados A Incremento Bajo De La Incidencia De HPP.

- Hemorragias posparto previas
 - Etnia asiática
 - Obesidad con índice de masa corporal mayor a 35
 - Anemia con hemoglobina menor a 9 g/dl
3. Presentes durante el trabajo durante el trabajo de parto y parto
- Cesárea de emergencia
 - Cesárea electiva
 - Inducción al trabajo de parto
 - Placenta retenida
 - Episiotomía medio-lateral
 - Parto vaginal asistido con fórceps
 - Trabajo de parto prolongado
 - Macrosomía fetal mayor a 4 kg
 - Pirexia durante la labor
 - Edad mayor de 40 años, primípara

A las mujeres con estos factores de riesgo es recomendable que reciban atención en centros con mayor complejidad y que se tenga vigilancia adicional por el personal que las atiende.

1.8 Cuadro Clínico

La paciente que presenta hemorragia con estos síntomas debe recibir atención de manera inmediata, ya que si no la recibe puede llegar a presentar complicaciones que comprometen la vida de la misma.

En la hemorragia posparto se presentan signos y síntomas que son evidentes y que se identifican fácilmente, dentro de los cuales encontramos los siguientes:

- Sangrado incontrolable mayor a 500 ml y que se presente de color rojo brillante
- Disminución de la presión arterial por debajo del parametro 90/60

- Aumento de la frecuencia cardiaca
- Disminución en el recuento del número de plaquetas
- Inflamación y dolor en la vagina y las zonas cercanas, cuando el sangrado es producido por un hematoma.

1.9 Diagnóstico

En la mayor parte de los casos el diagnóstico es mediante la evaluación clínica, notando una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta que es la hemorragia de la tercera fase, o después de una hemorragia posparto verdadera. Además de determinar la magnitud la cantidad del sangrado que se pierde durante la hemorragia es necesario también valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico que presenta la paciente y la monitorización constante de signos vitales. Para ello se toma 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: los ya mencionados anteriormente que indican hemorragia.

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia.

- Moderada: palidez, oliguria.

- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

El síndrome de Seehan es una afección que se presenta cuando una mujer tiene una hemorragia grave durante el parto, es un tipo de hipopituitarismo. El sangrado intenso durante el parto puede causar que el tejido en la hipófisis muera. Como consecuencia, esta glándula no funciona adecuadamente.

1.10 Complicaciones

Cuando una hemorragia no es tratada a tiempo, existen posibles complicaciones que comprometen la salud de la paciente con hemorragia posparto.

- Fallo renal
- Insuficiencia respiratoria
- La sepsis
- La ventilación mecánica prolongada superior a 96 horas
- Coagulopatias
- En casos de no poder ser tratada la hemorragia se procede a realizar histerectomía

1.11 Tratamiento

Es importante saber reconocer cuando se trata de una hemorragia de tercera fase o una hemorragia posparto verdadera.

-Las hemorragias posparto de la tercera fase se presentan previas al alumbramiento de la placenta no son tan frecuentes. Siendo el caso se debe proceder 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 de 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 es suficiente y aún permanecen restos intracavitarios, se debe realizar 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 ejemplo 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 dependiendo del grado de ésta.

-En el caso de que ocurra 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 médico anestesiólogo es esencial y de suma importancia para conseguir la total relajación del útero, siendo preferible la anestesia general con gases como halotano o enflurano, que a su vez son buenos útero-relajantes. Tras la resolución, se administra un agente útero-tónico (oxitocina) para inducir la contracción miometrial y prevenir la reinversión y antibioterapia (cefalosporina en dosis única) para profilaxis de endometritis.

Si la inversión uterina ocurre 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 hemorragia posparto 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 que son los siguientes:

- Oxitocina: 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: 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, enfermedad 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.

- Carbetocina: 0,1 mg iv en bolo lento como dosis única. La cabetocina es un análogo sintético de la oxitocina, pero de vida media más larga recientemente comercializado en España, por lo que su rango de acción es más prolongado (>1 hora). Se elimina vía hepática por lo que está contraindicado en insuficiencia hepática, además de epilepsia, eclampsia/preeclampsia, y trastornos cardiovasculares graves. Equivale a la administración de 50 UI de oxitocina con un perfil de seguridad similar a ésta pero con la ventaja de un menor riesgo de pérdida hemática >200 ml y una menor necesidad de masaje uterino y administración extra posterior de oxitocina. No se recomienda su administración conjunta con PG ni con oxitocina. No se han descrito interacciones con fármacos anestésicos usados tanto en anestesia epidural como raquídea. En caso de sobredosis puede producir hipertonía y tetania (que pueden conducir a una rotura uterina y HPP) e hiponatremia (que puede llegar a provocar una verdadera intoxicación acuosa con somnolencia, cefalea, convulsiones y coma). El tratamiento consiste en la administración de O₂, regular el balance hidroelectrolítico con inducción de diuresis y administración de anticonvulsivantes si precisa. Se considera de primera elección en caso de coagulopatía o hemorragia preparto, sobredistension uterina, útero poliomatoso, rotura e inversión uterina.

Si tras la aplicación de masaje junto con la administración de uterotónicos la HPP no cede y se han descartado o tratado otras causas distintas de la atonía (retención placentaria, desgarros del canal genital, inversión uterina, rotura uterina), se recurre 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, en caso de no obtenerlo puede usarse una sonda-balón de Sengstaken-Blakemore. Los dos modelos se basan en un mecanismo de actuación por compresión, una vez que se introducen adecuadamente a través del canal cervical se rellenan con aprox. 500 ml de suero salino. Así mismo disponen de orificios para el drenaje sanguíneo.

Este es un procedimiento poco usado y más como puente a la espera de una cirugía resolutiva que como método definitivo para detener la hemorragia posparto. Sin embargo, en ocasiones puede suponer por sí solo una medida eficaz en el control de la hemorragia posparto, evitando recurrir a técnicas quirúrgicas. En cualquier caso, deben retirarse después de 24 horas de su instalación.

-Otro método de tratamiento 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 problema de este procedimiento es que hay una escasa disponibilidad para conseguirlo. Su ventaja: realizada por un equipo especialista presenta una eficacia del 70-100% con el añadido de preservar la fertilidad.

-En otro caso una de las maniobras más utilizadas y que es fácil y rápida de realizar, es más accesible a cualquiera que sea el centro donde se practique. Es la ligadura uterina bilateral que 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 da 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.

También se puede realizar una ligadura arterial progresiva que, como su nombre lo indica, consiste en devascularizar los pedículos vasculares aferentes al útero de manera escalonada, de modo que si tras 10 minutos la hemorragia no se cohibe, se pasa al siguiente pedículo. El orden para realizarlo es el siguiente:

1. Ligadura de la rama ascendente de la arteria uterina.
2. Ligadura la arteria uterina contralateral.
3. Ligadura baja de ambas uterinas y de sus ramas cervico-vaginales.
4. Ligadura de pedículo lumbo-ovárico unilateral.
5. Ligadura de pedículo lumbo-ovárico contralateral.

