



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A PRIMIGESTA EN
PUERPERIO PATOLÓGICO INMEDIATO SECUNDARIO A
HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO BAJO LA TEORÍA
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA
ELIZABETH OREM**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A:

LEO. ADRIANA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

ASESOR ACÁDEMICO:

EEP. ARMIDA DÍAZ FUENTES

CD. DE MÉXICO, 2020.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A PRIMIGESTA EN
PUERPERIO PATOLÓGICO INMEDIATO SECUNDARIO A
HEMORRAGIA POSPARTO BAJO LA TEORÍA DEL DÉFICIT
DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A:

LEO. ADRIANA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

ASESOR ACÁDEMICO:

E.E.P. ARMIDA DÍAZ FUENTES

CD. DE MÉXICO, 2020.



Resumen

Título del estudio. Intervenciones especializadas a primigesta en puerperio patológico inmediato, secundario a hemorragia posparto bajo la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Introducción.

La Hemorragia posparto, afecta aproximadamente al 2% de todas las mujeres que dan a luz y se asocia con casi un cuarto de todas las muertes maternas a nivel mundial.

La Hemorragia posparto (HPP), es la principal causa de mortalidad materna en la mayoría de los países de bajos ingresos. La HPP es un importante contribuyente a la morbilidad materna severa y discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras condiciones maternas graves generalmente asociados con la pérdida de sangre más sustancial, incluyendo choque y disfunción orgánica. Por lo que, mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas a la hemorragia posparto se pueden prevenir. La hemorragia posparto, refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 mililitros posterior al nacimiento sin importar la vía obstétrica de resolución. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el 2006 también la definió como la disminución del nivel del hematocrito de 10% y/ o el 10% de pérdida del volumen sanguíneo (ACOG 2006).

Este estudio de caso pretende destacar el cuidado especializado como enfermera perinatal, quien con sus conocimientos genera esa atención holística de calidad calidez brindando seguridad en la atención del cuidado a la salud y en la detección de riesgos oportunos que bajo su cuidado detecta, previene y realiza intervenciones para evitar daños a la salud del binomio y la mujer en riesgo de hemorragia posparto cuando así se presentan. Se elaboró bajo los conceptos teóricos, científicos y disciplinarios de la profesión en la mujer con hemorragia posparto, así como demostrar que la intervención de enfermería durante las complicaciones limita el riesgo de muerte materna y lo que esto conlleva para el neonato, la familia y la sociedad, mejorando también el apego al autocuidado del binomio.

Objetivo. Aplicar intervenciones de enfermería perinatal bajo la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, evitando daños a la salud, conservando así la vida del binomio.

Método. Se aplica de acuerdo a la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, valorando a la usuaria con el instrumento de valoración perinatal y los requisitos universales de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, se estructuran diagnósticos jerarquizados en formato PES y se establecen planes de intervención basadas en la evidencia científica con la búsqueda detallada en las diferentes bases de datos, así como literatura de la hemorragia posparto.

Descripción del caso. Se trata de una usuaria primigesta en puerperio patológico inmediato por hemorragia posparto, con alteraciones en los requisitos universales III, V, VII y VIII, las operaciones regulatorias aplicadas son bajo los sistemas de enfermería parcial y totalmente compensatorio, así como las de apoyo educativo.

Consideraciones éticas. Se aplicaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como un consentimiento informado para el estudio de caso.

Conclusiones. Las intervenciones tempranas y efectivas por profesionales capacitados durante el parto reducen importantemente las complicaciones y las tasas de muerte materna. La enfermera es un profesional capaz de actuar en los equipos de salud, proporcionando información suficiente ante el alta precoz, como fue el caso de la usuaria, siendo una red de apoyo en lo que respecta a la salud materna, llevando a las familias al cumplimiento de objetivos de autocuidado y reduciendo la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Palabras clave. Hemorragia posparto, intervenciones de enfermería, desgarro cervical, cuidados, usuaria.

Summary

Title of the study. Specialized interventions to primigesta in immediate pathological puerperium, secondary to postpartum hemorrhage under the theory of the self-care deficit of Dorothea Elizabeth Orem.

Introduction.

PPH affects approximately 2% of all women who give birth and is associated with almost a quarter of all maternal deaths worldwide. PPH is the leading cause of maternal mortality in most low-income countries. PPH is an important contributor to severe maternal morbidity and long-term disability, as well as a number of other serious maternal conditions generally associated with more substantial blood loss, including shock and organic dysfunction. Therefore, through the prevention and treatment of PPH, the majority of deaths associated with postpartum hemorrhage refers to blood loss of more than 500 milliliters after birth regardless of the obstetric resolution pathway. The American College of Gynecology and Obstetrics (ACOG), in 2006 also defined it as a decrease in hematocrit level of 10% and / or 10% loss of blood volume (ACOG 2006).

This case study aims to highlight specialized nursing care under the theoretical, scientific and disciplinary concepts of the profession in women with postpartum hemorrhage, as well as to demonstrate that nursing intervention during complications limits the risk of maternal death and what this leads to the newborn, the family and society, also improving the attachment to self-care of the trinomial.

Objective. Apply nursing interventions under the theory of Dorothea Elizabeth Orem, avoiding damage, preserving the state of health and life of the trinomial.

Method. It is applied under the methodology of the Nursing Care Process, assessing with the perinatal assessment instrument and universal self-care requirements, diagnoses are structured in PES format and intervention plans based on scientific evidence are established with the detailed search in the different databases, as well as HPP literature.

Case Descripción It is a primipar in the immediate pathological puerperium due to postpartum hemorrhage, with alterations in the universal requirements VI, VII, and VIII.

Ethical considerations. The principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice were applied, as well as an informed consent for the case study. Conclusions Early and effective interventions by trained professionals during labor significantly reduce complications and MM rates. The nurse is a professional capable of acting in the health teams, providing sufficient information before the early discharge, being a support network in regards to maternal health, leading families to meet self-care objectives and reducing morbidity and maternal and infant mortality.

Keywords. Postpartum hemorrhage, cervical tear, care.

Agradecimientos

Doy gracias a mi compañero espiritual, al guía y al cual deje todo lo que su voluntad me permitió que es DIOS.

A mis queridas y amadas hijas Diana y Adriana quienes son la fuente de inspiración de este estudio, mis queridos nietos Fernanda, Jonathan, Karime y Samanta, mis queridos y amados hermanos, y a mi familia que tuvieron fe y confianza en mí, y me alentaron para emprender juntos este sueño de lograr una meta más en mi trayectoria de mi profesión gracias por estar siempre junto a mí.

A mis padres por permitirme estar y ser lo que soy, gracias por su amor.

A mis grandes amigas que tuve la fortuna de conocerlas y me han apoyado mucho con sus conocimientos, amistad y siempre con una palabra de aliento incondicional.

Selene grandiosa enfermera, compañera y amiga, que cada día me pedía esforzarme y continuar nunca te olvidare amiga.

A todos los hospitales donde puse en práctica lo que aprendí y culminar mi especialidad.

A la usuaria Sandra su recién nacida, y familiares por permitirme estar cerca de ella permitiéndome la realización de este estudio de caso.

Dedicatoria

A mis profesores que con su impartición de conocimientos en las aulas y durante las prácticas hicieron de mí una mejor profesional.

A la especialista en neonatología y docente de la Facultad de Enfermería Mtra. María Luisa Martínez Fierro, quien me ha impulsado y motivado a llegar hasta el final, con sus enseñanzas, amistad y gran calor humano, siempre recordare los consejos.

A la coordinadora de la especialidad. M. E Y E.E.P. Armida Díaz Fuentes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL:	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN	4
1.1.- MORTALIDAD MATERNA Y HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	4
1.2.- INTERVENCIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA DURANTE EL POSPARTO	8
1.3.- ATENCIÓN PERINATAL EN MÉXICO REGULADA POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA-2016: PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO:	13
2.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	13
2.2.- ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS DOROTHEA ELIZABETH OREM (1914-2007)	14
2.2.1.- <i>Modelo de Dorothea Elizabeth Orem</i>	14
2.2.2.- <i>Metaparadigma</i>	26
2.2.3.- <i>Paradigma</i>	27
2.3.- MARCO CONCEPTUAL	27
2.3.1.- <i>Conceptos básicos de la hemorragia posparto</i>	27
2.3.2.- <i>Tratamiento inicial no Farmacológico para la hemorragia posparto</i>	29
2.3.3.- <i>Intervención más significativa que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica posparto</i>	30
2.3.4.- <i>Etiopatogenia de la hemorragia posparto</i>	32
2.3.5.- <i>Prevención</i>	33
2.3.6.- <i>Evidencia en la atención del tercer período del parto:</i>	34
2.3.7.- <i>Diagnóstico y manejo de la HPP</i>	36
2.3.8.- <i>Abordaje inicial de la Hemorragia posparto</i>	45
2.3.9.- <i>Tratamiento farmacológico de la hemorragia posparto</i>	52
2.3.10.- <i>Código Mater y el equipo de respuesta inmediata (ERIO)</i>	56
2.3.11.- <i>El diagnóstico de la hemorragia posparto</i>	57
2.3.12.- <i>Resumen de la hemorragia posparto</i>	63
2.4.- MARCO EMPÍRICO	64
2.4.1.- <i>Proceso de Atención de Enfermería</i>	66
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	71
3.1.- MÉTODO	71
3.2.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	72
3.2.1.- <i>Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México</i>	75
3.2.2.- <i>Derechos Generales de los Pacientes</i>	76
CAPÍTULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	78

4.1.- DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	78
4.2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON FORMATO PES	90
4.3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 1	91
CAPÍTULO V. PLAN DE ALTA.....	138
5.1.- INDICACIONES GENERALES AL EGRESO DE LA PACIENTE QUE CURSA CON PUERPERIO MEDIATO FUNDAMENTADOS POR REQUISITOS UNIVERSALES.....	138
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	145
6.1.- CONCLUSIONES.	145
6.2.- SUGERENCIAS	146
BIBLIOGRAFÍA.....	148
ANEXOS	153
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	153
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL	154

Índice de Tablas.

Cuadro	1	Etiología de la Hemorragia posparto	Página	36
Cuadro	2	Perdida sanguínea y grados de shock	Página	43
Cuadro	3	Categorización de la hemorragia	Página	44
Esquema	4	Propuesta para el abordaje de la HPP	Página	45-50
Esquema	5	Manejo que conjuga en términos de tiempo promedios del manejo médico, quirúrgico y reanimación de la HPP	Página	51
Cuadro	6	Dosis y vías de administración de medicamentos uterotónicos	Página	54
Cuadro	7	Procedimientos quirúrgicos en la HPP	Página	59-60
Tabla	8	Análisis de estudio de laboratorio y gabinete	Página	84

Introducción

En presente trabajo se muestra el desarrollo de un estudio de caso que se llevó a cabo en el Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", donde el objetivo primordial fue aplicar intervenciones especializadas de forma individualizada, y bajo la teoría de Dorothea Elizabeth Orem a una mujer en puerperio fisiológico inmediato, cursando con una hemorragia durante el posparto en el tercer periodo del trabajo de parto. En este estudio se pretende destacar la importancia del cuidado por enfermería en las mujeres que presenta hemorragia inmediatamente después del parto y así evitar complicaciones que impacten en el incremento de la mortalidad materna e incluso en las consecuencias que conlleva una muerte materna, para el neonato, la familia y la sociedad. Aportará a la disciplina un referente a los cuidados especializados y basados en una teoría que incluye el metaparadigma enfermero, basados no solo en la evidencia científica y las buenas prácticas sino también a los lineamientos que permiten dar la atención de forma personal, sistematizada y protocolizada.

Está conformado por la fundamentación de estudios relevantes relacionados al caso; un marco conceptual donde se describe la literatura actualizada referente a hemorragia posparto primaria, su diagnóstico, tratamiento y cuidados especializados de enfermería para esta entidad; también se refiere la Teórica General del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem como marco conceptual y disciplinar para el cuidado de enfermería y su relación con el Proceso de atención en sus diferentes etapas; la valoración, donde se lleva a cabo la recogida de datos que conciernen a la persona, familia y su entorno, son la base para la toma de decisiones en base a la identificación de respuestas humanas y fisiopatológicas, durante la etapas de planificación, se desarrollan estrategias para prevenir o corregir los problemas de salud y planificar la promoción a la salud, iniciando en la elaboración del diagnóstico de enfermería hasta documentar el planificar el plan de cuidados, con la ejecución se realizan las intervenciones definidas en el proceso de diagnósticos que se plasman en un formato para su realización hacia la usuaria, y finalmente se elabora la evaluación que es la comparación de las respuestas humanas que determinan si se han logrado los objetivos establecidos o volver a valorarlos y poder continuar de nuevo su ejecución. Fueron elaborados con la aplicación del método

científico en la práctica asistencial de enfermería especializada, donde se muestran las intervenciones de enfermería especializadas en una mujer que presenta una hemorragia posparto, hemorragias que representan la segunda causa de muertes maternas, los estudios son basados en evidencia y estas se producen dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, dichas evidencias se encuentran disponibles en las bases de datos científicas de la salud.

Posteriormente se refiere la metodología para llevar a cabo el estudio de caso a través de los instrumentos de valoración utilizados y la presentación del caso clínico enfocado en la usuaria, su entorno, salud y cuidado, se muestran los diagnósticos de enfermería establecidos en el formato PES y jerarquizadas conforme demandas de cuidado, así como un plan de intervención para cada uno de ellos.

La aplicación del cuidado de enfermería en este caso tiene por objeto realizar intervenciones de enfermería referentes al puerperio inmediato en la mujer que presenta hemorragia posparto para lograr la estabilidad, la salud y el autocuidado así como limitar daños, además de la implementación de un plan de alta por enfermería para la el binomio, por último se menciona las conclusiones y recomendaciones que se lograron al realizar este estudio de caso y en cada una de las intervenciones de enfermería.

Objetivos

Objetivo General:

Presentar las intervenciones de enfermería especializadas perinatal a una mujer que presento hemorragia durante el posparto inmediato. Por medio del modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem, a través de las diferentes etapas del proceso de enfermería, para limitar el daño a la salud materna y perinatal.

Objetivos Específicos:

- Identificar por medio de la valoración de enfermería perinatal los requisitos universales de salud alterados.
- Identificar el déficit de autocuidado para la elaboración de los diagnósticos de enfermería.
- Especificar las intervenciones de enfermería especializadas basadas en evidencia científica a la usuaria con hemorragia posparto.
- Dar a conocer las intervenciones de enfermería especializadas, basadas en evidencias científicas a la mujer con hemorragia posparto.
- Jerarquizar los requisitos universales ante la atención de enfermería perinatal.

Capítulo I. Fundamentación

1.1.- Mortalidad materna y hemorragia obstétrica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) estiman que cerca de 585.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. Las muertes obstétricas directas: son aquellas que resultan de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, de las intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos, o de la cadena de eventos resultante de los eventos anteriores. La gran mayoría de las muertes maternas son evitables y frecuentemente prevenibles, ya que se conocen las principales causas y factores determinantes, y a la vez se cuenta con el material científico y tecnológico para evitarlas en la mayoría de los casos.

En México el reporte del observatorio nacional de muerte materna reportó para el 2018 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados lo que representó una reducción de 11.9 puntos porcentuales respecto de lo registrado en el 2017.

Las principales causas de defunción reportadas fueron: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio en un 40.0%, la hemorragia obstétrica en el 20.0% y el Aborto con un 20.0%. Los Estados que notifican mayor número de defunciones son: Guanajuato, Jalisco, Estado de México y Tamaulipas con 2 defunciones cada uno. (1).

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad materna directa en el mundo. En 2015, de las 303.000 defunciones de mujeres por complicación durante el embarazo y el parto, el 27,1% fueron secundarias a hemorragia, ocurriendo más de dos tercios durante las primeras 24 horas postparto. La atonía uterina constituye la causa más común de hemorragia postparto, y en ausencia de medidas oportunas y apropiadas, la muerte materna puede acontecer en un corto tiempo. (2)

- El impacto mundial de la Hemorragia posparto

La Hemorragia posparto (HPP), afecta aproximadamente al 2% de todas las mujeres que dan a luz y se asocia con casi un cuarto de todas las muertes maternas a nivel mundial. La HPP es la principal causa de mortalidad materna en la mayoría de los países de bajos ingresos. La HPP es un importante contribuyente a la morbilidad materna severa y discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras condiciones maternas graves generalmente asociados con la pérdida de sangre más sustancial, incluyendo choque y disfunción orgánica. Por lo que, mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas a HPP podrían evitarse. (3)

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) en el año 2016 en su informe final del Primer congreso Internacional de embarazo seguro y emergencias obstétricas y neonatales, señala que los casos donde se presentaron hemorragias vinculadas al período prenatal y posparto el 52.7% se registró en el primer trimestre, el 7.8% en el segundo, el 12.9% en el tercero y el 26.4% en el posparto. Sin embargo, se señala que las hemorragias más graves, se presentan en el tercer trimestre de la gestación en un 4.9% y en el período posparto con un 8.2% de los casos. La letalidad por hemorragia en el período posparto es del 2.2%. Estos resultados sugieren que, para impactar en la mortalidad y morbilidad materna extremadamente grave causada por hemorragia obstétrica, debemos concentrar esfuerzos en las hemorragias maternas del tercer trimestre, en especial las del parto y periparto, ya que son éstas las más graves y requieren mayores cuidados. (4)

- Estudio observacional de las complicaciones de la hemorragia postparto en Cuba

En el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas, Cuba; se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo de las puérperas que tuvieron alguna complicación, comprendiendo pacientes a quienes se les realizó su parto o cesárea, se observó la incidencia de las complicaciones puerperales, representadas por el 3,05 % del total de los nacimientos ocurridos en el Hospital.

En este estudio según el tipo de parto, existió un mayor porcentaje de complicaciones para el parto vaginal con un 64,5 %, contra del 35,4 % de los nacimientos por cesárea, lo

que ocasiono el incremento de la estancia hospitalaria en un promedio de 7 días para parto vaginal y hasta 15 días en postcesárea. También se determinó que se hace necesario observar y examinar bien a la puérpera desde la primera hora posterior al alumbramiento, pues se reportan complicaciones hemorrágicas independientemente del modo del nacimiento, lo que puede ocasionar mortalidad materna por hemorragia, sumado a la dificultad que existe para poder cuantificar exactamente las pérdidas sanguíneas. Para ello se deben controlar los signos vitales, la contractura del útero y cuantificar el sangrado.

Concluyendo que el manejo de alta para una puérpera sea entre 24 y 48 horas posparto y entre 3 y 5 días postcesárea, si la usuaria presenta alguna complicación como las afecciones de la mama por ejemplo mastitis, absceso mamario, así endometritis o la subinvolución uterina entre otras se podrán realizar estudios complementarios.

- Importancia de la vigilancia de la usuaria posterior al alta hospitalaria

Así mismo la vigilancia posterior al alta es de gran importancia, en especial en procedimientos en los cuales el periodo de hospitalización posoperatoria es corto, y el alta precoz de las puérperas impide la realización del diagnóstico oportuno, ya que las usuarias pueden presentar hemorragia posparto tardía lo que hace importante una vigilancia adecuada, ya que el periodo del alumbramiento y el puerperio, se asocian normalmente con un cierto grado de hemorragia genital, pérdida que suele infravalorarse en un 30 a 35 % de los casos. (5)

Por otra parte, en Argentina, las hemorragias obstétricas graves representan la segunda causa de muerte materna y a nivel mundial se estima que provocan la pérdida de 125.000 a 150.000 vidas cada año. En Argentina la mayoría de las hemorragias se presentan en el puerperio inmediato siendo de origen útero-placentario o vaginal, asociadas con anemia aguda y descompensación hemodinámica que se manifiesta por hipotensión arterial persistente o shock.

En Argentina y Uruguay en más de 11.000 nacimientos en 24 maternidades, se identificaron como factores de riesgo para hemorragia grave posparto vaginal la retención

de restos placentarios, embarazo múltiple, macrosomía, inducción del parto y necesidad de sutura perineal (Sosa 2009).

En 2008 Argentina implementó un proyecto basado en la elaboración de guías de tratamiento diseñadas según los principios del uso racional del tratamiento y la investigación, la iniciativa correspondió al Grupo Internacional para la Reducción de la Morbilidad y la Mortalidad Asociadas a Hemorragia Puerperal. (6)

En México, se registraron 722 defunciones maternas durante 2017. La Dirección General de Epidemiología muestran que las principales causas de defunción son: hemorragia obstétrica, preeclampsia, hipertensión, edema, proteinuria en el embarazo, el parto el puerperio, y aborto. El Observatorio de Mortalidad Materna en México indica que los estados en donde se registraron más decesos fueron: Estado de México, Ciudad de México, Guanajuato, Chiapas y Veracruz. Jorge Arturo Cardona Pérez, director del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), acepta que México no pudo cumplir con los Objetivos del Milenio que planteó la ONU para el 2015. Está situación está directamente ligada a la pobreza en desarrollo social, la pobreza educativa, la desnutrición y carencia en educación sobre el cuidado materno.

A nivel mundial las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican en el mes de septiembre de 2016, que diariamente mueren en promedio 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y que el 99% de los casos ocurren en países en desarrollo.

Los datos del Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) en México revelan que, de las 722 muertes registradas en 2017, el Estado de México encabezó la lista con 81 decesos; le siguen: Chiapas, 68; Veracruz, 44; Ciudad de México, 41; Guanajuato, 39; Jalisco, 39; Guerrero, 37; Oaxaca, 36; Puebla, 32 y Chihuahua con 31.

La causa mencionada indica que la hemorragia materna provocó la muerte a 173 mujeres, y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio 45 casos.

Según la OMS, la mayoría de las muertes maternas son evitables. Indica que las hemorragias graves ocupan en México la primera causa de muerte, situación que puede

matar a una mujer sana en 2 horas si no recibe la atención adecuada, y como protocolo como lo indican las GPC, en la atención del puerperio, con la inyección de oxitocina, “inmediatamente después del parto que reduce el riesgo de hemorragia. (7)

Este periodo es de gran riesgo debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente, como son el uso de útero-tónicos, soluciones parenterales, sangre y sus derivados.

- Las consecuencias por muerte materna y las secuelas de la hemorragia posparto

Es importante señalar que además de la muerte materna, la hemorragia obstétrica genera secuelas como el síndrome de distrés respiratorio, coagulopatía, choque hipovolémico y pérdida de la fertilidad. La preocupación que ha permanecido en los últimos años, se debe a que estas muertes maternas son previsibles hasta en un 80% de los casos. (8)

La mayor proporción de muertes maternas después del parto y están relacionadas con problemas en el tercer período; desafortunadamente, la hemorragia posparto no es predecible en base a factores de riesgo. Más del 90 % de las mujeres que presentan complicaciones no tienen factores de riesgo. Del porcentaje total de muertes en mujeres al año, entre un 20% al 60 % mueren a causa de la hemorragia posparto ocasionada por atonía uterina; como segunda causa, las laceraciones en cuello uterino, vagina y perineo. (9)

1.2.- Intervenciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir la muerte materna durante el posparto

A nivel internacional la OMS publicó las recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, ya que la hemorragia posparto sigue siendo la principal causa de muertes maternas y casi un cuarto de todas las defunciones maternas en el mundo, en estas recomendaciones mencionan que la mayoría de estas muertes podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicas en el alumbramiento, así como proporcionar agentes uterotónico a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la hemorragia posparto, recomienda la administración IM/IV de 10 UI oxitocina, como el uterotónico preferido y de primera línea siendo esta la

intervención durante el alumbramiento para mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto para prevenir y tratar la hemorragia posparto. (10)

1.3.- Atención perinatal en México regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal de importancia para detectar los principales factores de riesgo de presentar HPP.

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos.

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, diabetes gestacional y malformaciones fetales.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucosa, Ácido úrico y Creatinina y general de orina.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos.

- Numeral 5.5 Atención del parto.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior.

Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal.

Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el posparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

- 5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan.

5.6.1.6 El egreso de la paciente podrá efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones. (11)

También se cuenta con los lineamientos técnicos para el abordaje de las emergencias obstétricas que son aplicables a todos los centros sanitarios a que proporcionan atención obstétrica publicados por el Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva (CNEGSR), siendo los siguientes:

1. Lineamiento técnico del Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica (2016), cuyo objetivo es garantizar la adecuada categorización de las mujeres en estado grávido- puerperal que solicitan atención en los servicios hospitalarios.
2. Lineamiento técnico de prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica su objetivo principal es: unificar los criterios de manejo para la hemorragia obstétrica en el primer nivel de atención y en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. (6)

El lineamiento técnico tiene como propósito el de orientar debidamente al personal responsable de los servicios de atención perinatal sobre la identificación oportuna de factores de riesgo preconcepcional y gestacional uniformizando criterios para la prevención, atención y/o referencia de la mujer con hemorragia obstétrica en el ámbito institucional y el comunitario. (12)

De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; se debe realizar el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto como una de las intervenciones que nos permite disminuir la pérdida hemática materna y el riesgo de hemorragia posparto que consiste en la administración de uterotónicos para ayudar a que los músculos del útero se contraigan evitando la atonía uterina principal causa de la hemorragia, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino para ayudar a contraer el útero.

Al analizar las intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal se debe dar a conocer la importancia de la atención del embarazo desde el primer nivel de atención con:

un completo control prenatal, para poder identificar los posibles factores de riesgo que pudieran desencadenar una hemorragia en el posparto, se debe orientar a la mujer embarazada haciendo hincapié en los signos y síntomas de alarma, ya que en el aspecto de la docencia una de sus intervenciones como especialista perinatal son las de la enseñanza y el aprendizaje a las usuarias.

La importancia de la revisión de cavidad uterina para corroborar que no exista presencia de restos placentarios que ayudan a identificar las laceraciones del tracto genital, y cervical para corregirlas y evitar llegar a la hemorragia posparto.

El realizar una exploración general de la usuaria durante el posparto el cual debe incluir la toma de la tensión arterial, pulso, respiración, tono uterino, y vigilancia de hemorragia en las dos primeras horas cada 15 minutos, hasta completar las 2 primeras horas son una de las intervenciones recomendadas que debe proporcionar la especialista perinatal.

Capítulo II. Marco teórico:

2.1.- Conceptualización de enfermería

La enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condicionantes sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CÍE 1973) la define como: "La única función de la enfermera es la asistencia al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios".

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA 1973) expresa que: "La práctica de enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud, como en la enfermedad".