Antes de recurrir a la histerectomía, puede recurrirse a la plicatura. La plicatura es una técnica que se basa en la compresión del útero mediante suturas transmurales, siendo la más conocida y aplicada la plicatura de B-Lynch. Ésta consiste en una sutura continua que «abraza» el útero en su longitud.

Para su realización esta indicada en la atonía uterina postcesárea en la mayoría de los casos. El resultado es similar al que obtiene con una compresión manual continuada del útero. Por tanto se debe comprobar, previo a su realización, que la hemorragia cede con la compresión manual del fondo uterino.

Por ultimo, si los tratamientos ya mencionados no controlan la hemorragia el unico recurso ante una HPP es la histerectomia. Las técnicas ya mencionadas anteriormente suelen ser con frecuencia exitosas, por tanto no es tan frecuente tener que recurrir a ella, a menos en 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 anejos. Al hacerla de forma total se debe 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 es su disponibilidad debido a que tiene un elevado costo. Además aumenta el riesgo de sufrir un tromboembolismo secundario. Se ha probado con éxito en casos de hemorragia por hemofilia A y B y otras coagulopatías congénitas (Karlsson & Perez, Hemorragia Posparto, 2009).

CAPITULO II

Intervenciones De Enfermería

CAPITULO II. Intervenciones De Enfermería

2.1 ¿Qué son intervenciones de enfermería?

Las intervenciones de enfermería se definen como todo aquel tratamiento realizado por el profesional de enfermería, que esta basado en el conocimiento y juicio clínico con el fin de mejorar la salud y/o prevenir la enfermedad, favoreciendo el resultado esperado del paciente.

Existen elemtos a tomar en cuenta para realizar correctamente intervenciones de enfermería que se mencionan a continuación:

- Nombre o etiqueta
- Definición
- Grupo de actividades para realizar la intervención

2.2 Clasificación

2.2.1 Intervenciones directas

Una intervención directa es todo tratamiento realizado por el personal de enfermería directamente con el paciente o familiar del mismo, a través de acciones de enfermería efectuadas con el paciente.

Estas acciones son, fisiologicas, psicologicas o de apoyo.

2.2.2 Intervenciones indirectas

Las intervenciones indirectas son aquellos tratamientos realizados sin el paciente, pero que lleva a un beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

2.2.3 Intervenciones colaborativas

Las intervenciones colaborativas consisten en crear enfermeras que trabajen en equipo. Tomando en cuenta que se tiene la variedad de habilidades, la educación y

el nivel de cualificación de toda la plantilla. En el equipo se trabaja de manera colaborativa y se comparte la responsabilidad.

2.4 Intervenciones de enfermería en hemorragia posparto

La enfermera realiza diferentes acciones para controlar una hemorragia después del parto, en las que se debe de tener un estricto control sobre ellas para evitar posibles complicaciones y/o daños permanentes o incluso la muerte en pacientes con HPP. Cuando hay una HPP el principal objetivo que debe tener el personal de enfermería durante el puerperio inmediato es hacer la valoración del trabajo de parto, y el estado de la placenta, pérdidas hemáticas, altura uterina y consistencia del fondo uterino, en caso de que se haya realizado episiotomía se debe revisar el estado en el que se encuentra el periné, verificar si hay presencia de entuertos o dolor perineal.

En dado caso de que se presenten los signos ya mencionados anteriormente, se debe realizar las siguientes actividades:

- Vaciado del utero, asesorandose de que quede libre de coagulos en su mayoría
- Realizar masaje uterino, hasta que el utero se encuentre firme
- Cuantificación estricta del sangrado
- Participar en la instalación de sonda vesical y cuantificar la uresis
- Toma de signos vitales constante de cada 10 a 15 minutos
- Observar el estado de la piel de la paciente (presencia de diaforesis, palidez de tegumentos, hipotermia o hipertermia)
- Tomar pruebas de laboratorio y enviarlas para monitorizar la hemoglobina y tiempos de coagulación
- Valorar si es necesario transfundir paquetes globulares, en caso de serlo comenzar con la transfusión lo mas pronto posible
- Mantener dos vías permeables para aplicación de medicamentos y/o tranfusiones

- Si la hemorragia no es controlada y la paciente presenta signos y síntomas de shock hipovolémico, la enfermera debe llamar al equipo médico y activar el código rojo para su inmediata atención.

Para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en relación a las hemorragias y al shock hipovolémico, es sobre el fundamento de la prevención de los trastornos y de la respuesta que estas den al tratamiento, por lo que deberán cumplir con los siguientes criterios:

- El fondo uterino debe adquirir firmeza, con loquios normales
- Se previno que la paciente sufriera un shock hipovolémico
- Los signos de la paciente se mantienen estables
- La paciente esta consciente y responde correctamente
- Los egresos de la paciente son mínimos o en cantidades normales
- La paciente no sufrió afecciones que dañen otras partes de su organismo
- La paciente no sufrió daños permanentes

2.4.1 Urgencia Obstétrica

La urgencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica o quirúrgica de manera inmediata.

Una mujer puede sufrir complicaciones que van a requerir de una atención rápida durante el embarazo o después del alumbramiento, pues el embarazo es un proceso fisiológico y pasajero en la mujer que produce cambios en su organismo y que en ocasiones conlleva a complicaciones que suceden por diferentes causas en donde una de las principales es la hemorragia posparto.

Las emergencias obstétricas son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo, parto o después del parto. Siendo la HPP una de las principales causas de atención obstétrica.

Una urgencia obstétrica debe de ser atendida en un tiempo promedio de dos horas para HPP leve, para una hemorragia moderada debe ser atendida en un promedio de una hora y la hemorragia intensa debe ser atendida en los primeros 15 a 20 minutos, de lo contrario puede llegar a causar la muerte de la paciente.

2.4.2 Emergencia obstétrica

Complicación medica o quirúrgica derivada de la gestación, parto o puerperio que relaciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal, se requiere una acción inmediata por parte del personal de salud.

Debido a que en algunas ocasiones el retraso en el cuidado de las etapas del parto principalmente la tercera, llega a aumentar el riesgo de que ocurra una hemorragia posparto. Por tanto la enfermera se encargará de:

- La administración de uterotoxicos como lo es la oxitocina inmediatamente después del diagnóstico de hemorragia.
- La exploración manual de la cavidad uterina, si es que el médico no puede realizarlo.
- Solicitar la intervención del médico obstetra, si es que no esta presente durante el parto, en caso de ser cesárea avisar sobre datos de alarma.
- Colaboración con el equipo multidisciplinario.
- Verificar que se cuente con los servicios suficientes para la atención del parto y el cuidado neonatal en las unidades donde se trabaja.
- Monitorizar constantemente sus signos vitales.

Para la prevención de HPP es importante que el personal de enfermería intervenga en las acciones de prevención primaria en donde se incluya, la observación, comunicación, y la prestación de servicios para la planificación familiar que eviten factores de riesgo.

2.4.3 Código Mater

El Código Mater es la activación de un mecanismo de alerta o 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.

Este debe ser un proceso vital y simple, sencillo de recordar, tener facilidad para llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no cometer errores en el momento del llamado, especificar el lugar de donde se está dando la alerta (Triage, choque, urgencias, tococirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos. Este código puede ser activado por el personal de enfermería en cuanto se noten los signos de alarma para continuar con el proceso.

Las HPP no solamente suceden después del alumbramiento de la placenta, durante o después del nacimiento del bebé, si no que también se pueden presentar durante los siguientes tres periodos:

- Puerperio Inmediato

Periodo que comprende las 24 hrs después del parto.

- Puerperio Inmediato

Periodo que abarca del segundo hasta el séptimo día después del parto.

- Puerperio Tardío

Periodo que abarca del 8 al 42 días después del parto.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstetrica (ERIO)

Equipo conformado por el personal de salud experto, de diferentes especialidades que brindan cuidados a la paciente obstetrica en estado critico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del código mater.

Durante la activación del código mater el equipo interdisciplinario se debe reportar lo más rápido posible que incluye personal médico, personal de enfermería, paramédico o de apoyo de diferentes especialidades y servicios, que conjuntamente participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente obstetrica para atenderla, sino también de los estados que repercuten a otros aparatos y sistemas generados por complicaciones obstétricas o por patología concomitante y/o preexistente, que determinan la vía, el momento idóneo y evalúan las condicionantes de salud del binomio madre-hijo y las características del producto de la gestación.

Para comenzar con el proceso se debe:

- A. Identificar signos de alarma
 - Hipotensión arterial
 - Hipotermia
- B. Tratar (guías clínicas establecidas) para el manejo de:
 - Sangrado obstétrico
 - Sepsis
 - Preeclampsia y eclampsia
- C. Trasladar
 - De acuerdo al caso de admisión o gravedad de la hemorragia y el lugar donde se presente, llevar a tococirugía, unidad de choque, o CIO.

El equipo de respuesta inmediata obstetrica esta conformado por:

- Gineco-obstetra
- Enfermeras

- Intensivista/ médico internista
- Pediatra
- Anestesiólogo
- Inhala terapeuta
- Trabajadora social
- Laboratorio
- Rayos X

Durante el proceso que se lleva a cabo en la atención de las diferentes afecciones obstétricas la enfermera tiene distintas funciones que son esenciales en el ERIO, mencionando también las funciones del personal que conforma este equipo.

A. Médico Gineco-Obstetra

- Valoración integral materno-fetal
- Estado de conciencia
- Estado cardiopulmonar
- Reflejos osteotendinosos
- Frotis de sangre periférica
- Rastreo Ultrasonográfico básico
- Exploración pelvi-genital
- Resolución obstétrica-quirúrgica

B. Enfermera de Brazo Izquierdo (es la encargada del monitoreo hemodinámico)

- Toma de valoración de signos vitales
- Asistencia para intubación
- Efectúa aspiración de secreciones
- Efectúa fijación de cánula endotraqueal

C. Enfermera de brazo derecho

- Canaliza venas
- Toma muestras
- Realiza prueba multicolectiva de orina y cuantificación de la misma, así como reportar consistencia y coloración
- Ministración de medicamentos
- Efectúa vendaje de miembros pélvicos
- Da vigilancia del estado neurológico

D. Enfermera circulante

- Prepara medicamentos
- Provee material de curación
- Prepara soluciones
- Maneja carro rojo y caja obstétrica

E. Enfermera Administrativa

- Efectúa control y registro del tiempo de administración de medicamentos
- Realiza registros clínicos
- Efectúa control de tiempos
- Coloca la pulsera de identificación
- Requisita hoja de evaluación inicial
- Registra los censos del servicio

F. Función de enfermería

- Valorar características de la orina
- Colocar oxígeno con catéter binasal
- Colocar a la paciente en posición óptima para el binomio
- Valorar frecuencia cardíaca fetal
- Valorar reflejos osteotendinosos
- Valorar presencia de sangrado transvaginal u otros y realizar cuantificación

G. Médico intensivista/ internista

- Valoración neurológica, hemodinámica y metabólica
- Escala de glasgow
- Calculo de gasto cardiaco
- Función hepatorenal
- Hidroelectroliticos y ácido bási
- Niveles de glicemia
- Ventilación y copnografía
- Tratamiento multiorganico

H. Pediatra

- Conocer condiciones fetales y preparar reanimación neonatal
- Aplicación de surfactante
- Apoyo ventilatorio mecánico
- Reanimación básica y avanzada
- Tratamiento integral del recién nacido

I. Anestesiólogo

- Conocer las condiciones materno fetales y adecuar
- Manejo anestesico
- Intubación oral y nasotraqueal
- Anestesia general inhalatoria
- Anestesia local regional
- Reanimación hemodinámica con cristaloides

J. Trabajo Social

- Vinculación con los familiares de los pacientes y otros
- Información sobre el estado de salud
- Consentimiento informado
- Tramites administrativos diversos

- Vinculación con centros hospitalarios

K. Laboratorios

- Realizar exámenes, solicitar con carácter de urgencia
- Biometría Hemática con cuenta de plaquetas
- Pruebas de coagulación
- Determinación de glucosa, ácido urico, y creatinina sérica
- Gasometría arterial/venosa
- Electrolitos séricos
- Pruebas de contabilidad, grupo sanguíneo y factor RH

L. Ultrasonografía

- Rastreo abdominal pélvico
- Monitorear frecuencia cardíaca, movimientos somáticos, sitio de inserción placentaria y características morfológicas

El responsable de la activación de “alerta” o código mater: enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en la paciente obstétrica clasificados como código rojo en el área de la unidad en donde se encuentre la paciente, el triage obstétrico será de observancia obligatoria para el personal médico y el personal de enfermería principalmente, también se informaran al personal paramédico y administrativo de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, públicos y privados, con saturación de los servicios de admisión de tococirugía o servicio de urgencias obstétricas.

2.4.4 Código Rojo Obstétrico

Es la activación de un mecanismo del equipo de salud, que consiste en crear un esquema de trabajo organizado, de tal manera que cuando se presente una hemorragia obstétrica le permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada, y que pueda ser

replicado en cada situación específica, logrando así disminuir la morbimortalidad materna generada por hemorragias.

Cada miembro del equipo que participe en el código rojo debe cumplir sus funciones, con el fin de evitar repetir u omitir alguna de ellas. La activación del código la tiene que hacer la primera persona que entra en contacto con la paciente que está sangrando. Se lleva a cabo una secuencia temporal para el manejo del código rojo en el cual la enfermera tiene una participación importante en la que lleva a cabo distintas intervenciones.

Secuencia temporal:

A. Minuto Cero: activación

- La institución debe tener un sistema de activación que permita al personal enterarse inmediatamente de la emergencia. La enfermera determina sensorio, perfusión, pulso, presión arterial y oximetría

B. Clasificar el choque

- Cuando se activa un código rojo en baja complejidad se debe alertar al, jefe de enfermería, auxiliares de enfermería, primer y segundo médico, laboratorio clínico.
- Cuando se activa un código rojo en mediana y alta complejidad se debe alertar al ginecólogo, anesthesiólogo, segundo médico, jefe de enfermería, enfermera supervisora y auxiliares de apoyo, laboratorio clínico, camillero, banco de sangre.

C. Minuto 1 a 20: reanimación

- Oxígeno por cánula a 3 L/min.
- La enfermera encargada canaliza 2 venas calibre grueso, catéter 14 o 16.
- Tomar muestras (CH, hemoclasificación, TP, TPT, fibrinógeno).