Según Dorotea Elizabeth Orem (1980). "Es un servicio, una manera de ayudar a los seres humanos, la forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o cambiar su medio ambiente, concierne especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida, recuperarse de las enfermedades y lesiones, y hacer frente a las secuelas". (13)

La disciplina de enfermería cuenta con teorías y modelos que sustentan su práctica profesional; los postulados de Florence Nightingale despertaron el interés de otras enfermeras que desarrollaron filosofías, teorías y marcos conceptuales sobre el cuidado. Una de las grandes teóricas es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma.

2.2.- Antecedentes biográficos Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007)

Dorothea Elizabeth Orem, es una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica. Nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.

2.2.1.- Modelo de Dorothea Elizabeth Orem

Enfermera norteamericana que dio a conocer su modelo de autocuidado de enfermería en su libro *Nursing: Concepts of Practice*, publicado en 1971. Su idea coincide con la de Henderson, para ella el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para preservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que de ellas se derivan.

- Orem clasificó su teoría del déficit de autocuidado en enfermería como una teoría general, integrada a su vez por 3 subteorías que se interrelacionan:

1. El autocuidado (¿Cómo se cuidan las personas y por qué?).
2. El déficit de autocuidado (¿Por qué la Enfermería puede cuidar a las personas?).
3. Sistemas de Enfermería (¿Qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista ¿la Enfermería?).

Definió el autocuidado como: la práctica de actividades que el individuo aprende y orienta hacia un objetivo: mantener su salud, seguir viviendo y conservar su bienestar, y responde de manera consciente a sus necesidades en materia de salud (Marriever), ejemplo, necesidades de alimentarse, agua y reposo los cuales son fundamentales.

Necesidades específicas en determinados momentos de la vida: niñez, embarazo y vejez. Plantea que el autocuidado es imprescindible para la vida y si faltan provocan la enfermedad y la muerte. Los métodos de asistencia que plateó Orem se basan en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia a mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Específicamente puede considerarse que el individuo cuida de sí mismo, si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y el funcionamiento normal
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones
4. Prevención de la incapacidad o su compensación
5. Promoción del bienestar.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiada. En este sentido, el autocuidado es la practica después de haberla considerado de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

- Supuestos Principales

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para

auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (14)

- La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería.

Se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958.

- La teoría de los sistemas enfermeros es la unificadora.
- La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería.
- La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo. (15)



1.- Teoría del autocuidado.

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además 3 requisitos de autocuidado como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- 1.- Requisitos de autocuidado universal:

Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- 2.- Requisitos de autocuidado del desarrollo:

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

- 3.- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

En el modelo de Orem, hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de su autocuidado de desviación de la salud. Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado a la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe producen patología humana o están asociadas a esta
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Realizar efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patologías, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento integrado, a la corrección de conformidad o anomalías o a la compensación de incapacidades.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos regularlos.
5. Modificación del auto concepto (y autoimagen) aceptándose a uno mismo como sr como estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuo.
 - Teoría del déficit de autocuidado.

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones como causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- Teoría de los sistemas de enfermería.

Explica los modos de atención de enfermería, los cuales se identifican mediante 3 sistemas; Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

- 1.- Sistemas de enfermería totalmente compensatorio.

Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ello hasta el momento en que el paciente puede reanudar su propio cuidado, o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

- 2.- Sistemas de enfermería parcialmente compensatorio.

Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

- 3.- Sistemas de enfermería de apoyo-educación:

Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede prender adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos.

Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

- Orem define el objetivo de la enfermería como:

"Ayudar a la persona a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar 5

métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, que coincide con la finalidad de la promoción de la salud; hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, así como otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

También supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta elementos novedosos para atender a las personas (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando la persona por cualquier razón no puede auto cuidarse.

- Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propuso se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente estos son:
 1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
 2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, ejemplo, las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
 3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
 4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
 5. Enseñar a la persona que se ayuda, ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe poseer. (14)

- Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

- Cuidado dependiente

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

- Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.

- Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

Esenciales en el modelo de Orem son los llamados requisitos de autocuidado. No solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las

llamadas requisitos de autocuidado universal. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales.

Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados ´potencialmente peligrosos para la vida.

El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivo.

La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones.

La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esencial para el desarrollo humano normal. La interacción social tiene así mismo una importancia práctica, que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo alimentos.

La soledad requiere igualmente una importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como su entorno que los rodea.

La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Implica que el individuo tenga un auto concepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo. Este requisito requiere que un individuo busque y realice la acción apropiada cuando aparecen problemas de salud, emocional o de otra índole. (16)

- Demandas de autocuidado

El autocuidado para los individuos sanos, puede contemplarse en términos de equilibrio de varios factores. Por una parte, existe la necesidad de cuidar de uno mismo, deben satisfacer los requisitos de autocuidado universal. Por otra parte, el individuo debe tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado que se hacen al individuo: un individuo debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tiene un contexto cultural apropiado. Esta idea de equilibrio entre las demandas y las actividades, es central en el modelo de Orem, no solo a nivel conceptual, sino también en términos del cuidado práctico de los pacientes.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado se clasifica principalmente en dos.

- Etapas específicas de desarrollo

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven el desarrollo.

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, tal etapa debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

- Las etapas de desarrollo específicas incluyen:
 1. La vida intrauterina y nacimiento
 2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
 3. Lactancia.
 4. Etapa de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
 5. Etapa de desarrollo de edad adulta.
 6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de las etapas de desarrollo considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede ser demandas específicas de salud a causa de nivel prevalente de desarrollo del individuo.

- Condiciones que afectan el desarrollo humano

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado tiene dos subtipos.

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, también se preocupa por el peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes

(o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano

- Las condiciones relevantes incluyen:
 1. Derivación educacional.
 2. Problemas de adaptación social.
 3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
 4. Pérdida de posesiones o del trabajo-
 5. Cambio súbito en las condiciones de vida
 6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
 7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
 8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
 9. Peligros ambientales.

Estos constituyen una amplia de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo. Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

- Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

La demanda de autocuidado terapéutico puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente y lo que puede o debería hacer para satisfacerlos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

- Agencia de autocuidado.

Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica cuando los individuos realizan su propio cuidado, recibe el nombre de agencia de autocuidado.

En la persona media, sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se considera que los individuos saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tiene una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos la agencia de autocuidado esta aun desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando el control esfinteriano y una comprensión creciente del proceso de eliminación; y su aprendizaje tiene lugar dentro de límites culturales bien definidos.

En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada, que sin embargo no funcione.

- Agencia de autocuidado independiente.

Orem reconoce que hay situaciones que las personas cuidan de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agente de cuidado independiente. (17)

2.2.2.-Metaparadigma.

Enfermería: Consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Persona: Es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud.

Salud: Se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano.

Entorno: Representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos.

2.2.3.- Paradigma.

A lo largo de la historia la necesidad de determinar y mostrar el objetivo esencial de la enfermería, surgieron diversas preguntas, que es lo que hace la enfermera, como es que lo hace y cuál es el efecto deseado de dichas acciones. A partir de estas interrogantes nacen los paradigmas del concepto de enfermería producto de la reflexión de distintas teóricas que manifiestan varios conceptos que en conjunto forman modelos y teorías que en la actualidad se siguen aplicando para la ejecución del cuidado, sin embargo, ha sido imposible determinar globalmente cual es la mejor teoría que unifique e identifique el cuidado de enfermería.

Para Kuhn (1962) define un paradigma como el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia. Cuando se habla de paradigmas se está haciendo referencia a las estructuras, a marcos referenciales a partir de los cuales se desarrolla un modelo o teoría de enfermería. La enfermería como ciencia se ha propuesto a partir de paradigmas para la conceptualización de la disciplina.

2.3.- Marco conceptual

2.3.1.- Conceptos básicos de la hemorragia posparto

La hemorragia posparto es el sangrado excesivo posterior al nacimiento del feto y puede ocurrir antes o después de la expulsión de la placenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la pérdida de más de 500 ml, independientemente de la vía de nacimiento. Se considera grave cuando la pérdida de sangre es superior a 1,000 ml después del parto por vía vaginal o abdominal; también cuando presenta signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica. (18)

La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 mililitros posterior al nacimiento sin importar la vía obstétrica de resolución. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el 2006 también la definió como la disminución

del nivel del hematocrito de 10% y/ o el 10% de pérdida del volumen sanguíneo (ACOG 2006). (19)

El ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), su definición más aceptada de la hemorragia posparto consiste cuando la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario transfundir elementos sanguíneos, por tanto, es una emergencia obstétrica cuando esta se presenta. (20)

La hemorragia posparto se llega a presentar en la tercera etapa del trabajo de parto, es decir durante el alumbramiento este período incluye desde la salida del recién nacido hasta la expulsión de la placenta siendo este un estado de elevado riesgo, ya que una alta proporción de las muertes maternas especialmente las debidas a hemorragia se desencadenan durante dicho período. Incluso con un manejo adecuado, aproximadamente 5% de las pacientes obstétricas tendrán hemorragia posparto, y el 1% de los partos vaginales se traducirá en una hemorragia grave.

La hemorragia posparto es la causa número uno de mortalidad materna a nivel mundial.

Las posibles secuelas de la hemorragia posparto incluyen hipotensión ortostática, anemia y fatigo, que pueden hacer que la lactancia y atención materna del recién nacido sea más difícil. La hemorragia puede aumentar el riesgo de la depresión posparto y las reacciones del estrés agudo. Puede ser necesaria una transfusión, la cual conlleva riesgos de infección y de reacción. En los casos más graves se debe anticipar la Coagulopatía dilucional. El shock hemorrágico puede conducir al síndrome de Sheehan (isquemia de pituitaria posterior con insuficiencia de prolactina), isquemia miocárdica oculta o la muerte. (18)

La Hemorragia posparto (HPP) es probablemente el evento obstétrico más dramático que existe. El incremento de Histerectomías Obstétricas, transfusiones sanguíneas y muerte como complicaciones relacionadas de la HPP masiva, ha llevado a diferentes equipos de trabajo y a grupos de expertos en salud alrededor del mundo a realizar esfuerzos en las terapias de abordaje. Se han propuesto diferentes intervenciones que han demostrado efectividad en la disminución de la morbimortalidad por (HPP), entre ellas la cirugía de control de daños y la reanimación hemostática.

Los principales problemas médicos asociados a muerte por hemorragia posparto masiva, son los relacionados con el diagnóstico y reconocimiento, manejo incorrecto e inconvenientes con la reanimación.

El primer parámetro clínico que se altera en caso de hemorragia masiva es la frecuencia cardíaca, esta aumenta de manera inversa al descenso de Presión Arterial Sistólica, sin embargo, el fenómeno de vasoconstricción es capaz de mantener la Presión Arterial dentro de parámetros de relativa normalidad en estadios iniciales de Shock. (21)

2.3.2.- Tratamiento inicial no Farmacológico para la hemorragia posparto

La conducta inicial se centra en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Al inicio deben adoptarse medidas de sostén básicas como mantener la temperatura corporal, evitar la pérdida insensible de fluidos, mejorar la perfusión sanguínea, así como controlar el sangrado, se recomienda fluidoterapia intravenosa con solución salina normal o Lactato Ringer a razón de 3:1, es decir se reponen 3 CC. de soluciones por cada centímetro cúbico de pérdida hemática estimada. En general, se recomienda aplicar transfusiones sanguíneas cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente considerando que un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito aproximadamente en 3% y en esta circunstancia si se administran 4 o más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir la coagulopatía dilucional. Se deben administrar concentrados de plaquetas si el recuento desciende por debajo de 20.000 o si hay disfunción plaquetaria.

Durante el tiempo de reposición sanguínea, se monitorizan las constantes vitales, si es posible, se obtienen controles de laboratorio seriados cada 30 minutos. Considerar la transfusión de elementos sanguíneos, una vez alcanzada una hemoglobina ≥ 8 gr/dl, recuento plaquetario ≥ 50.000 , o tiempos de coagulación inferiores a 1.5 veces el valor control. También en caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte. Colocar una sonda urinaria, para vigilancia de la diuresis, se considera un volumen diurético adecuado ≥ 30 ml/hora. (22)

Las hemorragias posparto se clasifican en primarias y secundarias, según se inicien dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento o entre el 2º y el 42º día del

puerperio. Las hemorragias primarias se presentan en 4-6% de los nacimientos y tienen su principal origen en la atonía uterina en el 80% o más de los casos (ACOG 2006).

Entre el 11-17% de las muertes sobrevienen durante el parto y 50-71% en el puerperio. De estas el 88% ocurren en las primeras 4 horas y el resto en el transcurso de la primera semana (Chong 2004). El 80% de los casos resultan por causas directas y 20% por causas indirectas. (23)

En el año 2010, aproximadamente 280 000 mujeres murieron a causa de complicaciones del embarazo y el parto. Existen alrededor de 800 muertes maternas evitables cada día, 995 de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo (Países cuyas economías se encuentran en pleno Desarrollo económico Salud y educación, Desarrollo económico), y casi todas se podrían haber evitado, afecta aproximadamente al 2% de todas las mujeres que dan a luz y se asocia con casi un cuarto de todas las muertes maternas a nivel mundial, es también un importante contribuyente a la morbilidad materna severa y discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras condiciones maternas graves generalmente asociados con la pérdida de sangre más sustancial, incluyendo choque y disfunción orgánica.

2.3.3.-Intervención más significativa que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica posparto

- El manejo activo de la tercera etapa del parto a través del pinzamiento tardío del cordón umbilical, tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento, administración profiláctica de uterotónico como oxitocina o carbetocina posterior a la expulsión del hombro anterior del producto.
- Otras intervenciones que previenen o reducen el impacto de la hemorragia obstétrica son: evitar el trabajo de parto prolongado, traumatismo mínimo durante el parto vaginal asistido, detección y tratamiento de la anemia durante el embarazo, identificación de la placenta previa, acretismo placentario por medio de ultrasonido. Es recomendable en las mujeres en periodo de puerperio inmediato vigilar y considerar los distintos signos y síntomas de hemorragia tales como: taquicardia, hipotensión, oliguria, extremidades frías, dolor en hipogastrio.

En situaciones de hemorragia obstétrica severa es común la acidosis y coagulopatía secundaria a dilución que complica el shock, la coagulopatía por sangrado está relacionada con la pérdida sanguínea, el consumo de factores de coagulación, la activación de vías de fibrinólisis y hemodilución por la terapia de resucitación con líquidos.

El programa de Actualizaciones en Emergencia Obstétrica en el tratamiento para la hemorragia postparto en sus actualizaciones hace las siguientes observaciones:

- Que la hemorragia es impredecible y puede ocurrir sin factores de riesgo.
- Que el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto (MATEP) se debe utilizar de forma rutinaria.
- El manejo de la HPP requiere un diagnóstico rápido y tratamiento.
- El diagnóstico y tratamiento se producen simultáneamente con la mnemotecnica de las cuatro "T's".
- Se puede tratar de forma efectiva con el masaje uterino y medicamentos uterotónico (oxitocina, misoprostol, Metilergonovina y 5-metil prostaglandina F2 alfa (estimula la actividad contráctil del músculo liso uterino).
- El reconocimiento, evaluación sistemática, tratamiento, y pronta reanimación con líquidos minimiza la morbilidad y la mortalidad asociadas con la hemorragia posparto independientemente de la causa.

Aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP son la atonía uterina, en un 50-60%, por placenta retenida y restos placentarios en un 20-30%, y por laceraciones cervicales y/o vaginales en un 10%.

Otras causas pueden ser por traumatismo durante el parto, ya sea por partos prolongados con desproporción céfalo pélvica relativa o absoluta o porqué el útero que ha sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas.

Las laceraciones cervicales y/o vaginales son la segunda causa de HPP en 10% de los casos, generalmente asociadas a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre rápido, antes de dilatación cervical completa, o a la realización de episiotomía, también pueden ocurrir por extracción manual de la placenta.

Los factores de riesgo incluyen afecciones ante parto como son: historial de la hemorragia posparto (10% de reincidencia con partos posteriores), nuliparidad, gran multiparidad (>5 partos), Coagulopatía congénita o adquirida, y el uso de medicamentos como aspirina o la heparina, placenta anormal, edad > 30 años, anemia, sobre distensión del útero por gestación múltiple, polihidramnios, y macrosomía fetal.

Factores de riesgo de parto: parto prolongado (primera, segunda o tercera etapa), la preeclampsia y otros trastornos relacionados, muerte fetal, inducción o conducción del trabajo de parto, uso de sulfato de magnesio y corioamnionitis.

Y otras intervenciones quirúrgicas como son: parto vaginal asistido, cesárea y episiotomía. (18)

Sin embargo, el 20% de los pacientes que desarrollan hemorragia posparto no tienen factores de riesgo, por lo que los proveedores deben estar preparados para tratarlo en cada parto.

2.3.4.- Etiopatogenia de la hemorragia posparto

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

La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término representa entre 500-800 mililitros por minuto, por esta razón, 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 con el fin de disminuir el sangrado, además de permitir la formación del coágulo retroplacentario. Si el útero falla en contraerse 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 un desenlace fatal. (24)

En la práctica, sin embargo, es difícil estimar con exactitud la cantidad de sangre perdida. La estimación visual de la pérdida de sangre es notoriamente imprecisa. La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y/o con la orina, se dispersa en gasas, toallas

y compresas, en los baldes y en el piso. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma oportuna estas complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. Implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte de personal de salud idóneo, puede descender fuertemente la razón de mortalidad materna. Con el fin de establecer medidas más objetivas se ha propuesto la definición de la hemorragia posparto masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o si el sangrado se asocia a una inestabilidad hemodinámica.

La prevalencia de la hemorragia posparto: de 500 CC. es del 6 a 10% y para la HPP mayor de 1000 cc. es de 2 a 3 %.

Los signos y síntomas de la hemorragia posparto

- Sangrado abundante
- Hematocrito disminución de glóbulos rojos
- Tumefacción y dolores en los tejidos de las áreas vaginal y perineal
- Taquicardia materna.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea
- Palidez marcada.

Razones que dificultan reconocer la presencia de hemorragia obstétrica son:

1. La dificultad para reconocer los factores de riesgo
2. La dificultad en la estimación exacta de la pérdida de sangre.
3. Dificultad en el diagnóstico precoz.

2.3.5.- Prevención

La estrategia preventiva es el manejo activo de la tercera etapa del trabajo del parto (MATEP) el cual consiste en:

- 1.- Administrar oxitocina justo a la salida del hombro anterior.
- 2.- Pinzamiento tardío del cordón después de 1 a 3 minutos.

3.- Tracción controlada y sostenida del cordón umbilical para expulsar la placenta.

4.- Masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

Para realizar correctamente la tracción controlada del cordón, tome el cordón con la mano y aplique tracción suavemente, mientras que, de forma simultánea, aplica con la otra mano presión suprapúbica (no del fondo del útero), con la llamada “maniobra de Brandt Andrews”

Lo recordaremos mejor si llevamos la secuencia de la mnemotecnia (AAA)

Aplico 10 UI de oxitocina IM DU.

Aplico tracción y contratación del cordón umbilical (Brand Andrews)

Aplico masaje pos alumbramiento (CREDE).

2.3.6.- Evidencia en la atención del tercer período del parto:

La mayoría de los casos de HPP ocurren durante el tercer período del parto. En este período, los músculos del útero se contraen y la placenta comienza a separarse de la pared uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden dependen de la rapidez con que esto ocurra. El tercer período generalmente dura de 5 a 15 minutos. Si transcurren más de 30 minutos, se considera que el tercer período del parto es prolongado, lo que indica una posible complicación.

Se ha estimado que luego del nacimiento existe un pasaje de sangre, de la placenta al bebé, de aproximadamente 80 ml al minuto del nacimiento, y de 100 ml a los 3 minutos. Este volumen agregaría 40 a 50 mg/ kg de hierro extra a los 75 mg/kg de hierro corporal con el que nacen los bebés de término, llegando a un total de 115 a 120 mg/kg, lo que podría prevenir la deficiencia de hierro durante el primer año de vida. Se ha estimado que el pinzamiento inmediato del cordón umbilical impide que un 20% a 50% de la sangre fetal fluya de la placenta al recién nacido. El menor flujo de sangre se traduce en un descenso de los niveles de hematocrito y hemoglobina del recién nacido, y podría incrementar la frecuencia de anemia por deficiencia de hierro durante la infancia. (22)

La administración de un fármaco uterotónico es el paso más importante en la reducción de la HPP. Una demora en la sujeción del cordón de 1 a 3 minutos, tiene beneficios para

el recién nacido sin un aumento de la HPP o morbilidad neonatal. Estos beneficios incluyen una disminución de la anemia en pretérmino y los recién nacidos a término, así como la disminución de la hemorragia intraventricular en el recién nacido pretérmino.

El manejo activo disminuye la HPP severa, reduce el riesgo de anemia posparto, y acorta la tercera etapa del trabajo de parto con aumento significativo en los casos de retención de placenta. Una reducción de la incidencia de la HPP, también se produce si la oxitocina se administra después de la expulsión de la placenta.

El MATEP es recomendado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (IMC), y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La oxitocina intravenosa es usada para el MATEP. Una dosis razonable sería de 5 a 10 unidades como bolo de 1 a 2 minutos. El misoprostol ha sido evaluado para la prevención de la HPP, debido a sus ventajas en zonas de escasos recursos; es barato, estable al calor y la luz, y puede ser administrado sin el uso de jeringa. La fiebre relacionada con el misoprostol tiene un patrón típico está precedida por el temblor, tiene un comienzo al menos de 20 minutos del posparto alcanza su máximo en una o dos horas y de forma espontánea disminuye después de tres horas. Se usa solamente cuando la oxitocina no está disponible. Una dosis razonable sería 600 mcg vía oral.

Evitar la episiotomía de rutina, el uso de compresas tibias perineales y el uso de vacum en lugar de fórceps cuando se requiere el parto vaginal asistido, puede disminuir la incidencia de trauma perineal.

Los loquios y signos vitales deben ser evaluados con frecuencia para detectar la pérdida lenta, pero significativa. Para pacientes de muy alto riesgo de HP, los glóbulos rojos tipados y cruzados y otros productos de la sangre deben estar disponibles en sala de partos. Las mujeres con anemia deben tener prevención agresiva y tratamiento de la HPP las complicaciones pueden ocurrir en pequeños volúmenes de pérdida de sangre.

(18)(15)

2.3.7.- Diagnóstico y manejo de la HPP

La preparación, la detección temprana y la respuesta rápida a la pérdida excesiva de sangre, reducirá la morbilidad asociada a tanto con la HPP primaria como la secundaria. El diagnóstico de la HPP empieza con el reconocimiento de un sangrado excesivo y un examen metodológico para su causa.

La mnemotecnica de las Cuatro T: Tono, Trauma, Tejido y Trombina, Puede ser utilizarse para recordar las causas específicas. En la situación clínica de hemorragia obstétrica la evaluación de las 4 "T's. es fundamental para establecer la etiología de la hemorragia y el inicio de tratamiento para detener la hemorragia a través de uterotónicos, y reparación de desgarros.

Cuadro: 1. Etiología de la hemorragia posparto

Etiología y frecuencia	Etiología
1.- Tono 70 %	Útero atónico
	Fatiga muscular uterina
2.- Trauma 20 %	Desgarros vaginales/ cervicales/perineal
	Extensión del desgarro en la cesárea
	Ruptura uterina
	Inversión uterina
3.- Tejido 9 %	Retención de restos placentarios
	Anormalidades placentarias
4.- Trombina 1 %	Coagulopatías
	Coagulopatías adquiridas en el embarazo
	Púrpura trombocitopénica idiopática
	Coagulación intravascular diseminada
	Coagulopatía dilucional

La pérdida de sangre debe ser monitorizada en cada parto y debe tomarse acción antes de que la mujer desarrolle síntomas como ortostasis (mareos al ponerse de pie), hipotensión, taquicardia, náuseas, disnea, oliguria, o dolor en el pecho.

Una vez que se sospecha de pérdida excesiva de sangre, el tratamiento debe ser iniciado rápidamente, avanzando a través de la Mnemotecnia de las cuatro T (tono, trauma, tejido y trombina). Los pasos deben llevarse a cabo de forma simultánea. Independientemente de la causa del sangrado que se sospeche.

Se debe iniciar dos líneas intravenosas de gran calibre (16 a 18 fr).

Cuando se produce un sangrado antes de la salida de la placenta, la atención se dirige a su retirada e inspección. Si hay una retención de la placenta o no se expulsa por completo, la extracción manual puede ser necesaria

El personal capacitado que atienda el parto deberá efectuar una revisión cuidadosa y sistematizada del canal del parto, de forma manual y con instrumental quirúrgico para descartar que exista:

- Retención placentaria o de restos placentarios
- Ruptura uterina
- Desgarros cervicales
- Desgarros vaginales
- Desgarros de fondos de saco
- Desgarros del introito vaginal, vulva y esfínter anal.

Se deben identificar oportunamente los factores de riesgo para hemorragia posparto y deben ser monitorizadas de manera estricta, específicamente signos vitales, índice de shock, cuantificación de sangrado, tono uterino y uresis.

Después de la salida de la placenta, el sangrado vaginal, en la mayoría de los casos (70%) se debe a la atonía uterina. La primera maniobra para reducir el sangrado es el masaje. La administración de oxitocina se puede dar seguido a esto.

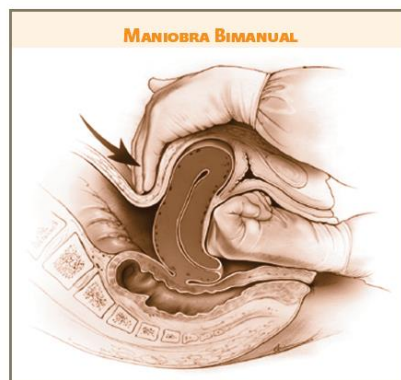
Se deben realizar simultáneamente las siguientes acciones:

- Administración de medicamentos útero-tónicos (ver cuadro).
- Administración de soluciones parenterales.
- Realizar masaje bimanual uterino.
- Canalizar otra vena para administrar soluciones cristaloides, coloides, sangre y hemoderivados.

Si el tono uterino no mejora con la compresión, los masajes y la oxitocina, un segundo uterotónico puede ser administrado. Durante este tiempo el tracto genital puede ser explorado y, de ser necesario hacer reparaciones de las laceraciones.

- Técnicas Mecánicas: Existen dos técnicas, la manual y el taponamiento.

La técnica manual consiste en la presión bimanual del útero (ver figura 1).



Se introduce la mano derecha en vagina y con el puño de esa misma mano se ejerce presión junto con la mano izquierda que está colocada sobre el fondo uterino a través del abdomen. La presión ejercida sobre el útero hipotónico ayuda a su contracción, además del masaje energético que se debe de realizar en forma simultánea.

- El taponamiento de la cavidad uterina:

Es una técnica efectiva con una baja morbilidad. Se reduce la hemorragia hasta en un 50% de los casos y en muchas ocasiones es un método de gran ayuda, ya que ofrece tiempo (1 a 2 horas) para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo o para su traslado a otra unidad para la atención de la emergencia obstétrica. Se recomienda realizar el taponamiento utilizando compresas o gasa estériles y

colocarlas manualmente en la cavidad uterina. El desplazamiento de las gasas o compresas en el interior de la cavidad uterina debe ser uniforme y suave, sin provocar desgarros o perforaciones. El tiempo de remoción de las gasas es de 24 a 36 hrs, y se aconseja la administración profiláctica de antibióticos.

- Trauma (Desgarros vaginales/ cervicales/perineal)

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

La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión. Pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parámetro.

Clasificación de los desgarros

- Primer grado: comprenden solamente la mucosa vaginal, la horquilla y la piel del periné.
- Segundo grado: comprende el cuerpo perineal, lesionando el músculo transverso del periné y exponiendo el esfínter.
- Tercer grado: abarca el cuerpo perineal, con lesión al esfínter rectal y los músculos perineales profundos. Si sólo lesionan el esfínter se les llama incompletos y si el recto se encuentra abierto se les considera completos.
- Los desgarros cervicales generalmente se presentan en las comisuras, y cuando éstos son extensos su trayectoria puede llegar hasta los fondos de saco, aumentando la cantidad de sangrado y la posibilidad de formación de hematomas e infección.
- Trauma en músculo uterino:
- Parto instrumentado.
- Parto precipitado.
- Episiotomía.
- Mal posición fetal.
- Manipulación intrauterina fetal.
- Presentación en plano de Hodge avanzado.
- Cirugía uterina previa.

- Parto Obstruido.
- Placenta fúndica.
- Tracción excesiva del cordón.
- Paridad elevada

El diagnóstico de la HPP

se hace por inspección directa de la zona afectada.

Debe pensarse en esta posibilidad siempre que se haya presentado un parto difícil o una aplicación de fórceps, o bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante, aunque sea en cantidad escasa. Se requiere de una amplia exposición de la región vagino-perineal, mediante el empleo de valvas vaginales y el uso de pinzas de anillos especialmente para revisar el cérvix, así como también para la toma anal de las fibras del esfínter y su aponeurosis en caso necesario.

- Tratamiento en los desgarros del cérvix

se debe tomar el mismo con pinzas de anillos, colocando una a cada lado del desgarro y ejerciendo una tracción moderada para obtener mayor visibilidad de la lesión; a continuación, se colocan puntos separados con catgut atraumático crómico 0, empezando por el vértice del desgarro. Se anudan con la fuerza suficiente para aproximar bordes y para controlar el sangrado. Si el o los desgarros se extienden a los fondos de saco laterales, debe tenerse especial cuidado para no incluir en las suturas el útero que se encuentra a unos dos centímetros de distancia del cuello y del fondo de saco lateral de la vagina.

- Tejido (Retención de restos placentarios)

Es el alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea. Esta complicación es variable y está relacionada con las habilidades y experiencia del personal que realiza la atención obstétrica. Esta complicación obstétrica aún continúa siendo causa importante de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia y sepsis en nuestro país, por lo que la única medida preventiva es la revisión cuidadosa y sistemática de la placenta y de las membranas amnióticas. Cuando se sospeche de la existencia de retención de restos deberá efectuarse la revisión

manual de la cavidad uterina. En caso de que la usuaria presente sangrada transvaginal fresco con coágulos o subinvolución uterina acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posteriores al parto, también se podrá sospechar retención de restos placentarios.

- Trombina (alteraciones de la coagulación)
- Hemofilia.
- Hipofibrinogenemia.
- Antecedentes familiares de coagulopatías.
- Púrpura Trombocitopénica Idiopática.
- Síndrome de HELLP.
- CID: coagulación intravascular diseminada
- Preeclampsia, muerte intrauterina, infección.
- Embolia líquido amniótico. (8).

Una pérdida de sangre mayor a 500 ml requiere medidas de reanimación inmediata, utilizando un enfoque de equipo interdisciplinario, incluyendo anestesia, laboratorio, enfermería, cirugía, banco de sangre y personal.

- Como parte del manejo:

1.- Abrir la vía aérea y suministrar oxígeno suplementario para mantener saturación de oxígeno mayor del 95%.

2.- Ventilar al paciente si es necesario, con 100% de oxígeno.

3.- Proporcionar fluidos por vía intravenosa y, posiblemente de sustitución de sangre al comenzar dos vías periféricas de grueso calibre solución salina normal u otros fluidos cristaloides.

4.- Elevar los pies de la cama, mejorara el retorno venoso y elevara la presión sanguínea de la paciente.

5.- Después de la evaluación primaria materna, obtenga los resultados de laboratorio (tipificación y pruebas cruzadas, recuento sanguíneo completo y coagulación). Colocar un catéter de sonda urinaria para vaciar la vejiga y monitorear la diuresis.

La frecuencia cardiaca y presión arterial deben ser vigiladas y documentarlos.

La hemorragia uterina intratable puede requerir empaquetamiento uterino. (18)

Recomendaciones para estimar la pérdida sanguínea posparto

- Las bolsas de recolección para los partos, las compresas o pañales pesados, son más precisos que la estimación visual de la pérdida hemática.
- La mayoría de casos de HPP no tienen factores de riesgo identificables.
- Los factores de riesgo pueden presentarse antes del parto o durante el parto.
- También se recomienda que la cuantificación de pérdidas sanguíneas sea posterior al alumbramiento utilizando bolsas graduadas para una medición exacta, pesar las gasas y compresas secas previo y posteriormente a la hemorragia y medir esa diferencia del peso que es la que determina los mililitros de pérdida sanguínea más exacta, es otro método aceptable para la estimación de la pérdida sanguínea.

Para el establecimiento del diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica se debe considerar la estimación de la pérdida sanguínea y los parámetros clínicos de la frecuencia cardiaca y presión arterial sistólica e índice de choque. (la frecuencia cardiaca dividirlo entre la presión arterial sistólica).

Cuadro 2 Pérdida sanguínea y Grados de shock

Pérdida de volumen sanguíneo (mL.)	Presión arterial	Signos y síntomas	Grado de shock
500 a 1.000 (10- 15%)	Normal	Palpitaciones, taquicardia, mareo	Compensado
1.000 a 1.500 (15-25%)	Caída leve (80- 100mmHg)	Debilidad, taquicardia, transpiración	Leve
1.500 a 2.000 (25 -35%).	Caída severa (70- 80mmHg)	Inquietud, palidez, oliguria	Moderado
2.000-3.000 (35-50%)	Caída marcada (50- 70mmHg)	Colapso, falta de aire, anuria	Severo

(25)

Cuadro 3 Categorización de la hemorragia

Datos	Grado 1 (no de choque)	Grado 2 (Hemorragia leve)	Grado 3 (Hemorragia moderada)	Grado 4 (Hemorragia severa)
Índice de choque Frecuencia Cardíaca /TAS Normal 0,7 a 0.9	0.7-0.9	1.0	1.1	> 0 = a 1.7
Frecuencia cardíaca lpm	< 100	100-120	120-140	>140
PA sistólica mm/Hg	Normal	Normal	Menos de 90	Menor de 80
Déficit de base mEq/L	Menor o igual a 2	Mayor de 2 a 6	Mayor de 6 a 10	Mayor de 10
Estado de conciencia	Ansioso leve	Ansioso moderado	Confundido	Confundido + letargo
Mortalidad	Menor al 10%	12%	25%	55%
Perdida sanguínea mL	500	501-1000	1001-2000	>2000
% de pérdida de VSC	Menor o igual a 15	15-30		>40
Lactato mmol/L	Menor a 2	2-4	4-8	Mayor a 8
Fibrinógeno	Normal	Menos de 290	Menos de 200	Menos de 100
Necesidad de productos sanguíneos	Observar	Considerar	Iniciar con administración de hemoderivados	Preparar para transfusión masiva

(26)

2.3.8- Abordaje inicial de la Hemorragia posparto

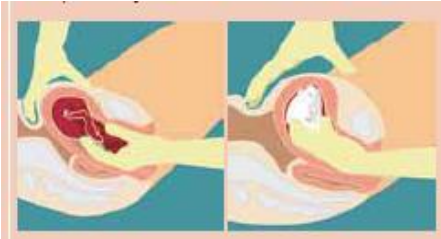


Las prioridades en el manejo de la hemorragia posparto son el control del sangrado y la reposición del volumen circulatorio para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno y mantener una adecuada perfusión.

Esquema 4 propuesto para el abordaje de la HPP

Acciones		Observaciones
Pedir ayuda	llamar	Equipo de obstetricia, UCI, anestesiología, enfermería
	alerta	Banco de sangre y sala de cirugía
	transferir	En caso que se encuentre en un nivel sin la suficiente capacidad resolutive para asistir el caso
Resucitación	Vía venosa	Colocar dos vías venosas periféricas percutáneas, calibre 16-18 En caso de inestabilidad hemodinámica debe tener un sistema de transfusión rápido que permita calentar fluidos y productos de transfusión y en hipotensión refractaria vasoactivos para alcanzar una tensión arterial media de 65 mmHg
	O2 al 100%	10-12 litros por minuto por máscara.
	Trendelemburg	Elevación de los miembros inferiores a 30 grados.
	Muestras	Hemoclasificación, pruebas cruzadas, hemograma, pruebas de coagulación: PT, PTT, fibrinógeno, creatinina y electrolitos.
	Uso de trajes compresivos	De especial indicación para efectuar traslados a centros de mayor complejidad.
	Monitorear	Frecuencia Cardíaca, Frecuencia respiratoria, tensión arterial Temperatura, oximetría de pulso y ECG.
	Sonda Vesical	Monitoreo horario de la diuresis.

Acciones		Observaciones
Reemplazo de volumen	Líquidos	Infusión rápida de cristaloides (Solución Salina Normal o Ringer lactato) hasta 3 litros según la respuesta clínica
	Sangre	<p>Concentrados de glóbulos rojos para restaurar la capacidad de transporte del oxígeno.</p> <p>El protocolo de transfusión masiva incluye 6 unidades de glóbulos rojos (2 unidades O negativo), 6 unidades de plasma y una aféresis de plaquetas (5 a 8 unidades de plaquetas) y debe estar disponible para su utilización en menos de 15 minutos del inicio del sangrado.</p> <p>En usuarias con sangrado masivo, inestabilidad hemodinámica y pérdidas mayores a 1500 CC., iniciar la transfusión con 2 unidades de glóbulos rojos O negativos sin pruebas cruzadas, seguida por trasfusión de glóbulos rojos con pruebas cruzadas, plasma y plaquetas, guiada por clínica y posteriormente por los resultados de pruebas de laboratorio.</p> <p>En usuarias con pérdidas menores de 1500 CC. sin signos de inestabilidad hemodinámica, puede considerarse la transfusión con pruebas cruzadas para buscar más compatibilidad, sin embargo, debe existir una clara conciencia en el grupo tratante que esta decisión no debe ser postergada por un periodo mayor a 30 a 60 minutos.</p> <p>De ser necesario transfundir plasma, plaquetas, y/o factores específicos de coagulación para recuperar la hemostasis.</p> <p>El inicio de la transfusión de plasma estará guiado por la presencia clínica de coagulopatía y posteriormente según los resultados de las pruebas de coagulación.</p> <p>Las pruebas de laboratorio deben guiar la terapia de reemplazo transfusional durante la fase de mantenimiento de la resucitación. La medición del déficit de base indica la severidad en choque hipovolémico. Si el déficit de base es mayor a -6, la paciente está muy comprometida y son necesarias tomas periódicas para establecer la efectividad de las intervenciones.</p>

		Otros parámetros de perfusión utilizados para guiar la reanimación son el lactato sérico y la saturación venosa central.
--	--	--

Acciones		Observaciones
Identifique y detenga el sangrado	Evacuación de restos de la placenta y/o membranas.	
	Sutura de desgarros	<p>De la vagina, cérvix y/o periné, bajo analgesia para realizar las suturas continuas con materiales absorbibles.</p> <p>Verificar la integridad del esfínter anal y de la uretra.</p> <p>En caso de estallido vaginal con sangrado profuso e incontrolable puede realizarse un empaquetamiento vaginal con mechas vaginales</p> <p>(envaselinadas o sobre un guante de látex) para ser retirado a las 24 a 48 horas.</p> 
	Manejo de la atonía uterina	<p>Masaje Bimanual para atonía</p> <p>Utilizar guantes estériles, el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, mientras que la otra mano comprime a través del abdomen</p> 

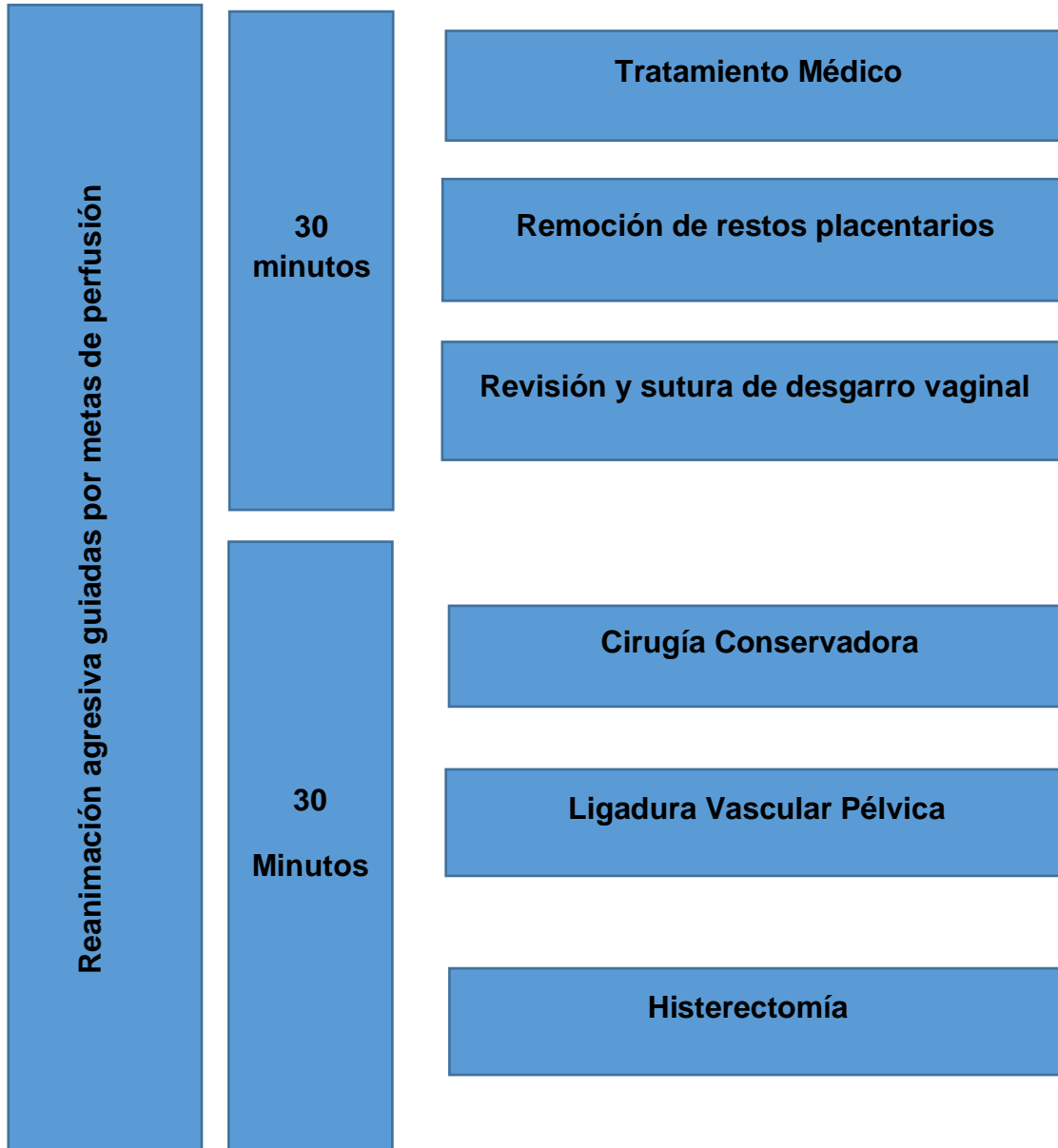
		<p>la cara posterior del útero. Las evidencias demuestran una menor pérdida sanguínea a los 30 y 60 minutos.</p> <p>Medicamentos: Oxitocina 20 a 40 U.I. en 1 litro de solución salina normal, pasar 500 ml en 10 minutos, resto de la solución 250 ml. Por hora.</p> <ul style="list-style-type: none">• Metilergonovina amp de 0,2 mg 1 ampolla IM o IV, segunda dosis a los 20 minutos y después 0,2 miligramos cada 2 a 3 horas hasta un total de 4 dosis. (contraindicado en preeclampsia, hipertensión gestacional, o hipertensión crónica).• Misoprostol tabletas 800 a 1,000 mcg vía rectal. <p>Taponamiento uterino: se puede realizar por mechado o empaquetamiento con gasa envaselinadas o utilizando el catéter de Bakri diseñado específicamente para el tratamiento de la HPP. En caso de ausencia de este catéter se puede utilizar otros, como el esofágico de Sengstaken Blakemore, la sonda urinaria con 60-80 ml o el hidrostático urológico; estos últimos no tienen tan buenos resultados como el primero. Se utilizan fundamentalmente para el traslado o como prueba diagnóstica, pero se pueden dejar hasta 48 horas acompañados de infusión de oxitócicos y Antibioticoterapia.</p>
--	--	--

	Acciones	Observaciones
<p>Considere manejos más avanzados</p>	<p>Laparotomía</p>	<p>Técnica de sutura hemostática uterina (Sutura B-Lynch) Indicado en pacientes con HPP secundaria a atonía uterina; pretende realizar una compresión vertical sobre el sistema vascular del útero colocando una ligadura (reabsorbible de poliglactina o de ácido poliglicólico No 2), en la pared anterior y posterior del útero.</p> <p>Las suturas hemostáticas deben ser realizadas después de la histerotomía para tratar de definir si la cavidad uterina está limpia y asegurar un mayor éxito en el tratamiento. El primer punto se coloca a unos 3 cm por debajo del borde de la histerotomía y a 3 cm del borde lateral uterino, saliendo a 3 cm por arriba de la histerotomía y a 4 cm del borde uterino.</p> <p>Se lleva la sutura en sentido ascendente y se coloca 1 punto posterior que penetra en cavidad y que se da al mismo nivel que la histerotomía, a unos 4 cm a cada lado del borde uterino, donde empieza el ligamento ancho. La sutura que debe quedar a cierta tensión comprimiendo el útero, se deja a unos 4 cm del cuerno uterino para evitar un posible deslizamiento lateral de la misma. Esta técnica está recomendada en pacientes que desean preservar la fertilidad con una tasa de éxito del 91%, y está indicada en pacientes que responden a la compresión bimanual del útero con adecuada perfusión, estabilidad hemodinámica y sin coagulopatía de lo contrario esta técnica no tendrá éxito.</p> <p>Ligadura arterial pélvica de arterias uterinas o hipogástricas: está recomendada cuando fallan los procedimientos menos invasivos y puede ser la primera opción cuando la HPP se presenta durante la cesárea.</p>



	<p>Histerectomía: De preferencia total y sin demorar excesivamente la decisión de realizarla ya que retrasos pueden llevar a la muerte de la paciente.</p> <p>La histerectomía subtotal se debe realizar solamente en caso de gran inestabilidad de la paciente.</p>
<p>Considerar otras opciones médicas</p>	<p>Ácido tranexámico: no está indicado su uso de rutina, las dosis empleadas son de 1 gramos cada 4 horas hasta dosis acumulativa de 3 gramos.</p> <p>Factor VII activado: es un adyuvante al tratamiento médico, quirúrgico y la reanimación. La dosis sugerida es de 90 microgramos por kg. De peso, con posibilidad de ser repetida si no hay respuesta clínica a los 10 a 15 minutos, es extremadamente costoso.</p>
<p>Embolización</p>	<p>Embolización arterial selectiva de arterias hipogástricas o perineales (pudendas) este procedimiento preserva la fertilidad. La tasa de efectividad reportada es mayor al 90%, con retorno a ciclos menstruales regulares en casi el 100%. La presencia de choque severo, coagulopatía e hipoperfusión, contraindican su utilización.</p>

Esquema 5 de manejo que conjuga en términos de tiempos promedios, el manejo médico, quirúrgico y reanimación en Hemorragia posparto



(27)

2.3.9.- Tratamiento farmacológico de la hemorragia posparto

Simultáneamente a las medidas no farmacológicas se administran de forma secuencial fármacos uterotónicos. Ante un sangrado por atonía se aplicarán:

- **Oxitocina.** Se administra Oxitocina 20 a 40 U.I. en 1 litro de solución salina normal, pasar 500 ml en 10 minutos, resto de la solución 250 ml por hora. Es la terapéutica de primera elección, por su efectividad y costo, sin embargo, debe tomarse en consideración los riesgos de retención hídrica de la Oxitocina.
- **Carbetocina.** Es análogo de larga acción de la oxitocina, la dosis recomendada es 100mcg IV, lento, en dosis única.
- **Metilergonovina.** En dosis de 0.2 mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Por sus efectos vasoconstrictores está contraindicado para pacientes con hipertensión arterial, por lo tanto, preeclampsia. Coadyuvante de oxitocina en caso de no obtener el efecto esperado y no contar con mejores alternativas, como Carbetocina, en el sitio de atención.
- **Misoprostol.** La dosis recomendada es de 400-600 microgramos VO o vía rectal de 800 a 1,000 mcg. Puede ser utilizada en pacientes con asma o hipertensión arterial.
- **El factor recombinante VIIa, (rFVIIa)** es una glicoproteína similar al factor VII derivado del plasma humano, un factor de coagulación dependiente de vitamina K. El factor VIIa recombinante se compone de 406 residuos de aminoácidos con un peso molecular de 50 kD, Alternativa en mujeres de riesgos alto o como agente hemostático o cuando la hemorragia posparto no responde a terapia convencional. La dosis es 16.7 a 120 mcg/kg, en bolo simple, cada 2 horas, hasta conseguir hemostasia. Se obtiene el control del sangrado en 10-40 minutos. (28)

En maniobras como tracción violenta del cordón, puede producirse una inversión uterina. En estos casos deberá administrarse un analgésico potente (Meperidina 1 ampolla de 100 mg, diluida en 20 cm de solución salina, inyectando lentamente de a 2 cm, probando tolerancia. Si se cuenta con anestesista, el procedimiento deberá ser practicado con anestesia general. No debe usarse medicación oxiótica, porque puede agravar la situación. (29)

Efectos y vida media de las drogas uterotónicas:

Oxitocina droga más utilizada por su demostrada efectividad para disminuir la incidencia de HPP y los casos de tercer período de parto prolongado. La Oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las usuarias.

La Ergonovina (alcanza concentraciones máximas en plasma, 60-90 minutos después. La vida media de la Metilergonovina en plasma es de 0.5 a 23 horas), combinada con Oxitocina (El comienzo de la acción por la vía IM es de 3 a 5 min y la duración es de 30 a 60 min), aún más efectiva que la Oxitocina pura. Sin embargo, la Ergonovina se asocia con más efectos secundarios, como por ejemplo dolor de cabeza, náuseas, vómitos y aumento de la presión sanguínea.

Las mujeres que sufren de presión alta, preeclampsia o eclampsia, no pueden usar Ergonovina porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

Las prostaglandinas como el misoprostol, también son efectivas para controlar el sangrado, pero tienen diversos efectos secundarios, entre los que se cuentan diarrea, vómitos y dolor abdominal, con una vida media de eliminación de 20 a 40 min.

La Carbetocina es un análogo sintético de la Oxitocina con una vida media más prolongada (40 minutos). Administrada en forma IM o IV, inmediatamente luego del nacimiento, es tan eficaz como la Ergonovina para la prevención primaria de la hemorragia posparto y posee menos efectos adversos.

Cuadro 6. Dosis y vías de administración de medicamentos oxitócicos

	Oxitocina	Ergonovina/ Metilergonovi na	Carbetocin a	Misoprostol
Dosis y vía de administraci ón	Oxitocina 20 a 40 UI. En 1 litro de sol. Salina normal pasar 500 ml. En 10 minutos, resto 250 ml. Por hora. IM: 10 a 20 unidades. Hemorragia Posparto: 20 a 40 unidades	IM o IV (lentamente) 0,2 Mg.	IV 100 mcg una sola vez (administrar en bolo, en un lapso de 1 minuto)	400-600 mcg. (vía oral o sublingual).
Dosis continua	IV: Infunda 20 unidades en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas por minuto	Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos Si se requiere, administre 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4	No administrar	Única dosis.
Dosis máxima	No más de 3 litros de líquidos IV que contengan Oxitocina	Hasta 5 dosis (un total de 1,0 mg)	100 mcg (una ampolla de 1 ml).	600 mcg. (vía oral o sublingual).
Precaucione s y contraindica ciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV.	Hipertensión crónica, Insuficiencia coronaria	Asma.

(22)

- Shock hipovolémico

El estado de choque hipovolémico hemorrágico es definido en la actualidad como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una pérdida sanguínea. Al inicio se activan mecanismos de compensación que logran evitar que la enferma llegue a un estado de hipoperfusión tisular, si la pérdida sanguínea no es corregida, terminará en estado de metabolismo anaerobio, disfunción multiorgánica y muerte. (Cecconi M, 2014) (30)

Corrección del choque hipovolémico secundario hemorragia posparto

La corrección del choque debe hacerse mediante la administración intravenosa de cristaloides y coloides, es prioritaria ante cualquier tipo de hemorragia aguda.

Los cristaloides son soluciones que contienen agua, electrolitos y/o azúcares en diferentes proporciones. Se recomienda el empleo de solución cristaloides a una dosis de 30ml/kg en la fase de resucitación en el manejo de la paciente con hemorragia obstétrica y choque hipovolémico.

El choque hipovolémico severo con más de 40% de pérdidas sanguíneas amenaza inmediatamente la vida. Estas pacientes requieren de transfusión rápida.