- La enfermera inicia infusión de 500 mL de cristaloides calientes y continuar con bolos de 300 a 500 cm³ de acuerdo con la respuesta hemodinámica, además de monitorizar la permeabilidad de la vía para el paso de la insusión.
- La enfermera debe pasar la sonda vesical a cistoflo para drenaje vesical y cuantificar diuresis.
- Se realiza masaje uterino bimanual
- Revisión uterina bajo anestesia general
- la enfermera debe aplicar medicamentos de primera línea: oxitocina, misoprostol, metilergonovina, oxitocina en la dosis que el médico indique

D. Minuto 30-60: estabilización

- Conservar volumen circulante. Atonía uterina: masaje uterino permanente
- Usar oxitocina, misoprostol o metilergonovina con dosis adicionales de acuerdo con criterio clínico.
- El ácido tranexámico se debe administrar en dosis de 1 g por vía IV cada 6 horas, mínimo 4 dosis, en las siguientes situaciones: Hemorragia posparto secundaria a traumatismo del canal del parto, sospecha de trastornos de la coagulación por historia clínica, hemorragia posparto que no ceda al manejo médico después de la aplicación de las medidas iniciales.

2.5 Caja Roja Obstétrica

Es una Caja movable idealmente de material plástico de alto impactó con dimensiones no mayores a: 30 cm de altura, 40 cm longitud, 12 cm de ancho con agarradera y con compartimientos para la clasificación y separación de medicamentos; que sea de fácil acceso y transporte, en su interior lleva diferentes medicamentos para la tención inmediata para emergencias obstétricas.

La caja de emergencia obstétrica es utilizada principalmente para el manejo de la preeclampsia/eclampsia durante el embarazo y parto como así también en casos de hemorragias post-parto como sus posibles complicaciones.

La caja roja obstétrica contiene lo siguiente:

- Tiras reactivas para diagnóstico de sangre, glucosa y albumina (1 envase)
- Sulfato de Magnesio 1g/ 10 ml (20 ampolletas)
- Diazepam 10 mg (50 ampolletas)
- Bicarbonato de sodio 10 ml al 7% (10 ampolletas)
- Gluconato de calcio al 10% (10 ampolletas)
- Nifedipina capsulas 10 mg (1 caja)

2.6 Prevención de shock hipovolemico

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

Signos y Síntomas:

- Taquicardia
- Hipotensión
- Vascularización generalizada
- Diaforesis
- Oliguria / anuria
- Taquipnea
- Obnubilación
- Hipotensión

El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero puede ser que en alguno de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores.

Es por ello que el personal de enfermería debe actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa que enfermería puede realizar, y que se resume en los siguientes pasos:

- Administración de un uterotónico, siendo de elección la oxitocina.
- Clampaje y sección precoz del cordón umbilical.
- Tracción suave y mantenida del mismo.
- Masaje uterino tras alumbramiento.

Además de otras intervenciones que realiza para la prevención del mismo como lo son:

- Manejo de la energía
- Determinar las limitaciones físicas de la paciente
- Vigilancia de la respuesta cardio-respiratoria a la actividad
- Favorecer el reposo
- Apoyo a las actividades físicas normales
- Apoyo en el autocuidado

La el personal de enfermería encargado durante el parto o durante los cuidados del puerperio debe vigilar a las pacientes constantemente para identificar a tiempo los signos y síntomas de la paciente, de manera que actuen inmediatamente para su control y así prevenir tanto el shock como las complicaciones que puede presentar la paciente. (Triage Obstétrico, 2016).

2.7 Teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson

El Modelo por Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, se basa en que la enfermería debe servir de ayuda al individuo tanto enfermo como sano para la realización de las actividades que contribuyan a mantener el estado de salud, recuperarla en el caso de pérdida o conseguir una muerte apacible.

Este Modelo define la función propia de enfermería como:

“La función de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo” .

Según el modelo de Virginia Henderson, las necesidades fundamentales del ser humano pueden ser clasificadas según una lista que los profesionales de la salud con frecuencia utilizan para atender a los pacientes.

Virginia Henderson estableció su clasificación teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales y también teniendo en cuenta los aspectos espirituales.

Este modelo incluye la noción de satisfacción de necesidades, es decir, la capacidad y la estrategia de poder llenar una pérdida, y de mantener o mejorar un estado.

Esta visión esquemática del funcionamiento humano y de las necesidades que se requieren, es una guía para el profesional de la salud.

Las 14 necesidades básicas de salud son utilizadas para establecer la anamnesis de una persona y la colecta de datos enfermeros, cuando dicha persona solicita asistencia, y en especial cuando requiere cuidados médicos.

- Las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Las 5 primeras necesidades pueden considerarse vitales.

1. Necesidad de respirar normalmente:

Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente:

Capacidad de la persona para beber y comer masticar y deglutir. Igualmente de tener hambre y poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

3. Necesidad de eliminar normalmente por todas las vías:

Capacidad de la persona para eliminar orina y materia de manera autónoma, asegurando su higiene íntima. También saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, y asimismo, de arreglar su domicilio aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort.

5. Necesidad de dormir y descansar: Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

6. Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse:

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental:

Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Capacidad de la persona para asearse a si mismo y mantener su higiene personal, así como de servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas:

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones:

Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.

11. Necesidad de practicar sus creencias:

Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.

12. Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona:

Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, reforzando así su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y dedicarse a ello con interés, dedicación, y empeño.

13. Necesidad de desarrollar actividades lúdicas y recreativas:

Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus

problemáticas personales (por ejemplo un juego, leer, ver una película), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

14. Necesidad de satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud:

Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental (Enfermeriaactual.com, s.f.).

CAPITULO III

Metodología De La Investigación

CAPITULO III: Metodología De La Investigación

Enfoque

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Universo

Profesional de Enfermería

Población

Muestra

Se aplicó a 4 hombres Licenciados en Enfermería y 11 mujeres Licenciadas en Enfermería y obstetricia.

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería, Licenciados en Enfermería y Licenciados en Enfermería y obstetricia
- Médicos residentes, internos y especialistas obstetricos

Criterios de exclusión

- Personal administrativo

Instrumento De Recolección De Datos

Cuestionario

Procedimiento

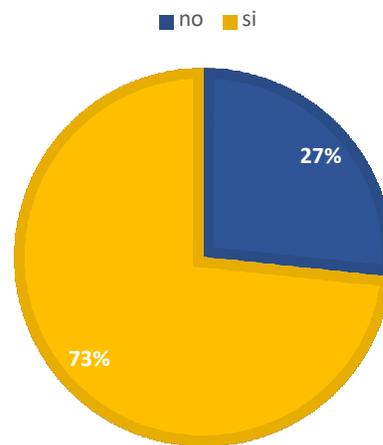
El estudio realizado se considero con un muestra aleatoria simple, donde se realizo un cuestionario de 15 preguntas sobre conocimientos en las intervenciones de enfermería en la hemorragia posparto.

Procesamiento de datos

Se realizo este cuestionario a 15 profesionales de enfermería, 15 preguntas con respuestas si y no, pidiendo que expliquen cada una de ellas como complemento con sus conocimientos sobre el tema.