En el contexto de un choque hipovolémico moderado a severo con sangrado activo, se recomienda que la administración de plasma fresco se inicie precozmente para prevenir y/o tratar la coagulopatía. La decisión de transfundir se basará en criterios clínicos más que en el valor absoluto del hematocrito o la concentración de la hemoglobina, como ocurre en presencia de hemorragias persistentes, inestabilidad hemodinámica y el tipo de cirugía que se lleva a cabo. (30)

- Beneficio de esta hipervolemia

Las soluciones cristaloides se distribuyen rápidamente en todos los compartimientos, por esta razón solo el 16% del volumen administrado permanecerá en el espacio

intravascular transcurridos 30 minutos y el 11% a los 60 minutos. La solución de Ringer posee al menos dos ventajas, en primer lugar, contiene calcio en 3 mEq/L, que favorece la contractilidad cardíaca y disminuye la acción anticoagulante del citrato que acompaña la sangre de banco y en segundo término carece de exceso de cloro, 11 mEq/L, y de la baja acidez de la solución salina normal con un PH de 6,5.

Por lo expuesto la solución de Ringer lactato es similar a la solución de Hartman, tiene amplia difusión para el tratamiento de reposición de la volemia. Sin embargo, de no disponer de la misma, la solución salina normal deberá indicarse sin demora.

El principal es compensar las pérdidas hemáticas vinculadas con la hemorragia durante el parto. El incremento del volumen sanguíneo comprende al plasma y a la masa eritrocitaria.

Se recomienda el apego al lineamiento de Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica acorde a la NOM-007.SSA2-2016.

Las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

2.3.10.- Código Mater y el equipo de respuesta inmediata (ERIO)

Estrategia Implementada de reacción inmediata que lleva a cabo el equipo multidisciplinario (ERIO), en la atención de la paciente obstétrica en estado crítico y el producto de la concepción.

- Objetivo: Priorizar su atención, diagnóstico y tratamiento.

Deben estar activos y ser efectivos en todos los hospitales las intervenciones dirigidas del ERIO para la HPP estos deberán determinar la causa de la HPP primaria, las cuatro T's siguen vigentes (Tono, Trauma, Tejido, Trombina), considerando que la atonía es el responsable en el 70% de los casos de HPP primaria.

Una vez que se active el código, el anestesiólogo-intensivista debe realizar la reanimación apropiada inmediatamente basados en el monitoreo no invasivo de la frecuencia cardíaca, presión arterial, oximetría de pulso y uresis, además establecer un

acceso venoso tomar pruebas de laboratorio iniciales (biometría hemática, plaquetas, plaquetas, hemostasia grupo sanguíneo) optimizar volumen intravascular y expansión del plasma, terapia con oxígeno y protección contra la hipotermia) realizar los diagnósticos y procedimientos para el tratamiento.

Otro punto importante es el trombo profilaxis mecánica y medias de compresión para asegurar el manejo óptimo de la HPP también se debe hacer simulacros con los equipos multidisciplinares. Este debe realizarse periódicamente y en el área donde se atienden a las pacientes para conocer los recursos.

2.3.11.- El diagnóstico de la hemorragia posparto

Debe hacerse bajo parámetros clínicos y cuantificación objetiva del sangrado, la estimación visual es incorrecta, ya que suele subestimar la cantidad de sangrado. La manera objetiva más aceptada actualmente son las bolsas de recolección específicas y/o el pesar las gasas/compresas para estimar así la pérdida hemática.

Debe considerarse que el índice de choque es un indicador muy preciso para el cálculo de los cambios compensatorios en el sistema cardiovascular debido a la pérdida de sangre. Se calcula con el cociente frecuencia cardiaca/tensión arterial sistólica. Un índice choque mayor a 1 en obstetricia es sinónimo de choque y significa que la paciente está grave.

- Una vez diagnosticada la HPP es importante tener un sistema de alerta que active un código efectivo para el equipo multidisciplinario.
- Fármaco de primera línea de la HPP secundaria a atonía es la oxitocina en el posparto en bolo o en infusión son buenas opciones. Mencionan que si el uterotónico de primera línea no es eficaz en 30 minutos debe buscarse un medicamento de segunda línea. Medicamentos de segunda línea son, ergometrina, misoprostol y carbetocina.

Cuando los uterotónicos fallan en el posparto vaginal se debe llevar una secuencia mecánica, es preferible utilizar taponamientos hidrostáticos uterinos como compresión bimanual, balón de Bakri, pinzamiento de uterinas vías vaginales. Es recomendable el uso de compresión uterina bimanual como medida temporal en lo que se dispone de

atención apropiada en HPP post-atonía, la compresión aórtica externa también es una medida recomendable.

- El pinzamiento de arterias uterinas vía vaginal debe ser parte del protocolo de contención de la HPP; recordar que son medidas temporales en lo que se dispone de atención apropiada, no debemos utilizar empaquetamiento intrauterino con compresas o gasas.
- La primera línea es el balón de Bakri, se debe gestionar contar con uno, si no contamos con el recurso, existen otras medidas como una sonda Foley, un preservativo o incluso un guante, el personal debe estar capacitado para poder utilizar cualquier medida de taponamiento ante los escenarios de HPP.

En el posparto, el taponamiento intrauterino preferentemente con balón de Bakri debería ser la primera línea de tratamiento ante una HPP refractaria a tratamiento médico la compresión bimanual y pinzamiento de arterias uterinas vía vaginal son medidas temporales que ayudan a tener todo listo para la atención adecuada.

- El taponamiento debe permanecer mínimo 6 horas, lo ideal sería mantenerlo de 12- a 24 hrs, la recomendación es desinflarlo gradualmente y vigilar la presencia de hemorragia.
- La segunda línea serán las suturas y la desarterialización uterina secuencial, consideramos que ambos deben ser de primera línea.
- Ligadura de arterias uterinas-suturas compresivas, ligaduras arteriales secuenciales y por último arterias hipogástricas.

Cuadro 7 Procedimientos quirúrgicos en la Hemorragia Posparto

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica	Comentarios
Ligadura de arterias uterinas uní o bilateral	Conserva la fertilidad. Muy aplicable. Menor riesgo. Más rápida.	Poco realizada.	Eficacia: 35% (unilateral). 75% (Bilateral).
Ligadura de ligamento Útero-ovárico.	Conserva la fertilidad. Muy aplicable.	Poco realizada.	Se realiza en forma secuencial a la ligadura de las arterias uterinas en caso de que el sangrado continúe.
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada. Más dificultosa. Requiere mayor tiempo. Mayor riesgo de complicaciones (rotura de la vena Ilíaca, ligadura del uréter).	Requiere experiencia en el abordaje del retroperitoneo. La ligadura doble debe realizarse a 2,5 cm. distal a la bifurcación de la arteria Ilíaca.
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida	Sutura envolvente continua de las paredes anteriores y posteriores del útero.

Histerectomía subtotal	Más rápida. Muy conocida.	No conserva la fertilidad.	Es la opción más segura cuando el cirujano es menos experimentado o cuando han fallado las ligaduras arteriales.
Histerectomía total	Muy conocida.	No conserva la fertilidad. Más dificultosa que la anterior.	Puede ser la mejor opción para los casos de acretismo placentario o desgarros altos de cérvix.
Embolización arterial	Conserva la fertilidad	Pocos centros la realizan en el país. Requiere infraestructura y tiempo de preparación	Su utilización también debe considerarse en los casos de hemorragia posparto histerectomía, para realizarla en centros con complejidad.

(22)

- El objetivo terapéutico del manejo de la pérdida masiva de sangre

Mantener la Hg mayor a 8g/dl. Conteo de plaquetas superior a 50,000. TP inferior a 1.5 veces la normal. TTP menos de 1.5 veces lo normal. Fibrinógeno mayor a 200mg/dl. El reemplazo de volumen debe ser con soluciones cristaloides isotónicas. (solución salina al 0,45% (solución salina al medio), SS (solución salina) al 0,33% y la DAD (dextrosa en agua destilada) al 2,5% y al 5,0%. Recomienda que debe mantener una concentración de hemoglobina de 7 a 9 g/dl durante el sangrado activo.

Ante una hemorragia Posparto Secundaria se debe pensar en endometritis, retención de restos membrado placentarios, subinvolución del lecho placentario.

Ante retención de restos este debe realizarse por personal capacitado y preferentemente bajo guía ultrasonográfica por el riesgo de perforación.

La Reanimación, restauración del volumen es la piedra angular de la reanimación durante la HPP son la restauración del volumen de sangre y la capacidad de transporte oxígeno. El reemplazo del volumen debe realizarse sobre la base de la pérdida de sangre a menudo se subestima, la sangre compatible suministrada en forma de concentrados de glóbulos rojos, para reemplazar la perdida de glóbulos rojos se debe transfundir tan pronto como esté disponible.

- Ventajas de realizar historia clínica completa de la mujer embarazada:

Permite identificar los factores de riesgo asociados a hemorragia posparto de manera oportuna, por tanto, debe ser otra de la intervención indispensable por parte del equipo sanitario.

- El profesional de enfermería debe encargarse de:
- Valorar los antecedentes obstétricos de la mujer embarazada.
- Monitorear los signos vitales horarios.
- Registrar en los formatos de enfermería los factores de riesgo de acuerdo a la normatividad vigente.

Cuando el personal médico indique inducción del trabajo de parto, el personal de enfermería del área de tococirugía deberá detectar factores de riesgo para hemorragia posparto.

El personal de enfermería deberá identificar cada una de las etapas de la gestión activa del trabajo de parto y sus intervenciones que son:

- Preparación de la paciente que incluye la valoración completa y la identificación de factores de riesgo
- Preparación y ministración de medicamentos uterotónicos de acuerdo a los protocolos Institucionales.
- Monitorización hemodinámica
- Cuantificación del sangrado transvaginal
- Evaluación del tono uterino
- Evaluación continua y los registros de enfermería institucionales.

Intervenciones de enfermería dirigidas al manejo inicial de la HPP:

- 1). Monitorización del tono e involución uterina
- 2). Vaciamiento de la vejiga y cuidados de catéter vesical
- 3). Monitorización de los signos vitales y vigilancia estrecha.
- 4). Administración de medicamentos siguiendo los protocolos establecidos para su preparación, dosificación, ministración y registro.

El personal de enfermería deberá detectar durante la recuperación de la paciente obstétrica la presencia de complicaciones como: adormecimiento leve en la región de los glúteos, fiebre y dolor pélvico como las más comunes que se resuelven de 2 a 3 días.

- Atención postestabilización y evaluación final

La hemorragia posparto puede ser alarmante para la mujer, su familia y el personal de salud. Un 9% de las mujeres resultan positivas de trastornos del estrés postraumático debido a parto traumático. El tratamiento para una mujer con HPP no concluye con control

de la hemorragia y la estabilización de sus signos vitales. La detección del diagnóstico y el tratamiento del trastorno por estrés agudo (ocurre en el primer mes postrauma) o estrés postrauma, se justifica para prevenir secuelas emocionales. Además del apoyo de los miembros del equipo de salud, las pacientes con síntomas del estrés agudo, se benefician de la terapia cognitivo-conductual.

2.3.12.- Resumen de la hemorragia posparto

La hemorragia posparto es impredecible y puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo. El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto (MATEP) se debe utilizar de forma rutinaria. El MATEP incluye la oxitocina después del hombro anterior fetal y la tracción controlada del cordón con la maniobra de Brandt Andrews. El masaje uterino después de la expulsión de la placenta es un enfoque razonable. El pinzamiento tardío del cordón (de 1 a 3 minutos después del parto) puede ser considerado para disminuir el riesgo de anemia infantil sin aumentar el riesgo de hemorragia materna.

El manejo de la HPP requiere un diagnóstico rápido y tratamiento. El diagnóstico y tratamiento se producen simultáneamente con la mnemotecnia de las Cuatro T.

La atonía uterina (tono) es responsable de la mayoría de las HPP y se puede tratar de forma efectiva con el masaje uterino y medicamentos uterotónicos (oxitocina, misoprostol, Metilergonovina, y 5-metil prostaglandina F2 alfa).

La oxitocina sigue siendo el tratamiento médico de primera línea para el tratamiento de la HPP por atonía.

El trauma como las laceraciones perineales, hematomas, es la segunda causa más común de la HPP y puede requerir la intervención. La tercera más común de la HPP el tejido uterino, requiere una cuidadosa exploración para extraer coágulos y retener placenta. Los factores de coagulación deben ser sustituidos, y la causa de coagulopatías identificadas y corregidas (trombina).

El reconocimiento, evaluación sistemática, tratamiento, y pronta reanimación con líquidos minimiza la morbilidad y la mortalidad asociadas con la HPP, independientemente de la causa. (18)

2.4.- Marco Empírico

1. Con respecto a los estudios que se han estudiado en usuarias que sufrieron hemorragia posparto, en la Revista Española de anestesiología y reanimación volumen 56 del año 2009, se realizó un estudio observacional a 21,726 usuarias que presentaron parto, llevados a cabo en un periodo de 28 meses, y que sufrieron hemorragia obstétrica. (31)

Los estudios revelan que la hemorragia posparto se presenta en uno de cada 20 partos, y representa el 80% de las hemorragias posparto, y es responsable del 50% de muertes maternas. (32)

El estudio observacional prospectivo comprende de julio 2005 a noviembre del 2007, analizando la incidencia, prevalencia, morbimortalidad y factores de riesgo asociados. De los resultados hubo 21.726 partos (124 con hemorragia grave). La hemorragia se presentó en un 4,54 en parto instrumental, identificando como factores de riesgo embarazos múltiples y muerte fetal Anteparto. La causa principal de hemorragia fue la atonía uterina en el 45,2%, seguida por los desgarros vaginales (26,6%). En su tratamiento utilizaron concentrado de hematíes, fibrinógeno (42.9%), factor VII activo recombinante que es un fármaco a considerar en situaciones de sangrado masivo, su activación tras unirse al factor tisular expuesto da inicio a la cascada de la coagulación reportado en el 3.2% de los casos. Se realizó embolización arterial en 10,5% teniendo éxito en un 84,4%. Realizando histerectomía en el 13.7% de pacientes.

Concluyendo que de los casos estudiados estos presentan baja tasa de hemorragia grave con el uso de agentes antifibrinolítico como complemento terapéutico, y la embolización angiográfica con resultados favorables, y que finalmente el porcentaje de histerectomía sigue siendo elevado. (31)

2. En una revisión la revista de Medicina Intensiva, volumen 40 de los meses junio y julio del año 2016, realizo un estudio acerca de la hemorragia masiva obstétrica con un enfoque terapéutico actual.

Refiere que la hemorragia masiva obstétrica sigue siendo la principal causa de morbimortalidad materna a nivel mundial. Asociada a ingresos de Terapia Intensiva y

realización de histerectomías. Los estudios sugieren utilizar todos los recursos en cuanto a tener disponibles recursos. Protocolos de actuación para mejorar los resultados en la atención en hemorragias obstétricas.

Siendo eficaz la administración precoz de fibrinógeno puede ser muy útil para corregir eficazmente la coagulopatía también pueden ser necesarios otros factores de la coagulación, además de fibrinógeno, durante la reposición en la hemorragia posparto. Se recomienda la realización de una histerectomía si las medidas médicas y quirúrgicas se han mostrado ineficaces. (33)

3. Con respecto a la Hemorragia posparto como factor predisponente al desarrollo del síndrome de Sheehan. En su publicación en año 2009, el repositorio digital de la Utmach. Hace referencia de este síndrome como consecuencia de la hemorragia posparto que causa una deficiencia permanente de múltiples hormonas pituitarias, convirtiéndose en una de las causas de hipopituitarismo. Se realizó la revisión de literaturas científicas en agosto del 2014, reportando la incidencia de la necrosis hipofisaria en pacientes que sufrieron hemorragia posparto que oscilan entre 0 y 30% como predisponente de la pérdida sanguínea severa intra o posparto misma que reportan que esta requiere la transfusión de sangre.

Concluyendo: que la hemorragia posparto es el factor predominante en las mujeres para el desarrollo de esta enfermedad, por los cambios fisiopatológicos de la glándula pituitaria en la etapa de gestación, dejando a la glándula vulnerable a la isquemia en caso de hemorragias severas, y que las complicaciones de estas hemorragias como la necrosis hipofisaria posparto han disminuido en la actualidad con los cuidados obstétricos y el manejo activo del parto. Recomendando controles anuales a las mujeres que presentan hemorragia posparto y descartar el desarrollo del síndrome de Sheehan. (34)

2.4.1.- Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También, es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto.

Es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado. (35)

Las etapas del Proceso de atención Enfermero

- Valoración. Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente; identifica cual es la respuesta que presenta ante problemas de salud reales o potenciales.
- Diagnóstico de Enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidades a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.
- Planeación. Es llevar a cabo la planeación de los cuidados o tratamiento de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas, reales o en potencia, señalados en los diagnósticos de enfermería.
- Ejecución. Es la aplicación del plan de cuidados por la enfermera, el paciente y la familia, que conduce al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas, reales o en potencia, señalados en los diagnósticos de enfermería.
- Evaluación. Es la apreciación y comparación de los resultados obtenidos en relación con lo esperado. Mide el progreso del paciente, la eficacia de las intervenciones de enfermería y el resultado esperado. (29)

El Método científico y el Proceso de atención de enfermería permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías, y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que ésta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecirlos fenómenos que ocurren en la práctica.

Dorothea Elizabeth Orem; en su teoría del déficit de auto cuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener

los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso.

Daños a la Salud

Con respecto a la Hemorragia posparto como factor predisponente al desarrollo del síndrome de Sheehan; este síndrome como consecuencia de la hemorragia posparto causa una deficiencia permanente de múltiples hormonas pituitarias, que la convierte en una de las causas de hipopituitarismo por los cambios fisiopatológicos de la glándula pituitaria en la etapa de gestación.

Se debe recordar que en la hemorragia posparto; el uso de solución salina al 0.9% está asociada al desarrollo de acidosis metabólica hiperclorémica, reducción del flujo cortical renal e incremento en la incidencia de disfunción renal aguda y requerimiento de terapia de reemplazo renal. la función renal puede afectarse por la reducción de flujo, por lo que debe ajustarse el plan de líquidos para mantener en la usuaria un gasto urinario mayor a 0.5 ml/kg.

Los períodos de hipotensión arterial con presiones medias por debajo de 55 mmHg durante un escenario de hemorragia obstétrica, están asociados a disfunción renal aguda, incremento en la necesidad de terapia de reemplazo renal, días de estancia hospitalaria y mortalidad, por lo que se debe considerar realizar las medidas necesarias para mantener la presión arterial media por valores mayores a 65 mmHg.

Una temperatura central menor a 34 °C provoca déficit de la función en la cascada de la coagulación, actividad plaquetaria y síntesis de fibrina de forma adicional, la hipotermia transoperatoria en pacientes de choque traumático se ha asociado a un aumento en el riesgo de mortalidad por lo que se recomienda monitorizar en la usuaria la temperatura durante la reanimación y dirigir las intervenciones para mantener la normotermia.

el rango seguro de hemoglobina en este tipo de pacientes, aunque por la edad de las pacientes puede existir cierta tolerancia a la anemia aguda, el riesgo de mortalidad aumenta por cada gramo de hemoglobina por debajo de 7 g/dL (75), teniendo una

mortalidad para pacientes con 3 a 4 g/dL de Hb de 37.5 y de 66.7% a los 30 días para pacientes entre 2 a 3 g/dL de Hb. (36)

- Vigilancia de la hemorragia posparto a largo plazo: ¿Qué aspectos en el seguimiento de la mujer que cursó con hemorragia obstétrica son los más importantes?

La anemia en la mujer en periodo de puerperio está definida por cifras de hemoglobina <11g/dl. Está asociada con complicaciones severas como: alteraciones en la cognición, fatiga, depresión postparto, ansiedad y estrés, falla en la lactancia, alteraciones en la cicatrización, disminución de la inmunidad, con un incremento en la susceptibilidad de presentar mastitis. (30)

La OMS Mundial muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en el mundo, Aproximadamente el 80% ocurren por causas obstétricas directas, complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio, así como diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación. El impacto de estas complicaciones obstétricas sigue teniendo en el país un enorme impacto, ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, o llegan a fallecer. (37)

Aquellas mujeres que sobreviven a una hemorragia postparto, a menudo sufren de anemia grave si su condición no es manejada adecuadamente. Las transfusiones de sangre, que se realizan con el objeto de salvar la vida durante la hemorragia, se asocian a ciertos riesgos de reacción o transmisión de infecciones.

Las intervenciones quirúrgicas (particularmente la histerectomía), implican secuelas irreversibles como la infertilidad y riesgos relacionados con el acto quirúrgico tales como: infecciones, complicaciones anestésicas, tromboembolias, incapacidad física transitoria, entre otras.

En estudios de la OMS, revela que entre el 25 -30% de muertes maternas se deben a hemorragia obstétrica, tales muertes inician usualmente al relacionarse con el desarrollo de choque hemorrágico y sus consecuencias, especialmente la disfunción orgánica

múltiple. Es recomendable identificar en la paciente con embarazo aquellos factores de riesgo que incrementan el riesgo de hemorragia. La mujer que presente HPP también puede sufrir de anemia en el periodo de puerperio, presentando cifras de hemoglobina <11g/dl, lo que puede asociarse con complicaciones severas tales como, alteraciones en la cognición, fatiga, depresión posparto, ansiedad y estrés, falla en la lactancia, alteraciones en la cicatrización, disminución de la inmunidad, con un incremento en la susceptibilidad de presentar mastitis. Se sugiere que toda mujer con falla en la lactancia, después de una hemorragia posparto sea valorada con niveles de prolactina y mujeres con signos tales como astenia y amenorrea, se realice un seguimiento con niveles de TSH y T4, ACTH-cortisol. (30)

Después de una hemorragia posparto; las mujeres pueden desarrollar trastornos post traumáticos o depresión, temor a un nuevo parto y estrés, algunas pruebas pueden demostrar Coagulopatía. El personal de enfermería deberá orientar a las mujeres que han experimentado hemorragia posparto y ofrecer la oportunidad de expresar sus experiencias, facilitar la comunicación sobre un embarazo futuro, que incluya la probabilidad de complicaciones e identificar cualquier compromiso emocional o fisiológico a futuro.

Capítulo III Metodología

3.1.- Método

En el siguiente esquema metodológico (Figura 1.) se presenta a la usuaria SPMM primigesta de 23 años de edad, se encuentra cursando un puerperio patológico inmediato posterior a presentar hemorragia durante tercer periodo del posparto, siendo la causa del sangrado un desgarro cervical. La atención especializada, así como las intervenciones como enfermera perinatal se inician en el área de expulsión del Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres” el día 14-04-2019.

Los instrumentos de valoración utilizados y la presentación del caso clínico están enfocados en la paciente, su entorno, salud cuidados del padecimiento, y su rehabilitación. Se recaba información con el instrumento de valoración perinatal fundamentado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, por entrevista verbal en el área de labor, por parte de la agencia de enfermería y como fuente indirecta el expediente clínico. La exploración física céfalo caudal, muestra los datos generales de la paciente, las características de la familia a la cual pertenece, características del entorno, los requisitos de autocuidado donde se investiga sobre sus hábitos de salud, la descripción ginecológica y su estado de salud actual en general, así como antecedentes generales del embarazo. Cabe mencionar que el contar con el instrumento de valoración es una fortaleza para iniciar a detectar por medio de la etapa de recolección de datos los problemas de salud en el autocuidado, así como los posibles riesgos y daños a la salud de la usuaria.

- Requisitos universales que mostraron desviación de la salud jerarquizados

VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

IV. Provisión de los cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y descanso

Los planes de intervención se realizan empleando el marco de referencia de los requisitos universales de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem para organizar de manera sistemática los datos respecto al estado de salud de la mujer puérpera, desde donde surge el juicio clínico de enfermería para derivar las necesidades de autocuidado, a través de estándares de actuación que mejoran la atención de la puérpera durante la hemorragia en el posparto en el servicio de expulsión, hasta su traslado a terapia intermedia donde permanece en vigilancia estrecha; mismos que permitieron planificar, ejecutar realizar las intervenciones de cuidados y procedimientos oportunos durante el evento hemorrágico, así mismo evaluar los resultados para evitar o prevenir daños a la salud. La prescripción del cuidado se sustenta en fuentes de investigación útiles tales como, las Guías de práctica clínica, los protocolos clínicos, lineamientos técnicos del Triage Obstétrico, Also Soporte Vital Avanzado en Obstetricia y normas vigentes para la atención durante la hemorragia; así mismo se hace uso de la enfermería basada en evidencia en cada una de las intervenciones con el objetivo de lograr una atención de calidad especializada ante la hemorragia posparto.

Posteriormente, se realiza la revisión de las intervenciones de enfermería a través del planteamiento de los objetivos planeados y resultados esperados por parte de la agencia de enfermería a través de los protocolos de atención de las Guías de enfermería con fundamento científico.

3.2.-Consideraciones Éticas

- El cuidado y la seguridad del paciente algunas consideraciones éticas y legales

La preocupación por la seguridad del paciente ha sido una constante histórica y base en la doctrina científica enfermera. La seguridad ya se contemplaba como una necesidad de las más importante para el hombre, y a la par la responsabilidad que la enfermería tiene en el mantenimiento y consecución de la misma. Cabe citar los trabajos de Virginia Henderson, que engloba la seguridad dentro de sus 14 necesidades básicas, o los de Faye Glenn Abdellah que, en su tipología de los 21 problemas de enfermería, habla de fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones o traumatismos y mediante la prevención de la propagación de la infección. Para Evelyn Adam una necesidad fundamental es la de evitar los peligros del entorno y evitar el daño a otros.

M. Leininger entre sus constructos del cuidado cita la conducta de protección. Nancy Roper define como actividad vital el de mantenimiento del entorno seguro.

- Consideraciones éticas

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. Así se expresa el Código deontológico del CIE. También cabe recordar diversos preceptos del Código Deontológico de la Enfermería Española que señalan que la enfermera tendrá como responsabilidad primordial profesional de salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados, en un papel activo de defensora del paciente. Esta responsabilidad deontológica puede descomponerse en dos deberes genuinos.

El primero es el deber de protección, es decir, el de resguardar o salvaguardar al paciente de los riesgos innatos a la asistencia sanitaria. El paciente como todo ser humano es un ser vulnerable, en el sentido de fragilidad de la vida, por lo que está necesitado de protección. Este amparo es la forma de hacer valer el derecho a la salud como derecho fundamental.

Otro deber es el defender al paciente, de las agresiones potenciales de otros sanitarios y de estructuras sanitarias.

Las enfermeras están llamadas a jugar un papel trascendental en la potenciación de este esquema a través de la educación para la salud, potenciando la participación de los pacientes en su salud adoptando un rol activo en su cuidado y seguridad. Los programas de Educación para la salud podrían dirigirse a los usuarios para evitar errores y efectos adversos en áreas como prevención de la infección, administración segura de medicación. El usuario adquiere un rol activo preguntando a su enfermera si se ha lavado las manos antes de realizarle una técnica invasiva; el usuario conocedor de la medicación que toma, comprobaría si la medicación que le va a ser administrada coincide con la pauta, y así evitar posibles errores.

El juicio moral debe ser iluminado prioritariamente por valores, principios o normas éticas, considera la actuación de dos principios que intervienen en materia de seguridad:

El Principio de no-maleficencia: expresión latina que viene a significar ante todo no dañar, lema utilizado por la OMS, como deber de evitar el daño a los pacientes.

El Principio de beneficencia: en su sentido etimológico de hacer el bien se situaría como contrapunto del anterior.

Desde la ética de la responsabilidad, intervendrían los cuatro principios clásicos, además de los dos anteriores, el de justicia y el principio de autonomía, estas obligaciones no son solo personales de cada uno de los profesionales, sino de las organizaciones en conjunto. Configuran, por tanto, también un esquema de análisis de la ética de la organización responsable, y por tanto de sus obligaciones respecto a la seguridad de los usuarios.

Junto a estos principios o valores como referencia para el juicio moral de las acciones se pueden enumerar una serie de rasgos morales propios de la enfermera, los más destacados serían:

- Respeto y consideración.
- Atención terapéutica.
- Compromiso, relacionado con la convergencia del deseo personal y la obligación elegida.
- Confianza, en la relación enfermera-paciente, de manera bidireccional.
- Compasión, como una inmersión en la condición del ser humano, un reconocimiento del otro como persona y una respuesta vivencial de solidaridad.
- Honestidad para no encubrir errores ajenos ni ocultar errores propios, lo que engloba la obligación de comunicar con veracidad y la sabiduría práctica, lo que incluiría a su vez la competencia para alcanzar la calidad técnica y no abandonarla con el paso del tiempo.
- Conciencia de la vulnerabilidad del ser humano.

- La seguridad las enfermeras y la ética de la organización

El concepto de seguridad va ligado íntimamente al de calidad asistencial. El profesional está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante un cuidado de calidad. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico técnica.

Pero la responsabilidad es también de la organización, que ha de promover una cultura de seguridad que permita prevenir prospectivamente la ocurrencia del error, adoptando un papel proactivo. Humanizar la asistencia sanitaria exige que los clientes externos del sistema sanitario, los usuarios, se sientan tratados como personas y que los clientes internos, los componentes del equipo sanitario, puedan ejercer su profesión dignamente y con garantía de calidad. Un componente básico del cuidado es la Vigilancia del usuario, elemento clave en todo el ciclo de seguridad.

- En cuanto al nivel de competencia y especialización

Hoy en día predomina la idea de que para una correcta seguridad del usuario es imprescindible unos cuidados de calidad. Pero para ello es necesaria que el personal este muy bien formado y especializado en su área concreta para poder cumplir dicho objetivo, a más enfermeras especialistas, más vidas salvadas.

Hoy en día, la enorme responsabilidad e importancia del cuidado como garantía de seguridad del usuario, demanda la iniciativa legislativa en algunas materias, como el sistema de notificación de errores, los estándares de calidad, una mayor participación de los profesionales en la gestión hospitalaria. Pero también, deben acompañarse de otras medidas encaminadas al pleno desarrollo profesional de enfermería, para que se garantice su plena competencia y autonomía profesional, como es el caso de las especialidades. (38)

3.2.1.- Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y cada circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto, es la

valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma, la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

- Puntos que conforman el decálogo de ética:
 1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
 2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
 3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
 4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
 5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
 6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
 7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
 8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
 9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
 10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
- (39).

3.2.2.- Derechos Generales de los Pacientes

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano en su condición de paciente que necesita sean respetados sus derechos humanos fundamentales: a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la

información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna y otros.

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida. (40)

Capítulo IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería.

4.1.- Descripción del caso

Se trata de paciente Femenino SPMM de 23 años, estado civil unión libre, escolaridad secundaria completa, dedicada al hogar, con peso actual peso 64.500 kg, talla 1.51cm. con un IMC de 29.3 que se clasifica en sobrepeso, grupo O positivo, católica, originaria de Arcelia Guerrero, pertenece a una familia nuclear, vive en casa propia de su hermana. Cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Vive con su pareja y su hermana. Su estado de salud actual cursando con puerperio patológico inmediato, secundario a hemorragia posparto por presentar laceración cervical en comisura izquierda durante el tercer periodo del trabajo de parto, su estado de consciencia posterior a la sedación con anestesia para revisión de cavidad y reparación del desgarró, se encuentra consciente y orientada, con signos vitales de cifras tensionales de 90/60, pulso de 120 latidos por minuto respiraciones 20 por minuto, y temperatura de 37°C, la saturación de oxígeno registraba al 90%, como signos presenta palidez de cara, tegumentos y a nivel palmar, piel fría al tacto, sus mucosas orales semihidratada, usuaria que refiere tener sed, refiere dolor abdominal a nivel de hipogastrio, episiorrafia y región vulvar, observando edema importante, relacionado con el procedimiento instrumentado durante la hemorragia posparto. El sangrado transvaginal no se aprecia ya que le fue colocado un taponamiento de gasas vaginales como medida terapéutica para contener el sangrado, se le realizo episiotomía y posteriormente episiorrafia, la cual se observa con bordes bien afrontados, pero con edema y dolor referido por la usuaria sin datos de enrojecimiento, secreciones o datos de infección, en posición de trendelenburg, y reposo absoluto. Como medidas de seguridad se mantiene con monitoreo continuo de signos vitales, oxígeno por puntas nasales a 10 litros por minuto, calor local, con vena permeable en ambos miembros superiores, con cuantificación de uresis por sonda urinaria, se colocan medias antitrombóticas y se mantiene en vigilancia estrecha en espera de ser trasladada al servicio de Terapia Intermedia que se encuentra en la misma unidad de toco cirugía para cuidados especializados y vigilancia estrecha.

Se aborda en la sala de expulsión en el tercer periodo del trabajo de parto, momento donde se presenta una hemorragia posparto que requirió intervenciones rápidas y

oportunas para evitar daños a la salud de la usuaria. Como enfermera especialista colabore con el equipo multidisciplinario, llevando a cabo las intervenciones de enfermería con un enfoque preventivo y asistencial para un tratamiento eficaz y oportuno de acuerdo a los protocolos institucionales de hemorragia posparto, con ministración de uterotónicos; iniciales de oxitocina I.M. Ergonovina, y misoprostol por vía rectal. La usuaria presentaba tono uterino, pero con presencia de sangrado abundante, le fue realizada una revisión de cavidad por medico obstetra detectando la causa (trauma) de una laceración del cérvix de comisura izquierda, decidiendo realizar una revisión de cavidad. Se procede a realizar sutura del desgarro del cérvix para contener la hemorragia, bajo anestesia general inhalatoria, durante la intervención, se repara el desgarro exitosamente con sutura catgut 2/0, colocándose también un taponamiento vaginal con gasas vaginales y de forma temporal por 24 horas, con lo que se logra que la usuaria Sandra deje de presentar sangrado que ponía en riesgo su vida.

Durante el parto le realizan una episiotomía medio lateral misma que fue reparada y afrontada y en este momento no presenta desgarros ni sangrado.

Se monitorean signos vitales encontrándose hipotensión arterial y taquicardia, se inicia administración de fluidos intravenosos con solución Hartman un total de 3000 mililitros indicados, con toma de laboratorios, se inicia control de líquidos y le fue calculándose una pérdida sanguínea de 1500 mililitros aproximadamente, visualmente y pesando gasas y compresas usadas durante el evento hemorrágico. Inicia doble esquema de antibióticos y analgésico para disminuir el dolor.

Fue trasladada a la unidad de terapia intermedia en donde se continúan la monitorización y cuidados donde el objetivo es proporcionar los cuidados posteriores al evento hemorrágico y sin demora para evitar los daños a la salud.

- Datos generales
- Antecedentes Generales de la persona:

Antecedentes heredofamiliares: Madre aparentemente sana, padre con diabetes mellitus tipo 2 controlado con medicamento.

- Antecedentes personales no patológicos:

Fecha de nacimiento: el 22 de septiembre de 1996, originaria de Arcelia Guerrero, con escolaridad secundaria terminada, estado civil unión libre, hábitos higiénicos dietético regulares en cantidad y calidad, niega tabaquismo, no alcoholismo, sin toxicomanías, grupo sanguíneo O positivo, inmunizaciones las refiere completas, fauna nociva negada, vivienda con piso de losa, casa propia de 3 habitaciones, vive con su esposo y su hermana.

- Antecedentes personales patológicos:

Padecimiento actual puerperio patológico inmediato más hemorragia posparto por laceración cervical en comisura izquierda, traumáticos, transfusionales, toxicomanías, interrogados y negados.

- Antecedentes Gineco-obstétricos:

Pubarca y Telarca 12 años. Menarca a 12 años, con ritmo menstrual regular cada 28 días con una duración de 4 días. Inicio de la vida sexual activa a los 22 Años, con una sola pareja sexual. Gesta 1. Partos:1. 0 Aborto 0. Cesárea 0.

Fecha de última menstruación: 10 de julio del 2018. (Regla de Naegele)

Fecha probable de parto: 17 de abril del 2019.

Embarazo de: 40 SDG.

Control de la fertilidad: sin método de planificación familiar. Infecciones de transmisión sexual negadas, VDRL en el embarazo negativo, prueba rápida de VIH negativa.

- Padecimiento Actual:

Fecha de ingreso: 14 de abril del año 2019.

Servicio: Expulsión

Usuaría Sandra consciente, orientada, refiriendo dolor abdominal, a nivel de hipogastrio, vaginal y perineal, con palidez de cara y tegumentos, piel fría al tacto, cursando con un puerperio patológico inmediato por hemorragia posparto secundaria a desgarro cervical en comisura izquierda. Con monitoreo hemodinámico reportando tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia 120 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, temperatura corporal axilar de 36.3 °C, saturación de oxígeno de 90%, con oxigenoterapia por puntas

nasales a 10 litros por minuto, reportándose una hemoglobina post evento hemorrágico de control de 8.3 mg/dl.

Peso	Talla	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Tensión arterial	Saturación De oxígeno
64.500 kg	151 Centímetros	120 Latidos por minuto	20 respiraciones por minuto	37° C	90/60 mmHg	90%

- Exploración Física:

Usuaría de 23 años de edad, aparente a la cronológica, consciente, orientada, con palidez de cara y tegumentos, llenado capilar de 3 segundos, pupilas isocóricas, normoreflexicas, mucosas orales semihidratadas. Campos pulmonares sin rudeza respiratoria ni estertores, extremidades superiores con catéter periféricos No. 18 en ambos miembros superiores permeables, abdomen globoso presenta globo de Pinar, con dolor a la palpación, con adecuada involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical, peristaltismo moderado se difiere el tacto vaginal por la presencia de tapón vaginal colocado durante la hemorragia posparto en la atención del parto inmediato y para contener el sangrado, no se observa evidencia de sangrado transvaginal, la episiorrafia con bordes bien afrontados, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, sonda urinaria no. 16, drenando a gravedad orina amarillo claro, colocación de medias antitrombóticas en miembros inferiores sin datos de edema ni cianosis distal.

- Valoración Perinatal por requisitos universales
- Antecedentes Generales de la persona

Usuaría de nombre Sandra, de 23 años de edad, estado civil unión libre, religión católica, de ocupación ama de casa, escolaridad secundaria completa, con peso actual de 64.500 kilogramos y una talla de 1.51 centímetros el cual de acuerdo a su talla $1.51 \times 1.51 = 2.28$ y su peso de 64.500 dividido entre 2.2 es $= 29.3$, de acuerdo al índice de masa corporal un resultado $>$ de 26,1 a 29.0 equivale a un sobrepeso.

Su grupo sanguíneo es O+, con domicilio en Segunda Privada de Real de Yautepec ojo de agua en Tejalpa Jiutepec Morelos. La persona responsable que la acompaña es su esposo Luis D.A. De 23 años de edad, con escolaridad secundaria terminada, de ocupación dependiente de tortillería, y aparentemente sano, con grupo sanguíneo O+.

- Con un diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación + TPFA.

Regla: por días transcurridos: (FUM: 10-07-2018 = julio 31- 10= 21, regla: julio21, agosto 31, septiembre 30, octubre 31, noviembre 30, diciembre 31, enero 31, febrero 28, marzo 31, y fecha actual abril 14 sumar totales de cada mes= 278 entre 7 días de la semana = (40 semanas de gestación)

- Con fecha probable de parto 17-04-2019.

Por regla de Neagel: (Primer día de la última regla + 7 días – 3 meses + 1 año).

FUM: 10-07-2018 FPP: 17-04-2019

- Características de la familia

Tipo de familia extendida, la comunicación y convivencia es con su hermana y su esposo quienes llevan buena relación, entre ellos se reúnen para convivir en días de descanso, ya que son de guerrero y no hay más familiares, el sustento de la familia es su esposo quien percibe una remuneración económica regular.

- Características del ambiente

Habitan en la casa de su hermana que es propia, está construida de material tabique y cemento, cuenta con tres cuartos con buena iluminación y ventilación, con todos los servicios intra y extra domiciliarios, cuenta con gas, luz eléctrica, drenaje y servicio de recolección de basura cada tercer día, no cuenta con vigilancia del municipio, hay teléfonos públicos cercanos, el transporte es por medio de rutas, y taxis para acudir al hospital. No hay parques recreativos solo áreas verdes, cuentan con primaria, secundaria y preparatoria cercana, centros comerciales y de autoservicio, su centro de salud cercano

está aproximadamente a 45 minutos de su casa con atención de primer nivel. Zoonosis ratas, ratones y cucarachas, fauna nociva alacranes ocasionalmente.

Requisitos de autocuidado

- 1.- Mantenimiento del aporte suficiente del aire.

Sus hábitos de salud respecto a la higiene de sus fosas nasales las realiza diariamente, No requiere de ningún aparato ni apoyo respiratorio, no está expuesta a gases nocivos, ya que su casa donde habitan no hay fabricas nocivas que alteren su entorno y salud, nunca ha fumado cigarrillos ni es toxicómana, no convive con fumadores su modelo de oxigenación es normal, su sentido del olfato sin alteraciones, nariz limpia sin obstrucciones o deformaciones. A la exploración física tórax simétrico, con buenos campos pulmonares bien ventilados simétricos, sin soplos, sin tos sin estertores ni sibilancias. el sistema respiratorio es normal. El sistema cardiovascular sin alguna patología aparente, ruidos cardiacos con ritmo sinusal, Tensión Arterial d 90/60, frecuencia de 120 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura de 37 °C, extremidades simétricas con temperatura periférica normal, llenado capilar d 3 segundos, lechos ungueales con palidez, sin edema, con aporte de oxígeno de 10 litros/minuto. Sistema vascular periférico, en ambas extremidades superiores catéter periférico permeables en ambos miembros sin datos de edema o flebitis, su temperatura es de 37°C, color palidez, de cara palmar y plantar, piel fría al tacto, con uñas limpias sin onicomicosis, con miembros inferiores sin varices ni edema periféricos.

- 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

1.- Hábitos de salud:

Habitualmente consume de 2 a 3 litros de agua al día, así como aguas de frutas; durante su estancia hospitalaria se mantuvo en ayuno por 24 horas posteriormente inicia con dieta líquida y posterior blanda.

- 2.- Revisión por sistemas:

Presenta palidez de cara y tegumentos, temperatura: 37° C, diaforesis, piel hidratada (normalmente se humecta con crema) tórax sin alteraciones, miembros inferiores, sin lesiones cutáneas.

Se mantiene con catéter periférico # 18 Fr en ambos miembros superiores.

Líquidos parenterales: primera vía lado derecho: sol Hartman de 1000 ml. Para 8 horas.

Segunda vía lado izquierdo sol. Glucosada al 5% de 1000 ml. Con 20 unidades de oxitocina para 6 horas segunda dosis.

Durante la exploración se puede apreciar mucosas orales semihidratadas con palidez de cara, palmar y plantar. Sus pérdidas transvaginales no son cuantificables por ahora por la permanencia del tapón de gasas vaginal en forma temporal.

- 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

Actualmente con un Peso de 64,500 kg, y una talla 1.51cm. y un IMC de 29.3= presentando sobrepeso, (De acuerdo al Instituto de Medicina de Estados Unidos para la ganancia de peso). Durante su estancia en el área de expulsión, la mujer se encuentra en ayuno, refiriendo sed posterior al evento de la hemorragia durante el posparto.

A la exploración por sistemas se encontraron los siguientes hallazgos: labios con palidez, semihidratados, mucosas semihidratadas, lengua ligeramente hidratada, sin laceraciones o úlceras, no presenta caries dental, ni dificultad para masticar, mucosas integra, abdomen semi globoso, con buen tono uterino, dolor a la palpación, con peristaltismo intestinal presente y audible, sin presencia de evacuaciones intestinales.

Tabla 8. Análisis de estudio de laboratorio y gabinete de control

15 abril del 2019.

Biometría hemática			
Parámetro	Resultado	Unidades	Referencia
Hemoglobina	8.3	g/dl	12-15
Hematocrito	24.1	%	37-45

Formula blanca			
Parámetro	Resultado	Unidades	Referencia
Leucocitos	18.73	X10 ³ /dl	4-11
Neutrófilos	75.9	%	42.2-75.2
Linfocitos	16.3	%	30-45
Recuento plaquetario			
Parámetro	Resultado	Unidades	Referencia
Plaquetas	144	X10 ³ /dl	150-450
Química sanguínea			
Parámetro	Resultado	Unidades	Referencia
Glucosa en suero	71.33	Mg/dl	70.00-105.00
Urea	12.00	Mg/dl	15.00-38.00
Creatinina	0.61	Mg/dl	0.60-1.10
Ácido úrico	6.31	Mg/dl	2,20-6.10
Coagulación			
Parámetro	Resultado	Unidades	Referencia
Tiempo de protombina	13.60	Segundos	13.50-15.00
APTT	24.60	segundos	20.00-35.00

- Provisión con los cuidados con procesos de eliminación y excrementos

Se le colocó una sonda urinaria para el control de líquidos, drenando orina amarillo claro con un volumen urinario de 2280 ml en 24 horas (95 ml por hora). La paciente refiere temor al evacuar pues tiene miedo de lastimarse la episiorrafia, se administra laxante vía oral. Se le insiste para ingesta de líquidos orales y la dieta rica en fibra una vez terminado el ayuno.

- Mantenimiento entre el equilibrio entre la actividad y reposo

Por el momento la paciente se encuentra en reposo absoluto debido a la intervención instrumentada por la hemorragia posparto, se mantiene en posición semifowler.

Posteriormente se le indica a la paciente que debe iniciar deambulaci3n temprana para su pronta mejoría, mencionarle que no debe de hacer alguna actividad que pueda implicar mucho esfuerzo por el momento y que la deambulaci3n debe ser constante a pesar de que tenga dolor puede tener periodos de descanso.

- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacci3n social

Comunicaci3n verbal, abierta, clara, directa con tono de voz normal contacto visual y lenguaje corporal presentes, niega pertenecer a un grupo social, cultural o deportivo. Es creyente y eso le impulsa el estar en armonía con su familia. Le gusta convivir con su esposo y su hermana.

- Prevenci3n de los riesgos para la vida, el funcionamiento y bienestar humano

Presenta signos vitales con T/A: 90/61, Frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto, Respiraci3n 20 respiraciones por minuto, temperatura de 37° C, y saturaci3n de oxígeno del 90%.

Refiere nunca haber realizado citología vaginal y exploraci3n de mamas, niega tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, y alergias.

Abdomen globoso a nivel de cicatriz umbilical, episiorrafia con edema, bien afrontada, sin datos de infecci3n no hay presencia de sangrado, refiere dolor y malestar en abdomen y vulva, la paciente refiere no saber sobre los cuidados e higiene de la episiorrafia, se le da orientaci3n sobre su autocuidado y como intervenci3n para disminuir el edema y dolor se coloca hielo local a nivel vulvar, refiriendo sensaci3n de alivio del dolor.

- Promoci3n a la salud y deseo de ser normal

Baño y cambio de ropa diario, aseo bucal dos veces al día, lavado de manos cada vez que va al baño o va a tomar alg3n alimento, la limpieza es importante para su autocuidado utiliza productos como: jab3n, shampoo, estropajo, cepillo, crema, gel, y desodorante.

Fecha: 14- abril-2019	Servicio: Toco Cirugía expulsión	Elaboro: LEO. Adriana Sánchez Vázquez				
Nombre: Sandra Patricia M.M.	Edad:23 años	Grupo Y RH: O+	F.U.M 10/07/2018	FPP 17/04/2019	SDG 40 SDG	
Motivo de la consulta: Embarazo a término más Trabajo de parto en fase activa		Diagnóstico Médico: Embarazo de 40 SDG + TPFA				
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Edad adulta joven		Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio	Método de ayuda: Hospital del Sector salud	Signos vitales: T/A:90/60 mmHg FC: 120 latidos por minuto FR: 20 por minuto Temperatura: 37°C.		
Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función. VII Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad Revisión por aparatos y sistemas				

Diagnóstico de Enfermería: 1.- Hemorragia del canal de parto: r/c: desgarro del cérvix m/p: perdida hemática de 1500 ml, hipotensión arterial taquicardia, palidez y piel fría al tacto.

Prescripción del Cuidado (Jerarquización de requisitos universales)	Tratamiento Regulador (cuidados específicos para la resolución del problema)	Nivel de evidencia (del cuidado)
Requisito universal VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilizar a la usuaria y permanecer cerca para su seguridad y protección. ▪ Realizo valoración del estado de conciencia de la usuaria, comunicándole lo que se va a realizar. ▪ Monitorización de signos vitales T/A. pulso. Respiración y temperatura mantenerla a 37° C. ▪ Toma de oximetría de pulso para vigilar saturación de oxígeno. ▪ Colocación de oxígeno 10 litros por minuto. ▪ Posición Trendelemburg ▪ Se mantiene elevación de pies que mejore retorno venoso y eleve la presión sanguínea 	<p>1.- Hemorragia masiva obstetricia Rev., Med. Int.</p> <p>2.- Factores de riesgo HPP en Partos vaginales The American College of Obstetricians and Gynecologist</p> <p>3.- GPC Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia actualización 2017.</p> <p>4.- Organización Panamericana de la Salud</p> <p>5.- secretaria de salud CENETEC</p> <p>6- secretaria de salud Materno Infantil.</p> <p>7.-www, fasgo.org, Manual breve Emergencias Obstetricans.</p> <p>8.- Malvino. E. Obstetricia Crítica</p>
Requisito universal VIII. Promoción a la salud y deseo de ser normal.		
Requisito universal V. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social		

<p>Requisito universal III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener eutermia cubriendo a la usuaria. ▪ verifico permeabilidad del catéter instalado, canalizando otra vía con catéter no. 18. ▪ Inicio administración de medicamentos uterotónicos, analgésicos I.V. ▪ Cuantificación del sangrado transvaginal ▪ Valoro la estimación visual de perdida sanguínea peso de gasas compresas. ▪ Se vigila el llenado capilar, presencia de hemorragia a través de la vagina, y vigilo que el útero se encuentre contraído. ▪ Vigilancia de sonda urinaria para control de líquidos y uresis horaria. ▪ Colocación de hielo en zona perineal para disminuir el edema. ▪ Registros de registros enfermería 	<p>9.- Intervenciones de enfermería obstetricia Revista Enfermería. 10.- . Also soporte vital avanzado en obstetricia. Lawrence Leman. Octubre 2017</p>
--	---	---

4.2.- Diagnósticos de enfermería con formato PES

Jerarquización de los diagnósticos

Requisito universal VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

1.- Hemorragia del canal de parto: r/c: desgarro del cérvix m/p: perdida hemática de 1500 ml, hipotensión arterial taquicardia, palidez y piel fría al tacto.

2.- Riesgo de alteración hemodinámica r/c Hemorragia posparto.

3.- Dolor agudo r/c: desgarro del cérvix m/p: expresa facies de dolor intenso, en escala de EVA 8/10, ansiedad y sentimiento de impotencia de la madre.

4.- Riesgo de infección de vías urinarias r/c: cateterización de sonda urinaria.

5.- Riesgo de infección del aparato genital r/c intervenciones instrumentadas durante el posparto.

Requisito universal VIII. Promoción a la salud y deseo de ser normal

6.- Conocimientos insuficientes r/c: su estado de salud actual m/p: preocupación y expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones.

Requisito universal V. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

7.- Deseos de mejorar su estado de salud mp/ solicitar apoyo y consejería al personal de enfermería.

Requisito universal III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

8.- Disponibilidad y deseo para mejorar la lactancia materna al recién nacido m/p la madre expresa su deseo de aumentar la capacidad de amamantamiento exclusivo de dar leche materna y satisfacer las necesidades nutricionales de la niña.

4.3.- Diagnóstico de Enfermería 1

Hemorragia del canal de parto: r/c: desgarro del cérvix m/p: perdida hemática de 1500 ml, hipotensión arterial taquicardia, palidez y piel fría al tacto.

Objetivo: Mantener el bienestar materno durante el parto, controlando la severidad de pérdida de sangre

Evaluación de resultados: Se logra contener el sangrado y los signos vitales a parámetros que no comprometen la vida de Sandra.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Activó el código mater.• Realizo valoración del estado de conciencia de la usuaria, comunicándole lo que se va a realizar.• Inicia tratamiento avanzado a través de la mnemotecnia de las 4 TS. (tono 70 %, trauma20%, tejido 9-10 %, trombina 1%).• (10) Instalo oxigeno 10 l/min con mascarilla• Monitorizo TA. FC. FR. T. Oximetría de pulso• Valoro estado de conciencia• Ausculto campos pulmonares	<ul style="list-style-type: none">• Código Mater: es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.• La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna.• Se recomienda la revisión del canal del parto con fines de detectar de manera oportuna la presencia de

- Cubro con mantas calientes para mantener la eutermia.
- Realizo registros de enfermería
- Se mantiene elevación de pies que mejore retorno venoso y eleve la presión sanguínea.
- 14 Izquierdo monitoreo hemodinámico
- Tomo signos vitales presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y oximetría de pulso cada 10 minutos.
- Inicio reanimación; verifico permeabilidad del catéter instalado, canalizando otra vía con catéter no. 18.
- Toma de laboratorios, simultáneamente prueba rápida de coagulación con tubo seco en la pared (3-5 minutos).
- (14 Derecho circulatorio).
- Administro oxitocina 10 UI I.M DU.
- Inicio infusión de oxitocina 40 UI S.F. 500 ml. En 10 minutos, posterior 250 ml/hora.
- Inicio administración de medicamentos
- Ergonovina 0.2 mg I.M
- Carbetocina 100 mcg I.V. llevarla a 20 CC. enjuagando previamente.