ANÁLISIS DE DATOS

1. ¿SABE QUÉ ES LA HEMORRAGIA POSPARTO?

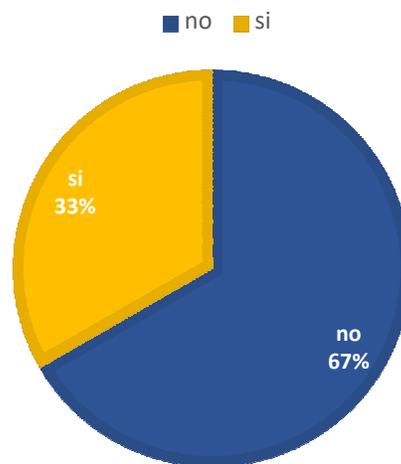


En la gráfica se muestra el porcentaje de enfermeras y enfermeros que saben que es la hemorragia posparto los cuales manifestaron sus respuestas en el cuestionario. El 73% representa el número de quienes conocen el concepto como tal o más cercanía tienen a él, el 27% representa el número de quienes no saben con exactitud que es la hemorragia posparto.

En las respuestas mostradas en el cuestionario, 4 de ellas responden a la definición de hemorragia posparto como un sangrado excesivo solamente, otras 6 personas responden a la definición como la pérdida del sangrado en grandes cantidades que se presenta después del parto y que implica complicaciones tanto para la madre como el producto de gestación, las últimas 5 personas definen la HPP como la pérdida de sangrado mayor a 500 ml en parto y mayor a 100 ml por cesárea después de las 24 horas que generalmente se considera grave.

Como se observa se entiende que es un sangrado tranvaginal que supera los parámetros normales y que sucede después del alumbramiento, pero debemos tener en cuenta las cantidades para saber identificar correctamente cuando es una hemorragia y en que grado clasificarla para llevar a cabo los protocolos de atención.

2. ¿CONOCE LOS FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POSPARTO?

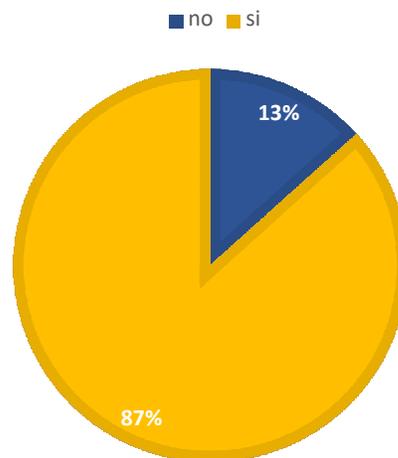


En la gráfica se muestran los porcentajes de las enfermeras y enfermeros que conocen los factores de riesgo que se asocian a las hemorragias posparto. El 33% representa a quienes conocen con exactitud cuales son estos factores, mientras que el 67% no saben exactamente cuales son o los llegan a confundir con otros factores de otras emergencias obstétricas.

En las respuestas obtenidas 5 personas responden que los factores de riesgo a tomar en cuenta para HPP son pacientes multigestas, partos prolongados e hidramnios entre otros las cuales estan en lo correcto, 4 personas mencionan algunos de estos factores ya descritos anteriormente pero mencionan también algunas de las que se consideran causar de HPP, las otras 6 personas confunden totalmente los factores de riesgo con las causas que provocan HPP.

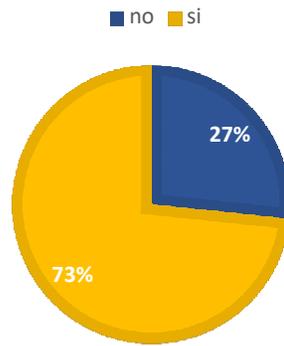
Por lo que debemos saber diferenciar entre ambos pues ya que es muy importante saber reconocer un factor de riesgo para poder prevenir posibles hemorragias o al menos prepararse para su atención inmediata y prevenir complicaciones

3. ¿IDENTIFICA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN HEMORRAGIA POSPARTO?



En la gráfica se muestra el porcentaje de enfermeros y enfermeras que saben identificar cuáles son los signos y síntomas presentes en una hemorragia posparto. El 87% representa el número de quienes identifican correctamente estos signos y síntomas y solo el 13% no los identifica correctamente, ni al menos los principales. En el cuestionario se muestra que solo dos de las personas que respondieron que se puede presentar hipertensión, hipertermia entre otros, los cuales son signos y síntomas que pertenecen a enfermedades como preeclampsia en el embarazo, otras 3 respondieron que se presenta diaforesis, mareos y debilidad generalizada los cuales forman parte de pero no se consideran los principales, y las otras 10 respondieron que taquicardia, sangrado excesivo, epigastralgia e hipotensión forman parte del cuadro clínico de HPP y que efectivamente están en lo correcto. Es importante conocer cuáles son los principales signos y síntomas que debemos identificar para diagnosticar correctamente la HPP y evitar complicaciones.

4. ¿CUÁL ES LA CANTIDAD DE SANGRADO EN UNA PACIENTE PUÉRPERA PARA CONSIDERARLA HEMORRAGIA POSPARTO?

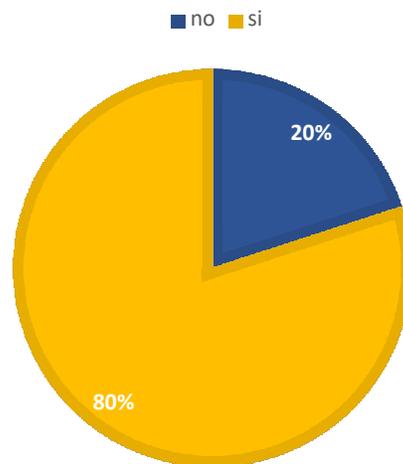


En la gráfica se muestra que el mayor porcentaje de los enfermeros y enfermeras quienes contestaron saben cual es la cantidad aproximada para considerarse hemorragia posparto. Siendo unicamente el 27% quienes no saben con exactitud la cantidad que se pierde.

En las respuestas obtenidas a esta pregunta 2 personas responden que no saben cual es la cantidad promedio para considerar HPP, dos responden que arriba de los 200 ml y 11 personas responden que el sangrado mayor a 500 ml por parto fisiológico y mayor a 1000 ml por cesárea se puede considerar HPP.

Saber la cantidad de pérdida de sangre y en que grado clasificarla es importante para evitar cometer errores que dañen la salud de la paciente.

5. ¿CONOCE CUÁL ES LA CAUSA PRINCIPAL DE HEMORRAGIA POSPARTO?

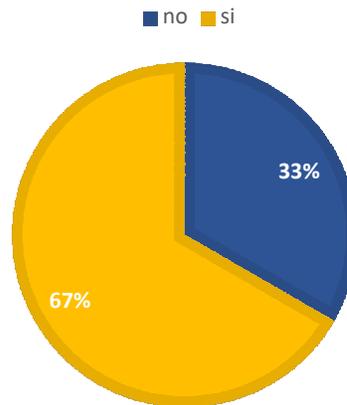


En la gráfica se muestra que el mayor porcentaje de enfermeras y enfermeros quienes contestaron el cuestionario aplicado y que conocen la causa más frecuente de hemorragia posparto representado por el 80%, mientras que el 20% conoce las causas pero no como tal reconocen la principal de ellas.