- desgarros, los cuales deben ser reparados con suturas sintéticas. (41)
- Monitorear en forma continua los signos vitales utilizar de primera instancia; frecuencia cardíaca, la presión arterial, temperatura, saturación parcial de oxígeno.
 - Canalizar dos vías venosas Punzocat calibre 16 preferente.
 - Oxígeno por puntas nasales a razón 10 litros por minuto. Colocación de sonda Foley.
 - La saturación de O₂ mantenerla por arriba de 90% y el gasto urinario ideal hora, (30-60 ml /hora).
 - El mantenimiento de la normotermia es un medio importante para preservar la función hemostática y reducir la pérdida de sangre, la hipotermia si se relaciona con PH bajos induce trastornos en la función plaquetaria con la consiguiente alteración de la hemodinamia y aumento de consumo de oxígeno.
 - Iniciar expansión con cristaloides como primera elección hasta lograr reestablecer una presión arterial

- Misoprostol 600-800 mcg en carrillos solo si la usuaria esta consiente.
- (16 Foley) Instalo sonda urinaria vaciando vejiga monitoreando diuresis y control de líquidos.
- Se vigila el llenado capilar, presencia de hemorragia a través de la vagina, y vigilo que el útero se encuentre contraído.
- Aplico vendaje de miembros pélvicos
- Vigilo estado neurológico
- Valoro la estimación visual de perdida sanguínea peso de gasas compresas.

media aceptable mínima 60mmHg (diastólica más diastólica más sistólica entre tres). (42)

- El manejo cuando la hemorragia obstétrica está en curso requiere ser multidisciplinario que incluye mantener la estabilidad hemodinámica mientras se identifica de manera simultánea y se trata la causa de la pérdida sanguínea.
- Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.
- Se recomienda administrar una ampollita ergonovina de 0.2 mg IM o IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior para prevenir la hemorragia postparto
- El misoprostol oral o sublingual en una dosis de 600 mcg muestra resultados prometedores en comparación con el placebo para reducir la pérdida de sangre después del parto.
- Carbetocina 100mg administrado en bolo IV en el primer minuto, puede ser usado en lugar de la infusión continua de oxitocina en cesáreas electivas

para la prevención de la hemorragia postparto y para disminuir la necesidad de usar uterotónicos

- Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina y ruptura uterina. Realice una exploración rigurosa del canal de parto para excluir las laceraciones del tracto genital.
- Para la estimación de la pérdida sanguínea los clínicos deben de usar marcadores clínicos (signos y síntomas) así como la evaluación visual de la pérdida sanguínea.
- Durante el puerperio se vigila a la madre: durante la primera hora sus signos vitales cada quince minutos. En las siguientes dos horas cada 30 minutos, mismo que se debe implementar como una rutina. (42)
- La elevación de pies mejorara el retorno venoso y elevara la presión sanguínea de la mujer. (18)
- Se recomienda la revisión del canal del parto con fines de detectar de manera oportuna la presencia de desgarros, los cuales deben ser reparados con suturas sintéticas. (41)

Diagnóstico de Enfermería: 2

Riesgo de alteración hemodinámica r/c Hemorragia posparto

Objetivo: Prevenir complicaciones posparto manteniendo el equilibrio del flujo sanguíneo y mecanismos circulatorios en el sistema vascular.

Evaluación: Se logra reconocer los signos de hemorragia a través de los pasos indicados de atención que logre evitar la morbilidad materna.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">• Activó el código mater.• Solicito ayuda inmediatamente• Realiza valoración del estado de conciencia de la usuaria.• Se vigila la vía aérea que se encuentre permeable.• Coloco oxígeno por puntas nasales al 100% a 10 litros por minuto.• Registro y valoración de signos vitales, T/A, pulso, respiración y temperatura cada 10 minutos, oximetría de pulso y llenado capilar.	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda el apego al lineamiento del Triage obstétrico código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica acorde a la Norma oficial 007-SSA2-2016.• La piedra angular de la reanimación son la restauración del volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno.• Una vez controladas las funciones vitales se procede a valorar el nivel de conciencia, para ver cómo interacciona la usuaria con el entorno y consigo

- Canalizo dos 2 venas con catéteres #14 (330 mL/o #16 flujo de 225ml/ minuto).
- Tomo muestras de sangre; biometría hemática completa, pruebas de coagulación, fibrinógeno, urea y electrolitos.
- Administro rápida infusión con soluciones cristaloides para reposición del sangrado a razón de (3:1) tibios para evitar hipotermia.
- Vigilo y registro la presencia de signos y síntomas de hemorragia durante el puerperio inmediato; taquicardia, hipotensión, oliguria, extremidades frías, dolor en hipogastrio.
- Se estiman las pérdidas sanguíneas pesando gasas, compresas, así como el grado de choque hemorrágico resultando un índice leve de 1.3 (120/90).
- Se mantiene eutermia 37° C cubriendo con mantas y calentando las soluciones intravenosas a infundir, para evitar la hipotermia.

mismo. Internacionalmente se utiliza la escala de Glasgow.

- La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con SF o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 CC. de reposición por cada 100 perdidos).
- Se recomienda como primera opción para la reanimación de la paciente con hemorragia obstétrica la utilización de soluciones cristaloides balanceadas como solución Hartmann.
- Se recomienda pesar las gasas y compresas secas previo y posteriormente a la atención obstétrica. La diferencia de dichos pesos determina los mililitros de pérdida sanguínea aproximado.
- Se recomienda mantener el índice de choque por debajo de 0.9 en la paciente con hemorragia obstétrica a través de una reanimación efectiva, que incluye: la detención del sangrado, reposición de la pérdida sanguínea y adecuado transporte de oxígeno.

- Coloco catéter urinario para cuantificar diuresis horaria a volúmenes de 30 mililitros /hora y control de líquidos.

Se evalúa la causa de la hemorragia técnica de las 4 “T’s”

- Tono (atonía uterina)
- Tejido (retención de restos placentarios)
- Trauma (lesión cervical o vaginal durante el parto)
- Trombosis (desordenes de coagulación).

Establecida la etiología de la hemorragia: se procede a reparación del desgarro cervical para la detención de la hemorragia.

- Administro medicamentos uterotónicos.
- Se colocan medias antitrombóticas.
- Con vigilancia estrecha se mantiene en confort, orientándola sobre los cuidados especializados que la personal enfermería continuara en su traslado de expulsión a la terapia intermedia.
- Se registra el evento en los registros clínicos de enfermería.

- La Norma oficial mexicana indica que se deben identificar oportunamente los factores de riesgo para hemorragia posparto y monitorizar los signos vitales, así como el tono uterino y. (NOM 007-SSA2-2016).

- La frecuencia cardiaca, la presión arterial sistólica y el índice de choque son los parámetros de mayor predicción para el pronóstico adverso en hemorragia postparto.

- El manejo de la paciente con choque hemorrágico en obstetricia tiene 3 elementos:

- Evaluación y resucitación.
- Principios de soporte vital avanzado.
- Control local del sangrado (técnicas quirúrgicas, radiológicas, endoscópicas), hemostática y terapia transfusional.
- La evaluación de las 4 “T” es fundamental para establecer la etiología de la hemorragia y el inicio de tratamiento y detención de la hemorragia, a través de uterotónicos, reparación de desgarros, tratamiento quirúrgico conservador o radical.

- Es recomendable evacuar la vejiga y dejar una sonda para medir el gasto urinario.
- Si el manejo farmacológico falla para el control de la hemorragia las intervenciones quirúrgicas deben ser iniciadas de inmediato.
- Se recomienda que durante la fase de resucitación se alcancen cifras de presión arterial sistólica de 80-90 mmHg y mantener el índice de choque menor de 0.9 así como mantener volumen urinario de 1-2 ml/kg/hora.
- Es recomendable considerar que la hemorragia está controlada, si la usuaria permanece hemodinamicamente estable y mantiene un flujo urinario adecuado. (30)

La intervención más significativa que ha demostrado reducir la incidencia de hemorragia obstétrica posparto es el manejo activo de la tercera etapa del parto a través de:

- Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- Tracción controlada del cordón umbilical para el alumbramiento

- Administración profiláctica de uterotónicos posterior a la expulsión del hombro anterior del producto; oxitocina o carbetocina.
- De acuerdo a la GPC, la oxitocina es el uterotónico de primera línea que se recomienda para prevenir la hemorragia posparto seguido de ergonovina, y misoprostol como profilaxis para la hemorragia posparto.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina y ruptura uterina.
- La piedra angular de la reanimación son la restauración del volumen sanguíneo y la capacidad de transporte de oxígeno.
- Muestras de sangre para pruebas diagnósticas que incluyan biometría hemática completa, pruebas de coagulación incluyendo fibrinógeno, urea y electrolitos. Mantener disponibles por lo menos 4 unidades de concentrados eritrocitario y 2 unidades de plasma. (uso de concentrado eritrocitario con

grupo y Rh específico o considerar grupo O Rh D-negativo).

- Se recomienda pesar las gasas y compresas secas previo y posteriormente a la atención obstétrica.
- Las prioridades en el manejo de la hemorragia posparto son el control del sangrado y la reposición del volumen circulatorio para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno y mantener una adecuada perfusión.
- El mantenimiento de la normotermia es un medio importante para preservar la función hemostática y reducir la pérdida de sangre, la hipotermia si se relaciona con PH bajos induce trastornos en la función plaquetaria con la consiguiente alteración de la hemodinamia y aumento de consumo de oxígeno.
- La técnica de taponamiento brinda hasta dos horas para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo. (43) (44) (45) (42) (46) (27).
- Diagnóstico de choque: Desde el punto de vista clínico, cuando el choque se encuentra desarrollado,

se expresa por: Hipotensión arterial con TA sistólica menor de 90 mmHg, Taquicardia, pulso débil, palidez, sudoración, hipotermia distal, y relleno capilar enlentecido.

- choque leve es la Pérdida hemática de 750 a 1.500 ml, equivalente a 15 a 30% de la volemia, con tensión arterial normal, frecuencia cardiaca entre 100 y 120 y diuresis entre 20-30 ml/hora. De acuerdo a la clasificación del grado de choque hipovolémico se calculará la reposición de soluciones cristaloides y transfusión de hemo componentes. (46)
- La estrategia de tratamiento de la hipotermia comienza con las medidas siguientes: prevención de la sobreexposición, quitar las ropas húmedas y uso de mantas para el calentamiento. (47). Evite la hipotermia: utilice sábanas o mantas precalentadas y todos los cristaloides adminístrelos calientes.

Diagnóstico de Enfermería: 3

Dolor agudo r/c: desgarro del cérvix m/p: expresa facies de dolor intenso, en escala de EVA 8/10, ansiedad y sentimiento de impotencia de la madre.

Objetivo: Disminuir y controlar el dolor físico de la mujer.

Evaluación de resultados: Sandra refiere menor dolor y malestar demostrando tranquilidad y confort.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Proporciono apoyo emocional a la usuaria para disminuir la ansiedad.• Administro analgésicos (I.V), vigilando posibles reacciones o alergias.• Proporciono cambio de posición que alivie el malestar y mejore el dolor.• Monitoreo de signos vitales.• Aplico frio colocando hielo en región perineal y vulvar para disminuir dolor, y la inflamación.• Se mantiene la zona afectada limpia seca, realizando aseo de la región perineal con agua tibia y jabón por turno siguiendo los principios de asepsia y antisepsia.	<ul style="list-style-type: none">• El personal de enfermería, deberá monitorear en las puérperas la presencia de dolor perineal en el periodo inmediato y mediato con énfasis en las primíparas.• Considerar la presencia de infección si la temperatura se eleva por encima de los 38°C después de las primeras 24 horas y se mantiene más de 12 horas.• Aplicar compresas de hielo durante 10 a 20 minutos para aliviar el dolor perineal después del parto.• Para medir o valorar el dolor que presenta un paciente, los profesionales de la salud utilizan una

- Valoro el estado de la episiorrafia para identificar presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, supuración, y aproximación de los bordes, observando las características de la piel, en busca de factores que desencadenan el dolor.
- Comunico a la mujer que debe seguir los cuidados para disminuir las molestias, y sea menor el dolor llegado el momento de evacuar el intestino y su primera micción espontánea.

escala o instrumento denominada EVA (Escala Visual Analógica), cuyo objetivo es medir la intensidad de dolor que tiene una persona, en determinado momento.

- La escala EVA, permite hacer objetivo dicho dolor y es una herramienta muy útil para los médicos, enfermeros y familiares de pacientes, ya que permite realizar una medición más precisa e imparcial.
- Es importante destacar que el dolor es algo subjetivo, y tiene gran componente emocional, psicológico y hormonal, detectarlo es muy difícil ya que cada persona lo expresa y lo soporta de distinta manera. (48)
- La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial (IASP, 2011).
- El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual.

- Se ha promovido el reconocimiento mundial del “tratamiento del dolor como un derecho fundamental de los seres humanos”. Lo anterior les brinda la merecida justicia a los padres de la Declaración Universal de los Derechos Humanos quienes percibieron y reconocieron el sufrimiento humano como consecuencia del dolor e incluyeron el derecho a su tratamiento dentro del derecho al tratamiento de las enfermedades, inmerso este, a su vez, en el Derecho a la Salud. (49)
- El trauma perineal es frecuente durante el parto y puede ser doloroso. La práctica de la obstetricia contemporánea incluye ofrecerles a las pacientes numerosos métodos de alivio del dolor, incluida la aplicación de tratamientos locales con frío.
- El dolor que algunas pacientes presentan en el perineo después del parto puede ser particularmente agudo si ocurren desgarros del perineo durante el parto o si es necesario realizar un corte (un procedimiento conocido como episiotomía). Incluso las mujeres que no presentan desgarros ni cirugías a

menudo sienten un grado de malestar en el perineo que puede afectar su movilidad, así como su capacidad para cuidar al recién nacido. (49)

- La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación. Sin embargo, los agentes analgésicos pueden producir, como efecto secundario, alteración del nivel de consciencia. (50)
- En caso de dolor, estarán indicados los analgésicos comunes y los antiinflamatorios no esteroideos.
- Higiene perineal: Se trate de un parto con o sin episiotomía, cada vez que la mujer requiera cambiar el apósito, será recomendable que higienice la zona con agua limpia y jabón, o con agua limpia a la que se le agregó un antiséptico.
- El lavado se hará por arrastre, siempre en sentido antero posterior (de la vulva hacia el ano). se complementará con secado de un paño limpio o con gasas limpias.
- La ropa interior será separada por un apósito (gasa- algodón-gasa) o por protectores nocturnos de los que

se consiguen en el mercado. Los lavados intravaginales son desaconsejados.

- En caso de episiotomía, los cuidados serán similares, pero se insistirá en mantener la zona seca el mayor tiempo posible. (29)
- Desgarros o laceraciones del tracto genital. Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto. La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Diagnóstico de Enfermería: 4

Riesgo de infección de vías urinarias r/c: cateterización de sonda urinaria

Objetivo: Reducir el riesgo de infección, a través de las técnicas adecuadas de higiene mejorando el cuidado en la atención de Sandra.

Evaluación de resultados: Sandra permanece sin clínicamente datos de infección en el posparto inmediato.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Le informo a Sandra antes del procedimiento la importancia de la permanencia del drenaje urinario, para mantener la vejiga vacía, y medir la orina para un control de líquidos.• Realizo instalación de sonda vesical con técnica aséptica y material, fijando sonda de acuerdo a edad y género del paciente.• Mantengo el sistema de drenaje por debajo del nivel de la vejiga para evitar contacto con el piso.• El lavado de manos antes de manipular la sonda urinaria como medida de control y propagación de gérmenes.	<ul style="list-style-type: none">• La intervención de Enfermería toma especial relevancia en la cateterización vesical porque de su buena praxis depende la contaminación del tracto urinario.• La presencia de un cuerpo extraño que alberga en la vejiga del paciente afecta de manera notable en el riesgo de infección del tracto urinario y esto se debe a varios factores, fundamentalmente por la duración del catéter urinario y las condiciones de asepsia en la manipulación del catéter.• La infección de vías urinarias se asocia a la existencia de una sonda vesical debido a que se ha

- Se verifica que la sonda se encuentre permeable y se sujeta la fijación a la pierna de la usuaria, utilizando para su cuantificación guantes para el drenaje, y lavado de manos para evitar la entrada de diferentes microorganismos al drenaje urinario.
- Se vigilan los cambios en las características de la orina, cantidad, color, olor y posible sedimentación.
- Vigilo manifestaciones clínicas y registro de la temperatura corporal, frecuencia cardiaca, así como la presencia dolor suprapúbico, y malestar general fiebre posterior a la instalación de la sonda urinaria.
- Vigilo signos y síntomas de infección o fiebre, para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario y evitar posibles complicaciones de la madre
- Se administran Antibioticoterapia y analgésicos de acuerdo a la prescripción médica para disminuir los síntomas de dolor malestar y psicoprofilaxis.

Se realiza el adecuado cuidado del catéter vesical.

- Fomento la ingesta adecuada de líquidos en cuanto sea posible.

demostrado, que los microorganismos colonizan la orina a través del interior de la sonda o por colonización del meato urinario y la proliferación ascendente de los microorganismos en la película orgánica que se forma sobre la sonda.

- Las pruebas clínicas y experimentales respaldan la idea de que el mecanismo causal más común de las Infecciones de Vías Urinarias (IVU) es el ascenso de microorganismos por la uretra, especialmente de origen intestinal, es decir Escherichia Coli y otras bacterias como Klebsiella, Estafilococo. (51)
- La higiene de manos es capaz de salvar vidas. Cinco momentos para realizar la higiene de manos: 1) antes del contacto con el paciente; 2) antes de manipular un dispositivo invasivo; 3) después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosa, piel no intacta o vendajes de heridas; 4) después de entrar en contacto con el paciente; y 5) posterior al contacto con objetos localizados en la habitación del paciente. (52)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Observo los cambios de bienestar o malestar posibles. | <ul style="list-style-type: none">• El factor de riesgo de infección nosocomial se refiere a las condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, la enfermedad de base o enfermedades concomitantes del paciente, el área física, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el propio sistema hospitalario, políticas, el paciente mismo, la presencia de microorganismos o sus toxinas, la falta de capacitación, disponibilidad del personal, de sistemas de evaluación, la garantía de los insumos, la estandarización y la calidad de los procesos.• La infección urinaria asociada a catéter es la causa más común de infección asociada al cuidado a la salud ocupando hasta el 30% al 40% de las infecciones adquiridas en el hospital.• La vigilancia de presencia de disuria en la usuaria que podría indicar posible infección de vías urinarias, y realizar en lo posible laboratorio de examen de general de orina al retiro de la sonda urinaria. (GPC infección urinaria asociada a sonda vesical). |
|---|---|

- Se recomienda incrementar las medidas higiénicas, de educación al personal de salud y familiares sobre el lavado de manos para aplicación de sondas y recomendar el empleo de la técnica correcta de aplicación de sondas vesicales.
- Las infecciones de vías urinarias pueden ser prevenibles si se toman las recomendaciones siguientes: Cateterismo de corta duración, no más de 24 horas, utilización de equipo estéril, técnica aséptica en el momento de la inserción, evitar desconexiones de la sonda vesical con el sistema colector, mantener el sistema colector en declive respecto a la vejiga, evitar que el tubo caiga por debajo de la bolsa colectora, evitar el trauma uretral utilizando un lubricante adecuado y una sonda de calibre lo más pequeño posible de acuerdo a las características del paciente, realizar asepsia delicada del meato antes de su aplicación, y aplicación por personal capacitado.

- Se recomienda el lavado de manos antes y después de la colocación de los dispositivos, el lavado de manos durante 3 a 4 minutos es suficiente.
- Mantener el flujo urinario no obstruido.
- En pacientes portadores de sonda deben ingerir suficientes líquidos siendo recomendado un consumo de 1.5 litros día recomendado por Warkers, 2028. (53)
- Hacer el cateterismo intermitente a intervalos de tiempo establecidos, para minimizar la sobre distensión vesical.
- La ausencia de Fiebre no excluye Infección de vías urinarias.
- El valor del examen microscópico de orina en pacientes con sonda es limitado para diagnosticar IVU, sintomática, ya que todos los pacientes tendrán bacteriuria.
- El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y

residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona. (54)

- El tiempo de permanencia de la sonda vesical está fuertemente asociado a riesgo de infección 1.2.3.4.7.8 (53).
- La infección de vías urinarias se asocia a la existencia de una sonda vesical debido a que se ha demostrado, que los microorganismos colonizan la orina a través del interior de la sonda o por colonización del meato urinario y la proliferación ascendente de los microorganismos en la película orgánica que se forma sobre la sonda. (55)
- Una técnica inadecuada de higiene de manos, tiene como resultado contaminación y transmisión de microorganismos, estos están presentes en la piel del paciente y en los objetos que lo rodean, por contacto directo o indirecto. (55)
- Recordar que si la disuria es muy importante se puede suplementar el tratamiento con fenzopiridina durante las primeras 48 horas (100 mgrs cada 8 horas). Se debe aconsejar no tomar medicamentos

	<p>alcalinizantes, e ingerir acidificantes de la orina como el jugo de arándano.</p> <ul style="list-style-type: none">• La incidencia de bacteriuria asociada a cateterismo vesical, depende del tipo y duración de la cateterización Después de una cateterización de corto tiempo, se ha demostrado bacteriuria de 1 a 5% de pacientes hospitalizados. (56)• Se recomienda que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado.
--	---

Diagnóstico de Enfermería: 5

Riesgo de infección del aparato genital r/c intervenciones instrumentadas durante el posparto

Objetivo: Realizar intervenciones preventivas para reducir las infecciones maternas durante el posparto

Evaluación de resultados: La usuaria se mantiene hasta este momento sin presentar datos de infección a través de la capacitación y recomendaciones higiénicas y de autocuidado.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Se muestra al personal el lavado de manos apropiado, y lavarse las manos antes de cada procedimiento.• Se debe evitar los tactos hasta cada 4 horas.• Posterior a la episiorrafia, se limpia la piel del periné con agentes antimicrobianos y se mantiene el área seca.• Se instruye a Sandra sobre la ingesta suficiente de líquidos por vía oral en cuanto sea posible 1.5.a 2 litros de agua.• Le informo acerca de la inspección de genitales y periné en la detección de signos que indiquen	<ul style="list-style-type: none">• Las estrategias para reducir las infecciones maternas en el periparto y sus complicaciones a corto y largo plazo se orientan principalmente a medidas preventivas en presencia de estos factores de riesgo.• Las infecciones bacterianas en el período perinatal representan cerca de una décima parte de las muertes maternas en el mundo. Las infecciones en el periparto también pueden tener consecuencias incapacitantes a largo plazo, como dolor pélvico crónico, obstrucción de las trompas uterinas y esterilidad secundaria. Varios factores pueden aumentar el riesgo de infecciones maternas en el

infección, ejemplo dehiscencia de episiorrafia, calor local, dolor etc.

- Por el momento de posparto de fomenta el reposo en cama en una posición que prefiera la usuaria.
- Por prescripción administro esquema de antibióticos I.V.
- Instalo sonda urinaria y durante los procedimientos, se utiliza técnica estéril para reducir la incidencia de infecciones de la vejiga y del canal de parto.
- Realizo limpieza sonda urinaria de la parte externa del catéter a nivel del meato, observando las características de la orina y signos y síntomas de retención urinaria, y obtener una muestra si fuera necesario.
- Observar y detectar oportunamente signos y síntomas de infección en episiorrafia y el canal de parto con la presencia de dolor, eritema, edema, y secreción purulenta.
- Orientar a la puérpera sobre las características de los loquios normales: cantidad, olor, color y

periparto, incluyendo problemas de salud preexistentes (como desnutrición, diabetes, obesidad, anemia grave, Vaginosis bacteriana e infecciones por estreptococo del grupo B) y condiciones espontáneas o intervenciones de profesionales sanitarios durante el trabajo de parto y el parto (como la rotura prolongada de membranas, tactos vaginales repetidos, extracción manual de la placenta y cesárea).

- Las estrategias para reducir las infecciones maternas en el periparto y sus complicaciones a corto y largo plazo se orientan principalmente a medidas preventivas en presencia de estos factores de riesgo.
- A nivel mundial, la intervención más utilizada para prevenir la morbimortalidad causada por las infecciones maternas es la profilaxis y el tratamiento con antibióticos. Las recomendaciones sobre prevención incluyen la realización de procedimientos menores de rutina (por ejemplo, el rasurado púbico o perineal), los antimicrobianos para el parto vaginal y por cesárea y la profilaxis con antibióticos en caso de afecciones o procedimientos obstétricos que puedan acarrear riesgos de infección (ruptura prematura de

<p>reconocer los cambios que puedan indicar riesgo de infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizan medidas para el control de infecciones como lavado de manos antes de manipular a la puérpera, orientando sobre la higiene efectiva en la zona perianal para evitar infecciones. • Para minimizar el edema y el dolor aplico frío como hielo en la zona y cambios de toalla sanitaria frecuente. • Se administró Antibioticoterapia prescrita. • Promuevo la ingesta de líquidos 1.5 a 2 litros al día, y nutrición adecuada al término del ayuno para mantener volúmenes urinarios en cuanto sea posible. • Se proporciona orientación sobre la importancia de la deambulación precoz, asistida. • La posición que adopta la usuaria es la más cómoda que le proporcione confort. 	<p>membranas, líquido amniótico meconial, desgarros perineales, extracción manual de la placenta, parto vaginal instrumentado y cesárea). (57) (58)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desgarros vaginales o cervicales: se procederá a la reparación de los mismo utilizando valvas vaginales y suturas reabsorbibles, bajo anestesia local o general, de acuerdo a la profundidad de los mismos. En aquellos desgarros cervicales altos que van por encima de la cúpula vaginal deberá realizarse laparotomía exploradora. (59) • En la valoración y cuidados de enfermería en la puérpera respecto a los loquios estos tienen un fuerte olor, pero nunca deben ser mal olientes, que irán cambiando de color y cantidad conforme pasan los días, hemáticos de 2 a 3 días, serosos 7 días siguientes y blancos durante una semana más. • La educación sanitaria acerca del cambio de toalla sanitaria se realizará frecuentemente y antes lavar la zona perineal para evitar contaminación de bacterias anales. • Uno de los cuidados de enfermería es la educación sanitaria sobre las medidas de higiene de la zona perineal y usar frío local si existe gran inflamación.
---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Estará indicado el vaciamiento vesical espontáneo o por sondaje para prevenir la hemorragia postparto.• Control de la infección. Dirigido a gérmenes prevalentes: estreptococos A y B, enterococos, Escherichia Coli, Bacteroides, estafilococos, etc. Tratamiento inicial 0 a 6 horas: Concepto de” La hora de oro”. Esquemas antibióticos intravenosos. Se recomienda una dieta será normal con alto contenido en fibra para evitar el estreñimiento. Si la lactancia es materna, habrá que ingerir 500 kcal. (59) (60)
--	--

Diagnóstico de Enfermería: 6

Conocimientos insuficientes r/c: su estado de salud actual m/p: preocupación y expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones.