En las respuestas obtenidas 2 personas consideran los traumas y coagulopatias como principal causa, 1 considera la retención de residuos placentarios y los 12 restantes consideran la atonía uterina como causa principal de HPP la cual se presenta con mayor frecuencia a este problema.

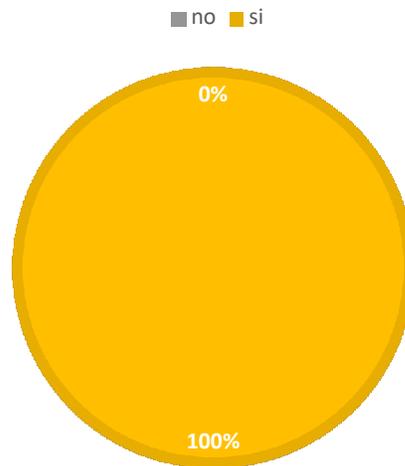
Conocer la causa principal nos ayuda a saber resolver con rapidez estas complicaciones que se presentan después del parto ya que sabemos identificarla de manera inmediata, sin descartar conocer las otras causas para saber diferenciar signos y síntomas que se presentan en cada una.

6. ¿SABE CUÁNTA ES LA CANTIDAD INDICADA DE REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS PARA UNA HEMORRAGIA POSPARTO?



En la gráfica se muestra el porcentaje de enfermeras y enfermeros que contestaron esta pregunta. Donde el 67% sabe que la reposición depende de la pérdida sanguínea que haya tenido la paciente y el 33% no se basa en la pérdida que se tenga o lo hace en espera de las indicaciones medicas que el obstétra recomiende. En las respuestas obtenidas se responde a que todo esto depende de la cantidad de pérdida que tenga la paciente y el estado del organismo de la misma, para saber cuanto líquido pasar sin dañarla o empeorarla aun más, la otra parte. La otra parte da cantidades pero exactas y tampoco que aseguren que va de acuerdo al estado en el que evoluciona la paciente.

7. ¿SABE QUÉ ES EL CÓDIGO MATER?



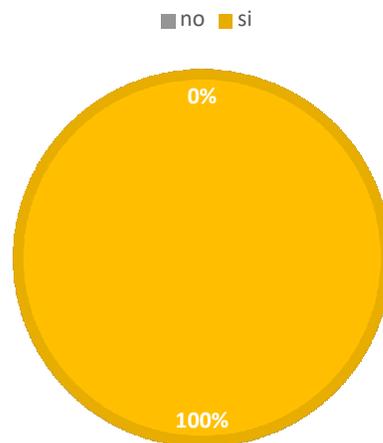
En la siguiente gráfica se muestra que el 100% de las enfermeras y enfermeros tienen total conocimiento de lo que es el código mater y su activación por lo que no se tiene problema al identificar las actividades realizadas ni el proceso de activación que se lleva a cabo en las hemorragias posparto.

En las respuestas a esta pregunta se muestra que las 15 personas encuestadas saben que el código mater es la activación de un mecanismo en donde se reúne el equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) para el tratamiento de la HPP.

Sin obtener respuestas negativas, ni tampoco incompletas.

Se tiene conocimiento de como, cuando y en que momento se debe activar, sin mencionar que no todos reconocen correctamente los datos de alarma que se presentan.

8. ¿SABE QUÉ ES EL ERIO?

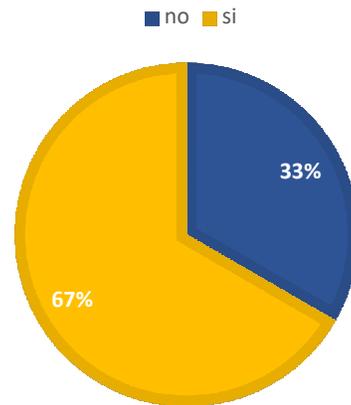


En la gráfica se muestra que todos los enfermeros y enfermeras que contestaron a esta pregunta saben que es el ERIO pero no todos saben con exactitud por cuales cuantas personas esta conformado y que función tiene cada uno con quienes se colabora, se tiene conocimiento sobre el concepto pero no sobre el personal de las distintas áreas que lo conforman.

Todas las personas encuestadas responden a esta pregunta que efectivamente identifican al equipo de respuesta inmediata obstétrica, pero no todas saben por cuantas personas esta conformado, ni tampoco que especialidades entran dentro de este, siendo un numero total de 6 personas, las otras 9 conocen y saben las funciones que realiza cada uno de los integrantes de este equipo.

Es importante reconocer tanto personal que conforma como las funciones que lleva a cabo cada uno de ellos durante los procedimientos realizados con la paciente que presenta HPP.

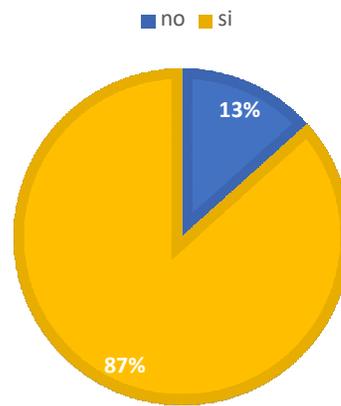
9. ¿CONOCE LAS INTERVENCIONES DE LA ENFERMERA DENTRO DEL ERIO DURANTE EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO?



En la gráfica se muestran los porcentajes de las enfermeras y enfermeros de acuerdo a sus conocimientos sobre las intervenciones de enfermería realizadas en el ERIO.

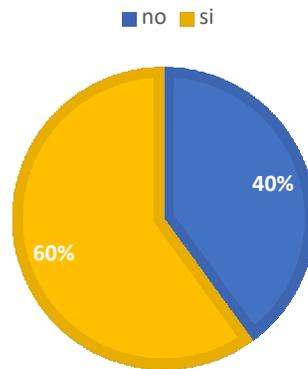
Donde el 67% tiene conocimiento sobre las funciones que tiene la enfermera dentro del equipo para el control de la hemorragia posparto, el 33% representa quienes desconocen estas intervenciones en un bajo porcentaje.

10.¿SABE CUÁL ES EL TIEMPO MÁXIMO PARA CONTROLAR UNA HEMORRAGIA POSPARTO?



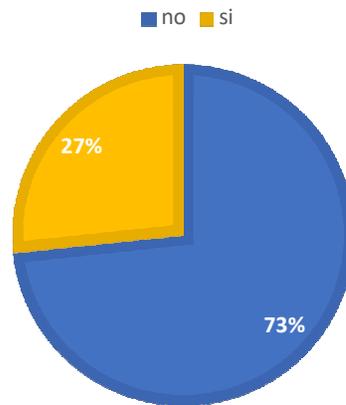
En la gráfica se muestra que las enfermeras y enfermeros saben que lo más correcto es intervenirlas de forma inmediata para evitar complicaciones por la hemorragia el cual se representa con un 87%, y solo el 13% desconoce cuánto tiempo puede esperar una paciente con hemorragia.