Objetivo: brindar apoyo educativo para recuperar y mejorar la salud en el posparto.

Evaluación de resultados: La puérpera logra comprender a través de la enseñanza, la orientación, y recomendación en los cuidados detectar los riesgos que pueden complicar el puerperio inmediato, logrando contribuir en el bienestar de la madre entendiendo que a través del autocuidado llevará un estilo de vida saludable y sin complicaciones.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Se facilita en la usuaria la orientación, y ayuda en el autocuidado para recuperar la salud inmediatamente al posparto.• Proporciono ayuda y apoyo en la toma de decisiones sobre las condiciones de salud de Sandra, creando un ambiente que facilite la confianza.• Escuchar con atención y reforzar las dudas acerca de su autocuidado.	<ul style="list-style-type: none">• La información a la usuaria deberá ser para promover su seguridad y reducir el miedo, creando un ambiente que le facilite confianza, identificando las situaciones que precipitan ansiedad.• En la fisiología humana, el puerperio (coloquialmente cuarentena, es el periodo que inmediatamente sigue de la etapa del parto y que se extiende el tiempo necesario usualmente 6-8 semanas o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre

- Compruebo la capacidad de la puérpera en el posparto de aquellos cambios fisiológicos, que tras el parto deben vigilarse, tales como: la involución uterina, loquios, entuertos, y la ingurgitación mamaria.
- Controlo el dolor administrando analgésicos indicados.
- Para aliviar el dolor se aplican compresas de hielo y baños de asiento en zona perineal y vulvar.
- Monitoreo la temperatura de las mamas y el estado de los pezones y cambios mamarios.
- Fomento la hidratación que facilite la función urinaria normal.
- Se inicia la deambulación precoz y frecuente en cuanto sea posible y aplicar las medidas preventivas para evitar trombosis venosa profunda colocando medias compresivas y realizar ejercicios de las piernas.
- Enseño a la puérpera que debe solicitar atención médica, y establecer un plan de visitas que permita la continuidad en los cuidados si es posible.

gestacionales aminorando las características adquiridas durante el embarazo. El puerperio también se incluye el periodo de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de postparto.

- La involución uterina: Es inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas siguientes, asciende y alcanza el nivel del ombligo.
- Los entuertos aparecen durante los 2 o 3 primeros días y se acentúan con la lactancia (liberación de oxitocina) son más frecuentes en multíparas.
- Loquios Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina. Existen distintos tipos de loquios: loquios rojos: duran de 2 a 3 días, loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 o 4 días, loquios blancos: a partir del 10º día.
- La ingurgitación mamaria se produce entre el 3er y 4º día postparto, puede provocar un aumento fisiológico de

- Se instruye a Sandra sobre los cuidados perineales y de la episiorrafia vigilar la presencia de eritema, equimosis exudado, edema, y la aproximación de los bordes por posible dehiscencia de herida, lavarse con agua y jabón manteniendo el área perineal seca.
- Oriento a la usuaria sobre datos de alarma como son: cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes hemorragia, y fiebre.
- Explico sobre la primera eliminación vesical y la intestinal enseñándole como debe realizarse el aseo de la zona de episiorrafia para evitar la contaminación, realizándose el aseo desde genitales hacia recto.
- Reviso genitales internos y externos en busca de lesiones que pueden ocasionar hemorragia como desgarros o hematomas.
- Oriento sobre la sexualidad en el inicio de relaciones sexuales.
- Enseño a realizar la exploración física de miembros inferiores buscando zonas calientes o enrojecidas y

la temperatura (no más de 38°C) de carácter transitorio (duración de 4 a 16 horas).

- Se recomienda que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar posibles complicaciones, así como prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del bebé, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el bebé.
- Las mujeres que no reciben la visita de puerperio domiciliario, deben establecer un plan de visitas a la consulta de atención primaria con el fin de hacer una valoración global de su estado de salud y de recibir asesoramiento en aquellos temas que se crean necesarios. (47).
- Acudir a su unidad de atención más cercana en caso de presentar alguno de los signos o síntomas de alarma. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2007) recomienda en su GPC de cuidados tras el parto una visita de control de práctica entre las 4 y 6

signo de Homan positivo (dolor en el gemelo cuando se realiza la dorsiflexión del pie).

- Oriento a la paciente la presencia de fiebre, sensación de adormecimiento en glúteos y dolor a nivel pélvico que suele presentarse como posible complicación por la hemorragia posparto.
- Se orienta sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.
- Enseño sobre la importancia y consultas de control del puerperio mediato a la salida de la institución.
- Instruir a la paciente sobre signos de depresión postparto.
- informar sobre el inicio de la anticoncepción en su centro de salud.

semanas tras el parto, momento que se adelantaría en caso de que aparezcan problemas o complicaciones médicas u obstétricas.

- Para conseguir el alivio del dolor derivado de la involución uterina, los AINE de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg ha mostrado un mayor beneficio que el paracetamol. Por otro lado, el paracetamol en dosis que no excedan los 4.000 mg al día ha mostrado un alivio del dolor perineal posparto.
- El dolor remite espontáneamente al final de la primera semana tras el parto. Orientar sobre las mejores prácticas para desarrollar hábitos higiénico dietéticos saludables, se recomienda Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Orientar a la puérpera sobre los cambios en la eliminación intestinal que tendrá durante el puerperio fisiológico. (47)
- Se recomienda monitorizar de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria. Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un

sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia interna, de distensión de la vejiga, disnea o dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar.

- En el caso de que se haya realizado una episiotomía durante el parto, se deberán valorar la aparición de signos de edema, la presencia de dolor o secreciones purulentas, o la dehiscencia de la zona de sutura, en estas mujeres se deberá realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona.
(47)
- La succión del pezón provoca un estímulo nervioso que llega al hipotálamo donde se libera la B- endorfina. Esta sustancia provoca el descenso de la GnRH y la supresión de su secreción pulsátil inhibiendo así la secreción de gonadotropinas e impidiendo la ovulación y menstruación.
- La B- endorfina inhibe también la secreción de dopamina que favorece la liberación de prolactina; por este motivo, cuanto más frecuente sea el estímulo de la succión, más leche se producirá.

- Los niveles elevados de prolactina inhiben la ovulación.
- La succión del pezón también estimula la secreción de oxitocina que provoca la contracción del pezón y salida de leche.
- Micción espontánea. La primera micción se debe realizar antes de las primeras 6-8 tras el parto. Si esto no se produce, habrá que proceder al sondaje vesical. Es importante vigilar esta micción sobretodo en casos de anestesia epidural. Si se produce disfunción vesical, se procederá a técnicas de fisioterapia: ejercicios de refuerzo de suelo pélvico, frecuencia miccional. (61)
- La diuresis esta aumentada para eliminar el líquido retenido, Se produce una tendencia a la retención urinaria secundaria a la analgesia epidural; la micción espontanea no debe retrasarse más de 8 h postparto. Hay una pérdida de peso (lenta y que no es inmediata) de 5 kg del parto y 2-3 kg por el aumento de la diuresis. (47)
- Evacuación intestinal. Si la puérpera no ha defecado, no se provocará artificialmente la defecación laxante, enemas antes del segundo o tercer día.

- Ducha precoz e higiene del periné. Se desaconsejan los baños de inmersión.
- Muy Importante evitar la mastitis se evaluará la turgencia, presencia de grietas, y signos inflamatorios.
- Para la Lactancia materna, se aconseja un aporte calórico de 500 Kcal/día.
- Para la prevención del riesgo tromboembólico iniciar la deambulacion precoz. (61)
- El personal de enfermería deberá detectar durante la recuperación de la paciente obstétrica la presencia de complicaciones como fiebre y dolor pélvico como las más comunes que se resuelven de 2 a 3 días; otras complicaciones a largo plazo que se presentan es adormecimiento leve en la región de los glúteos. (62)
- En una revisión de la literatura se destacan los principales signos de alerta sobre posibles complicaciones de la madre que pueden ser motivo de consulta, Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia, fiebre, un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.

- Esta información también debe destacar cuales son los principales signos de alerta tanto en la madre como en el bebé que puedan ser motivo de consulta con un profesional sanitario.
- La entrega de folletos informativos que recopilen toda esta información favorece la resolución de dudas tras el alta.
- Cerca del 80% de las puérperas presentan el llamado *Maternity Blues*, que se caracteriza por una tendencia a la tristeza durante la primera semana, que puede deberse al agotamiento, a los cambios corporales, a las continuas demandas del recién nacido y a la sensación de abandono, ya que el centro de atención para pareja y familia será él bebe. Hay que diferenciarlo de la depresión puerperal y de la psicosis puerperal, ya que estas requieren tratamiento. (47)
- La lactancia materna es la alimentación óptima para el recién nacido. Según la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño.

- La producción de oxitocina que se libera con la succión del recién nacido en la lactancia materna mejora la involución uterina.
- El contacto piel-con-piel entre la madre y el/la recién nacido/a en las primeras 24 h posparto tienen un efecto positivo sobre el mantenimiento de la lactancia materna, en la reducción de la congestión mamaria dolorosa y en la mejora de la estabilidad cardiorrespiratoria de los recién nacidos.
- Recomendar que al menos durante las dos primeras horas de vida un profesional sanitario pueda supervisar el contacto piel con piel para detectar de manera precoz posibles complicaciones en el recién nacido. (47)
- En el caso de que se haya realizado una episiotomía durante el parto, se deberán valorar la aparición de signos de edema, la presencia de dolor o secreciones purulentas, o la dehiscencia de la zona de sutura, en estas mujeres se deberá realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona. (47)

- La actividad sexual puede comenzar cuando el sangrado haya cesado y el desgarro o la episiotomía este cicatrizada.
- Aconsejar lubricantes al inicio si existe sequedad vaginal, y aconsejar anticoncepción (preservativo o espermicidas).
- Una guía del RCOG británico (FSRHC, 2009) considera que durante los primeros 21 días tras el parto no se requiere ningún tipo de método contraceptivo.
- Las mujeres que persisten amenorreicas y que realizan lactancia materna exclusiva pueden evitar el uso de métodos contraceptivos hasta los 6 meses tras el parto.
- Durante el internamiento y antes de la alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente. (11) (60)
- El modelo del perfil de la enfermera obstetra que debe aplica el modelo de información, comunicación y educación, para que las personas logren una vida familiar saludable, embarazos planeados, una

paternidad responsable y el autocuidado de la salud (63)

- Orientar sobre los cuidados del recién nacido y del apego inmediato a la lactancia materna, enseñando a la madre la técnica de amamantamiento y recomendaciones para la producción de leche, extracción manual y cuidados para la prevención de grietas en el pezón, así como los beneficios que aporta la leche materna.
- Informar a la madre también sobre la importancia de la realización de la prueba de tamiz neonatal en los primeros 5 días después del nacimiento.
- Ayudar a la madre y pareja a decidir sobre la importancia de utilizar un método anticonceptivo en el posparto para el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar y la selección de uno, instrucciones de uso, presencia de efectos secundarios, así como el inicio de relaciones sexuales.

Diagnóstico de Enfermería: 7

Deseos de mejorar su estado de salud mp/ solicitar apoyo y consejería al personal de enfermería.

Objetivo: Brindar apoyo educativo acerca de los cuidados para controlar y prevenir complicaciones

Evaluación de resultados: Se logra elaborar con madre un plan de cuidados integral, que le permitan reanudar su plan de actividades, disminuyendo así sus temores.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
<p>1.- Promover en la puérpera actividad física con la deambulación precoz.</p> <p>2.- Promover para el puerperio un régimen alimenticio con alimentos nutritivos y saludable, nutritivos ricos en fibra, calcio y hierro, que fortalezcan la salud materna, así como la ingesta de líquidos 2 litros de agua al día.</p> <p>3.- Controlar la contracepción por métodos de planificación familiar en cuanto sea posible. Sugiriendo el DUI, son sus efectos y beneficios, así como el inicio de relaciones sexuales.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La actividad física temprana favorece, por gravedad, el drenaje de los loquios, y activa la circulación en miembros inferiores lo cual previene la tromboflebitis y su grave complicación: la tromboembolia pulmonar; también estimula los movimientos y evacuación de intestinos. (63)• Las deficiencias de hierro y calcio contribuyen a la mortalidad materna. La dieta debe ser variada, de todos los grupos adaptada a los cambios

<p>4.- Se apoya en la atención del postparto inmediato dentro de las 24 horas, orientando sobre los cambios que se presentaran fisiológicamente, características de los loquios, palpación del globo de Pinard que indica buen tono uterino, y los signos de alarma que indiquen datos de infección o presencia de sangrado transvaginal, fiebre o malestar general.</p> <p>5.- Dar información acerca de acudir periódicamente a control del binomio para detectar complicaciones que pongan en riesgo su vida.</p> <p>6.- Informar la importancia de estilos de vida saludables, entre estos, comer tres veces al día, dormir mínimo 8 horas al día, caminatas para reanudar sus actividades físicas, higiene personal y en especial de genitales.</p> <p>7.- Se informa sobre la importancia del inicio de relaciones sexuales y con protección, y el método de planificación familiar.</p>	<p>fisiológicos y con una elevada ingesta de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades nutricionales: Se estiman en 640 Kcal/día (primeros 6 meses) (65) • El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). • La información debe incluir: uso correcto, como funciona, efectos secundarios, riesgos y beneficios, signos y síntomas, retorno a la fertilidad después de interrumpir el método, y visitas periódicas al centro de salud. • Dispositivo Intrauterino: Tanto del DIU de cobre como el sistema intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) son muy eficaces. La eficacia teórica se aproxima a la eficacia de uso en condiciones
--	--

	<p>reales o efectividad, cuando la selección de las usuarias es correcta y cuando la técnica de inserción y el seguimiento por parte del profesional son adecuados.</p> <ul style="list-style-type: none">• Primer control después de la siguiente menstruación tras la inserción y antes de los 3 meses de la misma.• La nuliparidad no se considera una contraindicación para el uso del DIU, ya que su utilización no afecta la fertilidad posterior de la mujer si la indicación ha sido correcta. (66).• En este periodo, es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.
--	--

- Verifique y anote en el expediente clínico cada 30 minutos: Aspecto general de: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas, signos vitales, sangrado y loquios por turno y al alta.
- Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard: Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones.
- Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.
- Sospechar de infección puerperal si hay: Aceleración permanente del pulso materno (signo precoz), loquios fétidos, achocolatados o purulentos, Útero no involucionado-blando-poco delimitado y doloroso a la palpación, si la mujer refiere dolor en bajo vientre, náuseas-vómitos.

- Es de importancia orientar sobre llevar a su hijo-a a vigilancia y control del crecimiento y desarrollo y detectar signos-síntomas de alarma del bebé; así como acudir a las citas para la atención y evaluación de la puérpera.
- Es recomendable una alimentación balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales de las puérperas que lactan.
- Su higiene personal baño en regadera lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, la episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
- El inicio de las relaciones sexuales, se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales.
- El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.

- Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada.
- El propósito de la Anticoncepción posparto, transcesárea y posaborto es ampliar el intervalo Inter-genésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo, y mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención. (67)
- El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). (66)

Diagnóstico de Enfermería: 8

Disponibilidad y deseo para mejorar la lactancia materna al recién nacido m/p la madre expresa su deseo de aumentar la capacidad de amamantamiento exclusivo de dar leche materna y satisfacer las necesidades nutricionales de la niña.

Objetivo: Favorecer el apego inmediato del recién nacido para fomentar la lactancia materna en la primera hora de vida

Evaluación de resultados: Se logra capacitar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna, y del cuidado que deben tener con su recién nacida para saber cómo suplir las necesidades que tiene y así lograr su bienestar del binomio.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de Enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Promover y capacitar a la usuaria sobre la lactancia materna a libre demanda• Enseñar las diferentes posiciones de amamantamiento• Posiciones adecuadas• Cuidados en la mamas y pezones• Valorar el reflejo de succión de la recién nacida• Enseñar a la usuaria sobre los signos de hambre del bebe• Enseñar que es lactancia a libre demanda, cuantas horas no debe estar en ayuno la recién nacida	<ul style="list-style-type: none">• La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños.• La lactancia materna fomenta el desarrollo sensorial y cognoscitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad por enfermedades diarreicas o neumonía, además de mostrar recuperación rápida de las enfermedades.• Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana.

- Recalcar que evite utilizar sucedáneos cuando hay una buena producción de leche
- Capacitar a la madre sobre los beneficios al binomio de la lactancia materna exclusiva

- Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan.
- Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.
- Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva.
- En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna. (68)
- El personal de salud debe capacitar a la madre a través del autoexamen de mamas para familiarizarla con las características de los pechos lactantes.
- Capacitar sobre las técnicas correctas de amansamiento para evitar grietas y congestión

mamaria. Cuidado de la integridad de la piel de los pezones, lubricando con leche materna. (69)

- Datos de hambre: lloriquea o se chupa los labios, hace ademanes de chupar, encoge los brazos o piernas hacia el vientre, despierta y se ve alerta, mueve las manos o puños a la boca, se acurruca a su pecho.
- Datos de satisfecho: suelta el pecho y el pezón, se ve relajado y con sueño, se queda dormido y deja de chupar, relaja las manos y el cuerpo. Beneficios de la lactancia materna: el menor se enferma menos, mayor crecimiento y desarrollo, beneficios psicológicos para madre e hijo. Amigable con el medio ambiente, beneficio económico. (70)
- Posiciones de amamantamiento: posición reclinada, posición de cuna cruzada, posición de pelota de futbol americano, posición reclinada de un lado.
- Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida. La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica. (70) (11)

Capítulo V. Plan de alta

El objetivo del alta consiste en orientar acerca del conjunto de acciones procedimientos y actividades que debe otorgar la enfermera perinatal, enfocados a la prevención, curación y rehabilitación, que puedan condicionar morbilidad materna.

Se debe recordar que las primeras 24 horas, son las horas de mayor riesgo vital, tanto para la mujer, como para su recién nacido. Se recomienda la vigilancia domiciliaria si es posible, por parte del personal de salud, que acuda a visitas domiciliarias sobre todo cuando el alta sea precoz en este tipo de pacientes que sufrieron hemorragia durante el parto, y que estas sean parte de las estrategias de control y seguimiento por la enfermera perinatal, de ser posible y con la autorización de la paciente, fomentar el control a través de las consultas por teléfono, con el objetivo de vigilar el apego con el tratamiento médico y los cuidados de enfermería, debiendo referir al centro de salud al control del binomio.

- Datos generales:

Nombre de la paciente: Sandra PMM. .

Edad: 23 años.

Sexo: Mujer

Fecha de ingreso: 14 de abril del año 2019 Hora de ingreso: 03:00 horas

Fecha de la valoración: 15 de abril de 2019 Hora de valoración: 15:00 horas

Fecha de egreso: 16 de abril del 2019 Hora de egreso: 15:00 horas.

Diagnóstico de egreso: puerperio patológico mediato secundario a hemorragia posparto.

5.1.- Indicaciones generales al egreso de la paciente que cursa con puerperio mediato fundamentados por requisitos universales

Señora Sandra me es grato felicitarla por el acontecimiento tan importante en su vida de ser madre. Usted presento una hemorragia durante su parto, puede ser que tenga preguntas de las medidas que se tomaron para detener el sangrado; se administraron medicamentos y sueros a través de la vena, fue necesario masajes al útero y un examen de la vulva, vagina y perineo para ver si se necesitan puntos y pueden ser procedimientos muy dolorosos. Generalmente toma más tiempo recuperarse de un parto con una

hemorragia que de uno con pérdida de sangre normal. Es muy común tener anemia por una baja de hierro después de haber tenido una hemorragia, por lo que debe realizarse un examen de sangre para ver sus niveles de hemoglobina, esta condición se llama anemia, cuando esto sucede, su cuerpo tiene menos hemoglobina y le resulta más difícil obtener oxígeno, esto puede producirle una sensación de cansancio y debilidad, mareos, dolores de cabeza, verse y pálida después de haber tenido una hemorragia, por lo que debe tomarse el tiempo que necesita para descansar y recuperarse.

En este momento comenzará su recuperación a este proceso se le llama puerperio, su tiempo de duración es de 42 días a partir del parto. Le hare unas recomendaciones que debe seguir durante estos días y así continuar este proceso normal sin problemas, en caso que alguno se vea alterado usted tendrá que estar al pendiente y también le explicare que debe usted hacer.

Requisito I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

- Es importante que se mantenga en un lugar limpio, ventilado, e iluminado para evitar infecciones respiratorias. Evite tóxicos (tabaco, y alcohol).

Requisito II. Mantenimiento de un aporte adecuado de agua:

- La ingesta de agua se recomienda un mínimo de 2 3 litros de agua durante el día, para preservar un adecuado aporte de líquidos al organismo, además le ayudara a que se mantenga una adecuada salida de leche (galactopoyesis), y establecimiento de la lactancia materna la adecuada producción de leche para alimentar al seno materno a su recién nacido, deberá practicarlo como un buen habito saludable ya que otro beneficio además es el de prevenir el cáncer de sus pechos, sangrado a través de su vagina, este debe ir disminuyendo en cantidad y el color debe ir desapareciendo hasta ver un color achocolatado, también va a mantener la producción de leche, y al final de cada alimentación al seno materno, dejara una gota de leche en sus pezones que le ayudaran a mantenerlos libres de grietas que pueden ocasionarle sangrado , dolor y además infección, también su recién nacida presentara evacuaciones consistente, sin estreñimiento, se recomienda ingerir diariamente agua potable o de garrafón, los preparados de

agua de frutas de la temporada que sean de su preferencia, y mantenerla con un buen estado de hidratación.

Requisito III. Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:

- La Norma Oficial Mexicana NOM-043.SSA-2-2012, Servicios básicos de salud, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. (pag;36).
Recomienda:
- Es muy importante que la alimentación sea lo más variada posible le recomiendo la ingesta de nutrientes ingerir los grupos de granos, frutas cereales, leguminosas, verduras y las diferentes fuentes de proteínas animal y vegetal. Evitar grasas e irritantes, llevar una dieta saludable rica en fibra, frutas, Un ejemplo de comidas podría ser, caldos y sopas de pollo o carne vegetales cocidos, arroz, lentejas, guisados. y verduras, yogurt, los huevos, el pescado, el pollo, los vegetales en general especialmente los de hojas verdes, el aguacate, las semillas de girasol, las nueces, las almendras, los granos enteros y las frutas frescas.
- Los alimentos ricos en hierro y calcio también son muy aconsejables, ya que estos minerales deben estar presentes en la leche materna, es conveniente tener un aporte adicional de hierro y calcio, así como de vitaminas.
- Las sardinas son muy recomendables ya que contienen alto contenido de magnesio y hierro, además, son una buena fuente de proteínas y son muy económicas.
- Continuar tomando el multivitaminas, el ácido fólico 200 mcg/día, y hierro de 80 a 160 gramos/24 horas para corregir anemia ocasionada por la hemorragia que presento, y evitar en un futuro tener daños en su salud.
- Debe evitar ingerir bebidas gaseosas que solo podrían ocasionarte inflamación al intestino y no lograría hidratarte, además, tienen un alto contenido de azúcares que pueden ocasionar enfermedades como la diabetes.
- Se sugiere acudir a orientación nutricional para recuperar un peso ideal, de momento se recomienda la lactancia materna como estrategia para lograr el peso previo al embarazo.

- Recuerde que la lactancia materna no es un método anticonceptivo, la alimentación al recién nacido es exclusiva, con beneficios para ambos.

Requisito IV. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y los excrementos:

- Higiene personal: El baño lo hará en regadera, el aseo y lavado externo de genitales será con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día o por razón necesaria, lo realizara de arriba hacia abajo, no debe realizar duchas vaginales, el cambio apósito ser a varias veces al día, y mantener herida limpia y seca, que es la región donde se realizó el corte para cerca de la vagina para ayudar al nacimiento de su recién nacido.
- El cuidado de las mamas, con limpieza de areolas y pezón antes de alimentar al lactante, lave los pezones con agua y jabón, sólo una vez al día (el uso frecuente de jabón tiene efecto secante y puede favorecer la aparición de grietas), no use cremas ni pomadas salvo indicación médica, deje los pezones al aire durante unos minutos después de las tomas para ayudar a calmar posibles irritaciones.
- Presentará una secreción por vagina en escasa cantidad y sin presentar mal olor, llamadas loquios, los cuales cambiaran de color rojo a color achocolatado hasta desaparecer, debe vigilar sus características. En estos cambios es común que se presenten cólicos tipo menstrual durante el tiempo que este amamantando esto es porque se produce en su cuerpo una hormona llamada oxitocina que interviene directamente en su útero haciéndolo más pequeño, permitiendo y que este regrese a su tamaño normal.
- Durante el puerperio que durara 42 días, debe consumir comidas ricas en fibra ya que la fibra es un nutriente esencial en la dieta saludable, que contribuye al mantenimiento de la salud y previene la aparición distintas enfermedades como el estreñimiento.
- Vigilar la presencia de las evacuaciones y que estas sean con el mínimo esfuerzo para evitar el dolor perineal o que las suturas se desgaren, sangren y se infecten, ya que se encuentran cerca del recto donde hay restos de materia fecal.