11. ¿CONOCE QUE INTERVENCIONES REALIZA LA ENFERMERA DESPUÉS DEL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSPARTO PARA PREVENIR UNA SEGUNDA HEMORRAGIA?



En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje del conocimiento que se tiene para la prevención de una segunda hemorragia. Donde el 60% conoce que actividades debe realizar para prevenirla y el 40% contestó que no conocen con exactitud las intervenciones de prevención que la enfermera realiza.

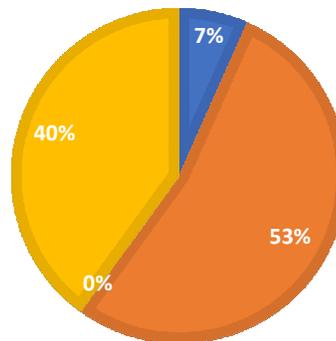
12. ¿CONSIDERA QUE EL SERVICIO DE GINECO-OBSTÉTRICA ESTA EQUIPADO ADECUADAMENTE PARA LA ATENCIÓN INMEDIATA DE UNA HEMORRAGIA POSPARTO?



En la gráfica se muestra que 73% de las enfermeras y enfermeros consideran que los servicios en el lugar donde laboran no tiene el equipamiento suficiente ni adecuado para una atención de emergencia, el otro 27% considera que se cuenta con lo necesario para ello.

13. ¿CÓMO CONSIDERA SU CONOCIMIENTO PARA INTERVENIR EN EL CONTROL DE UNA HEMORRAGIA POSPARTO?

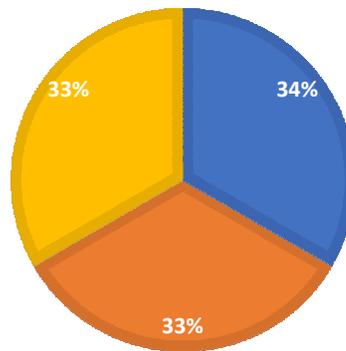
■ muy bueno ■ bueno ■ malo ■ regular



En la gráfica se muestra que la mayoría del personal considera bueno su nivel de conocimiento en la atención de una hemorragia posparto representado por el 53%, el 40% describe su conocimiento como regular y solo el 7% afirmó tener un muy buen conocimiento sobre ello, mientras que nadie seleccionó un bajo nivel.

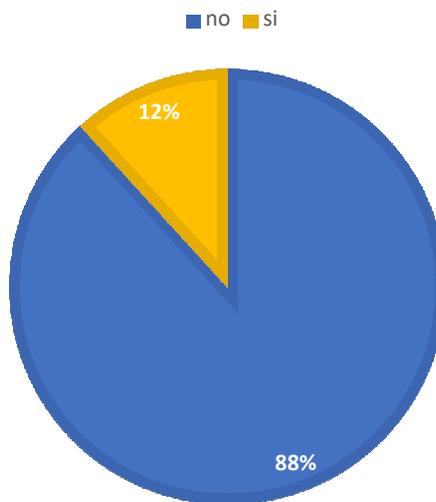
14. ¿CONSIDERA QUE LA INSTITUCIÓN CUENTA CON LOS INSUMOS SUFICIENTES PARA LA ATENCIÓN INMEDIATA DE UNA HEMORRAGIA POSPARTO?

■ absolutamente ■ parcialmente ■ no lo suficiente



La gráfica muestra que los enfermeros y enfermeras que respondieron a esta pregunta consideran un 33% que no está equipado lo suficiente, el 34% considera que el servicio tiene los insumos necesarios para ello y el otro 33% asume que hay insumos pero no están completos.

15. ¿CONOCE EL CONTENIDO DE LA CAJA ROJA OBSTÉTRICA?



En esta gráfica se muestra que el mayor porcentaje de las y los enfermeros que contestaron desconoce cuál es el contenido completo de la caja roja completa, explicando que se tiene un bajo nivel de conocimiento sobre ello, mientras que el 12% conoce el contenido que se encuentra en ella.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo analizado y respondiendo a la pregunta ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para el control de la hemorragia posparto?, se responde de la siguiente manera: el personal de enfermería conoce e identifica las intervenciones que se llevan a cabo durante el control de la hemorragia posparto, conociendo así mismo los métodos y protocolos que se utilizan para llevarlas a cabo.

Dentro de ella se hace mención de los objetivos, que fueron: objetivo general “identificar las Intervenciones Que el Personal de Enfermería Realiza En Hemorragia posparto” el cual se lleva a cabo logrando que en su mayoría el profesional de enfermería tenga un mayor conocimiento sobre estas acciones que lleva a cabo la enfermera en una hemorragia posparto lo cual evite que se llegue a tener complicaciones en la paciente.

Y el objetivo específico “ Conocer las intervenciones que el personal de enfermería realiza según su causa en la hemorragia posparto, logrando así que los profesionales de enfermería conozcan las diferentes causas de HPP de manera que sepan que acciones realizar para su correcto control y prevención evitando cometer errores y prevenir daños permanentes en el organismo de la paciente.

Ampliar el conocimiento sobre esta problemática nos ayuda bajar el índice de mortalidad en algunas de las áreas intrahospitalarias, poniendo en práctica estos conocimientos e intervenciones empleados en ella.

Los resultados mostrados en las encuestas mencionadas muestran que en su mayoría de las personas entrevistadas son personal de la salud que ciertamente aplican estos cuidados y estas atenciones a las pacientes, cabe mencionar que esta investigación se realizó con el objetivo de mejorar la atención y proporcionar los cuidados necesarios para ellas mismas así como para las pacientes. Se logra el objetivo mencionado y se queda con una buena satisfacción la presentación de este trabajo para el lector como interés para poder aplicarlo en su vida cotidiana y a los que están en el sector salud como dato de aprendizaje a la aplicación de esta,

haciendo mención que la enfermera es parte de esta investigación así como de los cuidados brindados.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Que el personal de enfermería de las distintas áreas y servicios reciba una capacitación mensual sobre la atención inmediata y activación de código rojo para reforzar los conocimientos adquiridos.
- Las estudiantes y/o pasantes de enfermería que laboren en el hospital reciban talleres de capacitación en donde aprendan a realizar este tipo de intervenciones y apliquen su conocimiento.
- Que la institución proporcione sesiones y cursos al personal de enfermería y los capacite para la correcta aplicación y uso de medicamentos que se utilizan durante la hemorragia posparto.
- Que se brinde capacitación sobre la reposición de líquidos que se debe llevar en la paciente y ampliar conocimiento sobre transfusiones sanguíneas para reposición de la misma en la paciente.
- Que la institución realice un conteo y revisión por lo menos semanal de las áreas donde se brinda esta atención para asegurar que se cuente con lo necesario para recibir esta atención.
- Que la institución implemente áreas de choque para atender especialmente este tipo de situaciones y se tenga los aparatos e insumos necesarios para ello.

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Actividades

Cronograma de actividades		Fechas					
No	Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Mayo
1	Elección del tema	X					
2	Planteamiento del problema (delimitación y pregunta de investigación)		X				
3	Marco teórico		X				
4	Proceso metodológico			X			
5	Conclusiones				X		
6	Entrega de protocolo					X	
7	Aplicación de instrumento de investigación						X
8	Análisis e interpretación de resultados						X
9	Discusión y recomendaciones						X
10	Presentación de resultados						X

Anexo 2: Operacionalización De Variables

VARIABLES

Variable dependiente

Hemorragia postparto

Variable independiente

Intervenciones de enfermería

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Medición
Hemorragia postparto	Es aquella pérdida de sangre que se produce durante el puerperio o después de la salida del feto.	Cuestionario	Dependiente	Se medirá por medio de cuestionario
Intervenciones de enfermería	Son aquellas intervenciones que realiza el personal de enfermería basadas en conocimientos clínicos, científicos con el fin de obtener resultados favorables para los pacientes.	Cuestionario	Independiente	Se medirá por medio de cuestionario
Emergencia obstétrica	Se define como el estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o	Cuestionario	Dependiente	Se medirá por medio de cuestionario

	al producto de la gestación, que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de forma inmediata.			
Funciones de enfermería	Son aquellas actividades que se llevan a cabo por parte del profesional de enfermería con el fin de brindar un desempeño optimo de los servicios de salud.	Cuestionario	Independiente	Se medirá por medio de cuestionario
Urgencia Obstétrica	Es una complicación médica que se presenta durante el periodo de gestación, parto o el puerperio que aumenta el riesgo de morbilidad o mortalidad en la mujer.	Cuestionario	Dependiente	Se medirá con cuestionario
Prevención	Son medidas aplicadas no solo con el fin de evitar la aparición de enfermedades y sus factores	Cuestionario	independiente	Se medirá por medio cuestionario

	de riesgo, si no también a detener que esta avance y reducir sus consecuencias			
Factores de riesgo	Son circunstancias o situaciones que en una persona o grupo de personas que aumentan las probabilidades de sufrir daños o afecciones de alguna enfermedad.	Cuestionario	Independiente	Se medirá por medio de cuestionario
Conocimiento	Es la información adquirida por medio de un individuo por medio de sus capacidades mentales y a través de su capacidad para observar y analizar.	Cuestionario	Independiente	Se medirá por medio de cuestionario
Atención inmediata	Son los cuidados que se reciben de manera rápida ante una urgencia y/o emergencia por parte de personal especializado.	Cuestionario	Dependiente	Se medirá por medio de cuestionario

Anexo 3: Consentimiento Informado



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

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Se pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general describir las intervenciones de enfermería para el control de la hemorragia posparto.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido (a) que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con hemorragia posparto, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Nombre y firma
Acepto participa

Morelia Michoacán a de del 2022

CUESTIONARIO

Intervenciones de Enfermería para el Control de la Hemorragia Posparto



Objetivo

Conocer las acciones inmediatas realizadas por enfermería según su causa en hemorragia posparto.

Subraye la respuesta que considere y explica brevemente de acuerdo con sus conocimientos

1.- ¿Sabe qué es la hemorragia posparto?

Si

No

Explique:

2.- ¿Conoce los factores de riesgo para hemorragia posparto?

Si

No

Menciona algunos:

3.- ¿Identifica los signos y síntomas que se presentan en una hemorragia posparto?

Si

No

Menciona 3 principales:

4.- ¿Cuál es la cantidad de sangrado en una paciente puérpera para considerarla hemorragia posparto?

5.- ¿Conoce cuál es la causa principal de hemorragia posparto?

Si

No

Explique:

6.- ¿Sabe cuánta es la cantidad indicada de reposición de líquidos para una hemorragia posparto?

Si No

Explique:

7.- ¿Sabe qué es el código mater?

Si No

Explique:

8.- ¿Sabe qué es el ERIO?

Si No

Explique:

9.- ¿Conoce las intervenciones realizadas de la enfermera dentro del ERIO durante el control de una hemorragia posparto?

Si No

Explique:

10.- ¿Sabe cuál es el tiempo máximo para controlar una hemorragia posparto?

Si No

Explique:

11.- ¿Conoce qué intervenciones realiza la enfermera después del control de la hemorragia posparto para prevenir una segunda hemorragia?

Si No

Explique:

12.- ¿Considera que el servicio de gineco-obstetricia está equipado adecuadamente para la atención inmediata de una hemorragia posparto?

Si No

Explique:

13.- ¿Cómo considera su conocimiento para intervenir en el control de una hemorragia posparto?

Muy bueno Regular
Bueno Malo

14.- ¿Considera que la institución cuenta con los insumos suficientes para la atención inmediata de una hemorragia posparto?

Absolutamente No lo suficiente
Parcialmente

15.- ¿Conoce el contenido de la caja roja obstétrica?

Si No

Mencione el contenido:

GRACIA

Anexo 5: Consideraciones Éticas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Este protocolo se someterá al comité de ética de investigación del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, una vez obtenida la aprobación, se procederá a programar las fechas para la aplicación del instrumento en la institución de salud antes mencionada, explicando al participante los objetivos del proyecto, se les solicitará autorización para su implementación mediante un consentimiento informado sobre esta intervención teórico-práctico.

En esta investigación se respetaran los principios éticos de acuerdo a lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (1984), y en la declaración de Helsinki (1964), referente a que se realiza investigación para la salud que contribuya al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (artículo 3), debiendo prevalecer en todo momento de la investigación el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13), también se respetaran los principios éticos y legales (artículo14). protegiendo la privacidad del individuo de la investigación identificándolo sólo cuando los resultados los requieran y éste lo autorice (artículo 16).

Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio va que no se identificaran ni se trataran aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, apartado I), se presentara por escrito el consentimiento informado, mediante el cual el sujeto investigación, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, Así mismo el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo18).

De la misma manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado donde al sujeto o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, brindando seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21, apartado VII).

La conducción de esta investigación estuvo a cargo de 3 investigadores quienes son profesionales de salud y tiene la formación académica adecuada, cuenta con la autorización del jefe responsable del área de adscripción.

De igual manera los investigadores se encargarán de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones: I. Preparar el protocolo de la investigación; II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad; III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio; IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación; V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados; VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación (artículo 116).

Bibliografía

Calle, A., Barrera , M., & Gerrero , A. (2008). Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Posparto. *Revista Perurana de Ginecología y Obstetricia*.

Amador, J. M. (s.f.). *Hemorragias*. Obtenido de hospitalessanrafael:
<https://www.hospitalsanrafael.es/img/doc/ART%C3%8DCULO%20HEMORRAGIAS.pdf>

Enfermeriaactual.com. (s.f.). Obtenido de Enfermeria Actual :
<https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/#:~:text=El%20Modelo%20por%20Necesidades%20B%C3%A1sicas,%20conseguir%20una%20muerte%20apacible.>

Karlsson , H., P, & Perez, C. (2009). Hemorragia Posparto. *Scielo*.

Karlsson, H., & Perez, C. (2009). Hemorragia Posparto. *Scielo*.

Triage Obstétrico, C. M. (2016). *cnegr. salud .gob*. Obtenido de
http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

Referencias Bibliográficas

- Williams Obstetricia y Ginecología. 22ª edición. Capítulo 35, 2005.
- Hernandez Sampieri. Metodología de la investigación 6 edición.