Requisito V. Mantenimiento del equilibrio entre actividad/reposo:

- La deambulaci3n precoz disminuye el riesgo de fen3menos tromboemb3licos ya que activa la circulaci3n de retorno, y No debe permanecer mucho tiempo de pie sin moverse, y realizar esta actividad le favorece la funci3n intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los m3sculos abdominales, y favorece el derrame de sangre que haya quedado en su vagina, ya que al estar de pie los restos de co3gulos van a salir m3s f3cilmente.
- Es recomendable que inicie gradualmente sus actividades f3sicas, no debe realizar esfuerzos f3sicos de manera gradual para perder peso, es imprescindible para que su organismo recupere la normalidad, lo m3s adecuado inicie con paseos al aire libre diario (69).
- Fomentar el ejercicio con caminatas diario por espacio de media hora, y de acuerdo a su estado f3sico, como actividad recreativa, de descanso y habito saludable, dormir 8 horas al d3a con periodos de descanso en las tardes y logre tener una sensaci3n de descanso al despertar, por ahora logre dormir los momentos en que su reci3n nacido duerme, recuerde que usted acaba de tener un desgaste f3sico y emocional con el parto y lo debe ir recuperado con el descanso.
- Vigilar la presencia de hinchaz3n en extremidades p3lvicas.

Requisito VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacci3n humana:

- Usted y su pareja son un v3nculo afectivo para que continúe una buena comunicaci3n que favorecer3 el v3nculo afectivo del binomio, esto es mama e hijo. Debe solicitar apoyo emocional en caso de s3ntomas de depresi3n postparto ya que el 80% de las pu3rperas presentan el llamado Maternity Blues, que se caracteriza por una tendencia a la tristeza durante la primera semana, que puede deberse al agotamiento, a los cambios corporales, a las continuas demandas del reci3n nacido.

Requisito VII. Prevenci3n de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano:

- Recuerde la importancia de acudir a su Centro de Salud a las consultas, la primera al quinto día y en ese momento programaran sus próximas consultas.
- Por ahora aún existen riesgos de complicaciones como sangrados y las infecciones Algunos datos de alarma por los que se deberá presentar a solicitar atención medica son: cefalea, zumbido de oídos, ver lucecitas, dolor en la boca del estómago, sangrado por vagina abundante y con olor fétido, dolor en su vientre, escalofrío, fiebre mayor de 38°C, y dolor de cabeza.
- Como medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual, y de cáncer cervicouterino, debe acudir a la realización de toma del Papanicolaou, ya que desde que inicio vida sexual activa no lo ha realizado el estudio.
- No debe olvidar que por el momento no es recomendable iniciar su vida sexual activa, usted puede iniciarlas cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales, así mismo el uso de métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados, esto le ayudara a mejorar su calidad de vida con el autocuidado que disminuyan los riesgos de muertes maternas.
- Durante el parto perdió sangre considerablemente que ocasiono la disminución de la hemoglobina final de 8.3 miligramos, por este motivo y como medida de recuperar la sangre perdida, se le indica continúe la toma de pastillas de hierro, y ácido fólico por lo menos tres meses.
- Recuerde durante el sangrado perdió una cantidad de sangre que debe recuperar, tanto con la alimentación como los medicamentos como el sulfato ferroso que deberá tomar durante un mes y llevar un control en sangre para valorar sus niveles de sangre en su centro de salud.
- Podría experimentar cansancio y debilidad por lo que debe tener periodos de descanso durante el día, ya que continuar ofreciendo lactancia materna exclusiva.
- Si sufre confusión o tristeza y melancolía consulte en su Centro de Salud, ya que puede sufrir depresión posparto, algo normal que a algunas puérperas les ocurre.

No se desanime o se alarme, se debe a los cambios de los niveles hormonales que varían después del parto.

- Es muy importante el cuidado de sus mamas para evitar que se agrieten, o aparezca una mastitis (inflamación de las glándulas mamarias) que puede resultar dolorosa y desagradable, ya que la obligaría a suspender la lactancia materna.

Requisito VIII. Promoción a la salud y deseos de ser normal:

- Por ultimo recuerde que usted tiene un potencial humano y es usted capaz de cuidar de usted y su recién nacido, logrando tener un sentido de pertenencia, le agradezco me haya permitido compartir este aprendizaje juntas acerca de su autocuidado, esto le ayudara a usted a reducir la ansiedad, el miedo y las dudas acerca del cuidado que debe tener durante los días que durara el puerperio, ya que llevarlas a cabo le ayudarán a su restablecimiento físico y emocional, también le permitirá sentirse motivada, ya que ahora tiene una responsabilidad como madre y con la familia, y debe aprender a buscar ayuda cuando así lo necesite.

El apoyo educativo es relevante en el cuidado de las personas sanas o con problemas de salud, así como también la importancia de la disponibilidad de las personas para participar con la enfermera y lograr su independencia a través del autocuidado.

Se concluye que la teoría del déficit de autocuidado de Orem tiene gran aceptación entre los profesionales de enfermería. En México, las aportaciones de Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad. Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplina ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.

Capítulo VI. Conclusiones y sugerencias

6.1.- Conclusiones.

El embarazo es un proceso único y fisiológico experimentado por la mujer quien, con capacidad nata para la maternidad, dicho proceso debe de transcurrir sin complicaciones, con tranquilidad y con el suficiente soporte no solo durante la gestación sino también en el nacimiento y la crianza de los hijos. La hemorragia obstétrica es una complicación frecuente en los centros hospitalarios que dan atención obstétrica, sin embargo, en muchos casos son prevenibles más cuando los factores asociados a esta son inexistentes. Las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio son inaceptables, sobre todo cuando la atención se realiza en un centro hospitalario con personal calificado para la resolución de problemas, con tecnología y recursos suficientes.

El profesional de enfermería con ampliación del rol con competencias en la atención obstétrica es un actor importante en la salud de las mujeres que viven procesos reproductivos, siendo no solo un aliado en el equipo de salud para resolver problemas, sino como sistema de compensación en el entorno las de las familias a quienes atiende, siendo promotor educativo, fomentador de conductas de autocuidado, y rehabilitador del estado de salud, y seguir influyendo en la salud de las personas incluso después del alta hospitalaria.

Los objetivos del estudio de caso se lograron durante la atención de la emergencia en el área de expulsión, durante la hospitalización. Es egresada y fue posible darle recomendaciones a su alta a domicilio. Se trata de localizar al centro de salud donde le corresponde, pero no continua con su control en el centro de salud, ya que me informa su hermana que regresó a su estado de origen (Guerrero). Por lo que a través de las intervenciones de enfermería se logró la estabilidad del estado de salud hasta el momento de ser dada de alta. En relación de su autocuidado para preservar su salud, seguridad, y bienestar, en cuanto fue posible se logró fomentar el apego afectivo de la lactancia materna exclusiva a libre demanda observando los beneficios de lazos afectivos del binomio, integrando como apoyo a su pareja y su hermana.

Las principales necesidades expresadas por Sandra estuvieron relacionadas con el desconocimiento de la patología, lo que origina sentimientos como ansiedad, temor e incertidumbre, y que disminuyeron con las intervenciones de enfermería proporcionadas. Debemos hacer énfasis del compromiso acerca del cuidado integral en la atención oportuna de las intervenciones y cuidados posteriores a la presencia de una hemorragia posparto que evite en lo posible limitar los daños a la salud, considerando que la educación que aportemos a restablecer la salud es primordial a los individuos la familia y su comunidad.

También esto sugiere la necesidad de reforzar la educación sanitaria y el apoyo emocional, que favorezca la expresión de sentimientos y la adquisición de conocimientos para los cuidados después del parto, las recomendaciones oportunas en el cuidado durante la estancia hospitalaria pueden contribuir también en la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal.

6.2.- Sugerencias

Es de importancia que el profesional de Enfermería Perinatal, continúe actualizando los conocimientos ante la presencia de un evento hemorrágico posparto, que le permita brindar cuidados especializados con intervenciones específicas y basadas en evidencias científicas acorde a los protocolos en la atención de la hemorragia posparto, para que las mujeres sean atendidas por personal capacitado que vigile y detecte los posibles riesgos que desencadenarían una hemorragia imprevista sobretodo que incremente el riesgo durante el periodo de alumbramiento es decir en el tercer periodo del parto, ya que la hemorragia posparto es la causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal en México, sobre todo en esta etapa.

Los cuidados durante el periparto incluyen la vigilancia y asistencia durante el transcurso del nacimiento de un niño hasta la expulsión de la placenta, donde el objetivo es conseguir un parto armonioso y saludable. Por este motivo la importancia de realizar el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, para ayudar a reducir la incidencia de sangrado, teniendo en cuenta que toda mujer embarazada y en trabajo de parto sin riesgos puede presentar hemorragia. El manejo activo de la tercera etapa del trabajo de

parto es exitoso cuando se incluyen el masaje uterino, el uso de oxitocina, Metilergonovina y misoprostol, también se deberán seguir las estrategias en el tratamiento oportuno, evaluando los daños y reparando las causas traumáticas de la hemorragia posparto.

En la hemorragia posparto no todos los casos pueden anticiparse, las hemorragias se presentan aun en pacientes sin riesgos aparentes, es importante que el personal capacitado reconozca cuando un sangrado es anormal, y que amerita una temprana y rápida restauración de daños, minimizando así la morbilidad y mortalidad asociada con esta independientemente de la causa.

En las unidades de atención se deben dar a conocer los protocolos de atención ante la presencia de hemorragias obstétricas estandarizando los cuidados, medicamentos profilácticos como uterotonicos, equipo y material para las diferentes técnicas en la atención de hemorragias, con el fin de prevenir complicaciones que se producen durante este evento, ya que es durante la etapa de la expulsión de la placenta donde se presentan la hemorragia por la hipotonía uterina, retención de restos placentarios o membranas, las laceraciones del canal del parto, roturas uterinas coagulopatias y la inversión del útero. Por lo que es importante realizar vigilancia estricta de los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto con el propósito de prevenir la recurrencia de hemorragia con la identificación temprana de signos de peligro en la etapa del posparto por 24 horas.

Bibliografía

1. Dirección General de Epidemiología. Secretaria de Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 06. Available from: <http://bit.ly/2SECA5R>.
2. Rubio Álvarez A. Hemorragia postparto: factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto. UCLM; 2018.
3. OMPHI. El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto. Oxford Maternal and Perinatal Health Institute; 2019.
4. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 06. Available from: <http://bit.ly/2SUTMDd>.
5. Sanabria Fromherz Z, Fernandez Arena C. Comportamiento patológico del puerperio. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011; 37((3)).
6. Dirección General de Epidemiología. Hemorragia Obstétrica. Boletín Epidemiológico: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema único de información. 2017; 34(50).
7. Ramírez E. Contralinea. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 16. Available from: <http://bit.ly/2SDGplm>.
8. Secretaria de Salud. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica: Lineamiento Técnico. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.; 2009.
9. Malvino E. Shock Hemorrágico en Obstetricia. Argentina: Biblioteca de Obstetricia Crítica; 2010.
10. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 12. Available from: <http://bit.ly/2vHdiv0>.
11. DOF. SEGOB Diario Oficial de la Federación. [Online].; 2016 [cited 2019 Noviembre 18. Available from: <http://bit.ly/3bMYUlj>.
12. Secretaria de Salud. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstetrica: Lineamiento Técnico. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2016.
13. De Tejada G. Conceptualización de Enfermería. ; 2013.
14. Todo para enfermería. Teorías y modelos de Enfermería..
15. Pereda Acosta. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol. 2011; 10(3).

16. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6th ed. España: Elsevier; 2008.
17. Del Sagrarío MT. Estudio de Caso para Obtener el título de Enfermería especialista. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia - UNAM, División de Estudios de Posgrado; 2017.
18. Lawrence, Leeman MD. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO®. AAFP; 2017.
19. Secretaria de Salud. GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México; CENETEC; 2009.
20. Casale R. Consenso Hemorragia Posparto (HPP). SOGIBA; 2018.
21. OMS/OPS. Únete para reducir las muertes maternas a cero: Informe Final sobre la base de conferencias realizadas en el Congreso Internacional de Embarazo Seguro y Emergencias Obstétricas y Neonatales. Paraguay: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2016.
22. Ministerio de Salud. Guía para la Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Cordoba; Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2008.
23. Malvino E. Hemorragias Obstétricas Graves. Buenos Aires; 2017.
24. IGSS. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). [Online].; 2013 [cited 2019 Octubre 06. Available from: <http://bit.ly/3bPnWQL>.
25. Sosa AB. Factores de riesgo de hemorragia posparto en partos vaginales en una población de America Latina. Rev ACOG. 2009;(113).
26. Secretaria de Salud. Prevención y manejo de la hemorragia posparto en primero, segundo y tercer nivel de atención: Guía de Práctica Clínica de enfermería. México; 2018.
27. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstetricas. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
28. IGSS. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [Online]. Guatemala; 2013 [cited 2019 Septiembre 16. Available from: <http://bit.ly/2SZGlfN>.
29. Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud Sexual y Reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en APS. Tercera ed. Salud OPdl, editor. Montevideo; 2011.
30. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorragico en Obstetricia: Evidencias y Recomendaciones. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
31. Guash E, Alsina E, Diez J, Et al.. Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. RedAR. 2009; 56(3): p. 139-146.

32. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia Obstétrica. Rev. Med. La PAz. 2014; 20(2).
33. Guash E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. Rev. Med Intensiva. 2016 Junio-Julio; 40(5): p. 298-310.
34. Hidalgo Aguilar F. Hemorragia postparto como factor predisponente al desarrollo del síndrome de Sheehan. Machala: Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud - Carrera de Ciencias Médicas; 2019.
35. Reina G. NC. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Rev Umbral Científico. 2010 Diciembre;(17).
36. Carrillo Esper R, De la Torre León T, Et al.. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. Rev Mex Anes. 2018 Julio - Septiembre; 41(3).
37. Posos González dJ, Galindo Becerra ME. Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. Secretaria de Salud; 2012.
38. Martínez Ques AA, Vázquez Campo M. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. Etica de los Cuidados.; 2008.
39. Alcantar M. Decálogo de Ética para el personal de Enfermería en México. , El Blog Enfermero; 2013.
40. Secretaria de Salud. Gobierno de México. [Online].; 2016 [cited 2019 Septiembre 2019]. Available from: <http://bit.ly/2SEjwoj>.
41. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada: GRR. México;, CENETEC; 2013.
42. Secretaria de Salud. Gobierno del Estado de México: Secretaria de Salud. [Online].; 2008 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: <http://bit.ly/2v03v2S>.
43. Secretaria Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. [Online].; 2014 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: <http://bit.ly/2SVwo8n>.
44. IMSS. Sitio Web del IMSS. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 4. Available from: <http://bit.ly/2HxftUB>.
45. DOF. Secretaria de Gobernación: Diario Oficial de la Federación. [Online].; 2012 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: <http://bit.ly/39OTsga>.
46. PATH. Salud Materno Infantil. [Online].; 2004 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: <http://bit.ly/2V1jHM4>.
47. Cilef Medical. La escala EVA del dolor. , CILEF MEDICAL; 2019.

48. East. C, Begg L, Et al.. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. Cochrane. 2007 Octubre; 17(4).
49. Clarett M. Escala de Evaluación de dolor y protocolo de analgesia en Terapia Intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; 2012.
50. Secretaria de Salud. Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, enfocado a la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. México; 2013.
51. Secretaria de Salud. Acciones Esenciales en Seguridad del Paciente. México; 2018.
52. Secretaria de Salud. Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento de la infección Aguda, no complicada del tracto urinario de la mujer. ; 2012.
53. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Salud Castills y León. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 30. Available from: <http://bit.ly/2SFk513>.
54. Secretaria de Salud. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES). [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 30. Available from: <http://bit.ly/3bQzxis>.
55. Valdez R, Miyahra Arakaki J. Infección urinaria en pacientes con cateterismo vesical con sistema de drenaje cerrado, utilizando un frasco colector recambiable. Rev. Med Hered. 1990; 1(1): p. 1-6.
56. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 2015.
57. OMS. Manual para la elaboración de directrices 2da Edición. Organización Mundial de la Salud; 2015.
58. Cuetos MJ, Nigri C, Crespo H, Di Marco I, García O, López G, et al. FASGO. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 14. Available from: <http://bit.ly/2SYE7Cz>.
59. Gutierrez Sevilla JÁ. ec oposiciones. [Online].; 2018 [cited 2019 Septiembre 30. Available from: <http://bit.ly/2wowyxu>.
60. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. ; 2011.
61. Aguarón Benitez G. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. [Online].; 2010 [cited 2019 Septiembre 30. Available from: <http://bit.ly/325pTEp>.
62. Secretaria de Salud. CENETEC. [Online].; 2017 [cited 2019 Septiembre 08. Available from: <http://bit.ly/2P4CRgk>.
63. Secretaria de Salud. Salud Materno Infantil. [Online].; 2005 [cited 2019 Septiembre 30. Available from: <http://bit.ly/2V1tSQM>.

64. Guzmán M. Deambulaci3n Temprana en el puerperio. , Clinicas M3dicas Primero; 2014.
65. Mart3nez Lorente AM. Alimentaci3n Saludable durante el embarazo, parto y Puerperio. Roma;; 2014.
66. Trillo Fern3ndez C, Navarro Mart3n JA. Gu3a Pr3ctica de Planificaci3n Familiar en Atenci3n Primaria. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2015.
67. OPS. Parte 4: Protocolo de Atenci3n del Puerperio Fisiol3gico. Nicaragua: Ministerio de Salud; 2020.
68. DOF. SEGOB Diario Oficial de la Federaci3n. [Online].; 2016 [cited 2019 Noviembre 18. Available from:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
69. Secretaria de Salud. CENETEC. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 18. Available from:
<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-753-15/ER.pdf>.
70. Secretaria de Salud. CENETEC. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 18. Available from:
<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-823-18/ER.pdf>.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA
"DR. JOSÉ G. PARRÉS"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN MÉDICA E INGRESO HOSPITALARIO
FO-DAM-SH-HGC-SM-D17

CUERNAVACA MOR; A 14 DEL MES DE 04 DEL AÑO 14

NOMBRE DEL PACIENTE: SANDRA PATRICIA MARIAS MARQUEZ
FECHA DE NAC: 22/09/1995 EDAD: 22 SEXO: F
DOMICILIO: 2 Avenida de Vaujoc LOCALIDAD: Ocoyoacac MUNICIPIO: Xicotepec ESTADO: MEX

Yo, _____ actuando en nombre propio o como familiar, tutor o representante legal del paciente, AUTORIZO al personal médico, de enfermería, técnico y paramédico para realizar los procedimientos, estudios de laboratorio, estudios de radiología e imagen y tratamientos especializados; para la integración y/o evaluación de mis diagnósticos, bajo los siguientes términos:

1. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento implica algunos riesgos y peligros. Estos riesgos pueden ser leves, moderados o graves e incluso mortales.
2. La fecha y hora de una cirugía es tentativa y está condicionada al estado de gravedad del paciente y a la disponibilidad de las instalaciones, procurando en todas las condiciones respetar los tiempos quirúrgicos.
3. En algunos estudios se requiere de la administración de una sustancia visible a los rayos X, llamada medio de contraste que puede causar algunas complicaciones o efectos secundarios (mareo, náusea, vómito, exantema, reacción alérgica a medios hidrosolubles yodados) habiendo reacciones graves que pueden causar la muerte.
4. Procedimientos de la sangre, tumores, enfermedades reumáticas, inmunológicas, trasplantes, enfermedades de los riñones pueden requerir medicamentos o sustancias especializadas que causan disminución de sus defensas y reacciones secundarias de moderadas a graves.
5. Estoy enterado(a) de la garantía o seguridad sobre los resultados del procedimiento no es absoluta y de que es posible que para algunos casos no pueda superar la enfermedad. Nadie puede predecir cuáles serán las complicaciones que ocurrirán en caso de que se presente.
6. Además de los cuidados del personal médico y de enfermería del área de urgencias y hospitalización, contará con la atención de personal de salud especializado, que podrán intervenir en el caso de alguna urgencia y/o contingencia que se presenten durante su proceso de atención en esta unidad de salud, atendiendo el principio de libertad prescriptiva.
7. He sido informado(a) que el Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parrés" es una institución donde se forma profesionalmente personal médico de enfermería, técnico y paramédico, por lo que autorizo que personal en entrenamiento pueda participar en mi cuidado bajo la supervisión de personal profesional autorizados.
8. En caso de no estar de acuerdo en los procedimientos invasivos o tratamientos propuestos firmare un documento en el que eximo de toda responsabilidad a los médicos tratantes del Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parrés".
9. He leído y entendido este formato de consentimiento y comprendo que no debo firmar si todos los párrafos y todas mis dudas no han sido explicados contestados a mi entera satisfacción o si no entiendo cualquier término o palabra contenida en este documento.

SANDRA PATRICIA MARIAS MARQUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Dr. Mauro García P...
Ginecólogo y Obstetra
Nº 04188279
Ced. E. 10127595-IMSS

Eusebio...
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE TESTIGO 1

...
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE TESTIGO 2

BASES Y FUNDAMENTOS:
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTICULO 170.
LEY GENERAL DE SALUD, ARTICULO 19 BIS 2), NUMERAL IX
REGlamento de LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ARTICULOS 30, 30.1 y 30.2
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA1-2003 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, NUMERAL 30.1.1. CARTAS DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CONAMED

Av. Domingo Díaz, E. 4. Gómez Arcaute s/n, Col. Lomas de la Selva C.P. 62270
Teléfono (777) 101 34 70

Anexo 2. Instrumento de valoración perinatal

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: _ Servicio: __ Enfermera perinatal:

1.- DATOS GENERALES.

Nombre: _____ Edad: _ Estado Civil _____

Ocupación: _____ Peso: kg _____ Talla: cm_ IMC: _____ Grupo _____

Religión: _ Escolaridad: _____ Origen y Residencia: _____

Teléfono_ _____ Domicilio: _____

Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Escolaridad _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____

Padecimiento: _____ Grupo y Rh _____ religión: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear Extensa **Integrada** Desintegrada

Con quien vive: _____

Comunicación con: La pareja B R M N * Hijos: B R M N Otros familiares: B R M N

Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____

Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos \$ _____ Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Prestada

Tipo de Ventilación: Ventanas y puertas _____ Tipo de Iluminación: Buena iluminación

Núm. Cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: percedero Durable Mixta

Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____

Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/
como: _____

3 veces por semana en la mañana. Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte
Centros _____

Educativos: Kínder primaria Secundaria Preparatoria

Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia

Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1.-MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando Nunca Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarros al día Usa

técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación)

Requiere de algún apoyo respiratorio: Cuál?

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ FCF:

Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _ Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____ Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): **normales**

Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas,

edema periférico): Buen llenado capilar, normo térmica sin edema

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros:

Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo):

Líquidos que le gustan y/o desagradan:

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas:

Líquidos Parenterales (Tipo)

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: 3 Días a la semana en que consume:

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar

Alimentos que le gustan:

Alimentos que le desagradan:

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales).

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Qué sentido le da a la comida: Convivencia **Recompensa** **Supervivencia** **Paliativo** **Aburrimiento**

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quién come				
¿Dónde?				
¿Cuánto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): dentadura completa

Utiliza prótesis dental tiene caries: **No** dientes flojos: **No** Garganta: **dolor** **disfagia** Observaciones

Aparato digestivo: **náusea** **vómito** **anorexia** **pirosis** **polifagia** **eructos** **dolor abdominal**

Observaciones:

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): Ha presentado problemas en la eliminación intestinal:

Si No ¿Cuáles?: estreñimiento

Ingiere algo para mejorar su eliminación: **Si** No ¿qué? ____

Vesical: (describir características y frecuencia) Ha presentado problemas en la eliminación vesical: **Si** No ¿Cuáles?:

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: **Si** No ¿qué? _medicamentos por infección de vías urinarias

Observaciones:

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa **Ninguna** trabajo: **No, se dedica al hogar**

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo:

Tiempo libre: **se acuesta ya que el embarazo se cansa fácilmente.** ¿Cuántas horas duerme?

Sensación al despertar:

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? ¿cómo lo resuelve? Cambiando de posición

Duerme durante el día: Cuanto tiempo: una hora

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: sano sin alteraciones tono muscular: bueno

Gama de movimientos Dolor No Fatiga No Rigidez No **Tumefacción** o Deformaciones: No

Sistema neurológico: Estado de conciencia Entumecimiento No Hormigueos No Sensibilidad al: Calor No Frío Tacto Mí. Anormales No Parálisis No Vértigo No Cefalea Si No Alteraciones de la memoria No Reflejos

Observaciones: **paciente sin ninguna alteración, con sensibilidad al calor, frio con buenos reflejos.**

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta **Clara** Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal **Contacto visual** Lenguaje corporal: Clara y precisa Gestos tono de voz Mecanismos de defensa No Negación **Inhibición** Agresividad Hostilidad Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. No ¿Cuál?

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Si No Secreción No Aumento o disminución de Audición No Acufenos No

Ojos: Dolor No Lagrimeo No Secreción No características: Simetría Pupilas Edema No

Vista: alteraciones de la visión: Lentes de corrección No fosfenos No Nictalopía No Daltonismo Si No

7. PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? trabajo No casa

calle Observaciones: ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Papanicolaou (tiempo y resultado) Mamografía (tiempo y resultado) NO Dentista: cada seis meses Oculista: no Médico: **Cada mes durante su embarazo** ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? ¿Cuáles? ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Culpa a otros Habla con las personas Ansiedad Reza **Lectura**

Escucha música Baja autoestima Sumisión Deportes Otro ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen? Sí No ¿Cuál? Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No **Tabaco** Sí No Café Sí No Té No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No ¿Cuáles?
 b) Concepto de su imagen. Espiritualidad

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: tres veces al día Aseo perineal: diario

¿Cuándo se lava las manos?: **cada vez que va baño y al preparar los alimentos** ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás. Buena Productos usados para higiene personal: Jabón, estropajo. Shampoo

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No Cambio de olor Sí No **Pelo:** Distribución: **Bien implantado** Cantidad **abundante** Parásitos **no**. **Uñas:** **Cortas y limpias**
Aspecto general Mamas: **Tipo de Pezón bien formado sin alteraciones ni protuberancias** Secreciones: Ganglios: **normales** Masas dolor **Genitales:** Aspecto General **de acuerdo a edad cronológica.**

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual
1									
2									
3									
4									
5									

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	F U	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No

¿Cuál?

Número de consultas de control prenatal: _____ Institución:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta: _____ Motivo de consulta:

b) Comprensión de la alteración actual:

c) Sentimientos en relación con su estado actual:

d) Preocupaciones específicas: _____

2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación:

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos: _____

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos)

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos:

b) Fisiológicos: _____

c) Económicos:

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta: _____

Enfermedades de la infancia:

Hospitalizaciones:

Medicamentos prescritos o por iniciativa: _____

Inmunizaciones previa: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

Estudios de laboratorio y gabinete: