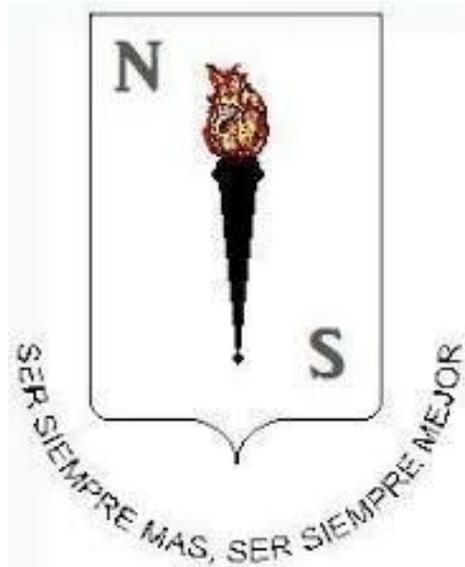


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POST PARTO,
EN LA VISIÓN DEL DR. ENRIQUE OYARZUN.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
MARÍA ELIZABETH MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN. 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA.

A mi abuelita Josefina Vargas González mi más hermoso ángel y mi mayor amor que toda la vida me ha guiado por el buen camino, me inculco buenos principios y a ser buen ser humano con el prójimo. Gracias a ella soy quien soy y he llegado hasta este punto de mi vida, de hacer mi sueño realidad de ser una profesional de la salud. Gracias infinitas abuelita por siempre haber estado incondicional para mí, mi mamá y mis hermanos, por tanto amor, cariño, y que hoy goza de la vida eterna. (QPDE).

A mi madre Ma. Carmen González Vargas la cual le debo tanto, todo lo que soy. Por todo el sacrificio que ha hecho para llegar hasta el fin de mi carrera, por la motivación y palabras de aliento para seguir adelante. Sobre todo, por la oportunidad que me brinda para seguir con mis estudios, el apoyo incondicional, por ser mi motor y mi ejemplo a seguir. A usted dedico mi trabajo y mi esfuerzo para terminar satisfactoriamente mi carrera. La amo.

A mis hermanos, Cesar, Fany y Cheli que son ellos y sin su apoyo no hubiera llegado hasta la meta de mi carrera, por toda la confianza que depositaron en mí para continuar con mis estudios, son un gran ejemplo para mí, los amo.

A mis tíos Miguel Ángel y Elena, que también pusieron de su parte para continuar, que siempre de una u otra forma estuvieron al pendiente de mí, por su carisma y palabras de aliento para no rendirme.

AGRADECIMIENTOS.

Principalmente agradezco a Dios por esta oportunidad de vida tan maravillosa que me dio y por dejarme llegar al momento de mi vida en donde me encuentro.

A mi ángel que tengo en el cielo mi abuelita, gracias por siempre estar tan incondicional, por tanto, amor y apoyo. Por siempre darme lo mejor de usted sus palabras de aliento de ánimo cuando ya no podía más en algunos puntos de mi carrera. Que usted es un ejemplo de fuerza para continuar, gracias infinitas por haberme regalado los mejores años de su vida a mi lado.

A mi mamá por ser un gran ejemplo de mujer, por haberme dado el regalo más grande del mundo, la vida. Por enseñarme a luchar contra la vida y darme las armas necesarias para enfrentarla. A usted le debo todo lo que soy, en la gran persona y profesional que me he convertido. Gracias por haberme dado el mejor regalo de amor que son mis hermanos.

A mis hermanos Cesar, Fany y cheli que son el perfecto ejemplo de amor verdadero, gracias por siempre participar y apoyarme en cada uno de mis logros, por ser parte de este gran proyecto de vida que es mi carrera, por siempre estar para mí. Infinitas gracias por ser mis hermanos, los amo.

A mi familia los que siempre de una u otra forma aportaron algo para mis estudios, en especial a mi prima Laura, mi tío Miguel Ángel y mi Tía Elena, gracias tíos.

A mis amigas Moni, Iza, Susi y Ana por estar siempre ahí apoyándonos en todo momento y circunstancia. Y por qué con ustedes conocí el verdadero significado de la palabra amistad, gracias por siempre darme los mejores consejos y palabras de aliento cuando estaba a punto de rendirme.

A mi amiga, Esme con la que jamás creí formar una bonita amistad desde primer año gracias por ser tan incondicional y apoyarme en cada una de mis decisiones, por regalarme esos momentos increíbles de diversión que son recuerdos que siempre llevare presentes, por estar en mis peores momentos cuando más necesite de una amiga.

Luisa que desde que entramos a primer año surgió una bonita amistad tan incondicional, de apoyo y ayuda mutua en todos los sentidos, gracias amiga.

A mi amiga Iris Rangel Bejar que en tan poco tiempo me ha demostrado que la amistad verdadera e incondicional existe, gracias infinitas por brindarme esas palabras de tranquilidad en mis peores momentos cuando más lo necesitaba, por los buenos momentos contigo que fueron bastantes y los mejores, siempre los llevare presentes. Te quiero.

A la escuela de enfermería por brindarme la oportunidad de formar parte de ellas, a cada uno de mis maestros que me dejaron grandes enseñanzas y me formaron como la mejor profesional de la salud.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2.1 VIDA Y OBRA.....	2
2.2 INFLUENCIAS.....	3
2.3 HIPOTESIS.....	4
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.6 OBJETIVOS.....	7
2.6.1 GENERAL.....	7
2.6.2 ESPECIFICOS.....	7
2.7 MÉTODOS.....	7
2.7.1 CUALITATIVO.....	7
2.7.2 CUANTITATIVO.....	8
2.7.3 MIXTO.....	8
2.8 VARIABLES.....	8
2.10 GRAFICADO.....	11
3 GENERALIDADES.....	12
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	12
3.2. CONCEPTO.....	13
3.3 CLASIFICACIÓN.....	13
3.4 EPIDEMIOLOGIA.....	14
3.5 ETIOLOGÍA.....	15
3.6 TIPOS DE HEMORRAGIAS Y SUS SÍNTOMAS.....	19
3.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	21
3.10 DIAGNOSTICO.....	22
4. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POST- PARTO.....	23
4.1 INTERVENCION DE ENFERMERIA:.....	25
4.2 INTERVENCION ENFERMERA DIRECTA:.....	25
4.3 INTERVENCION DE ENFERMERIA INDIRECTA:.....	25
4.4 ACCIONES DE ENFERMERIA INDEPENDIENTES EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POST-PARTO:.....	25
4.5 ACCIONES DE ENFERMERIA DEPENDIENTES:.....	26
4.6 MEDIDAS GENERALES DE CUIDADOS EN LA HEMORRAGIAS POSTPARTO.....	26
4.7 VIGILANCIA DE SIGNOS VITALES.....	27

4.8 MANTENER UNA VÍA INTRAVENOSA PERMEABLE.....	27
4.9 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.	28
4.9 TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE PRIMERA LINEA:.....	29
5.GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.....	30
5.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.....	44
5.3 LOS LOQUIOS.....	44
5.4 SINDROME DE HELLP.	46
5.5 SINTOMAS	47
5.7 TRATAMIENTO	49
5.9 CLASIFICACIÓN.....	49
6.SINDROME DE SHEEHAN.....	50
6.2 SINTOMAS.	50
6.3 CAUSAS.....	51
6.4 FACTORES DE RIESGO.	53
6.5 COMPLICACIONES.....	53
6.6 CRISIS SUPRARRENAL: SITUACIÓN QUE PUEDE PONER EN RIESGO LA VIDA.	53
6.7 TRATAMIENTO.....	54
6.8 CASO CLINICO 1	55
6.9 CASO CLINICO 2	56
7. MORTALIDAD MATERNA.....	57
7.1¿QUÉ ES LA MORTALIDAD MATERNA?	57
7.2 DATOS Y CIFRAS.....	60
7.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	61
7.4 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.	62
7.5 REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.	63
7.6 OBSTÁCULOS A QUE LAS MUJERES RECIBAN LA ATENCIÓN QUE NECESITAN.	64
7.7 RESPUESTA DE LA OMS.	65
7.8 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.	66
7.9 CÓMO SALVARLES LA VIDA.	66
8. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.....	69
8.1 RECOMENDACIONES.....	69
8.2 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP.	70

8.3. Antecedentes.....	74
8.4 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HPP.....	76
8.5 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP.	77
8.6 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HPP: AGENTES UTEROTÓNICOS.	78
8.7 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP: REANIMACIÓN CON LÍQUIDOS Y ÁCIDO TRANEXÁMICO.	85
8.8 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POST- PARTO.....	88
8.9 ACCIONES DE ENFERMERIA INDEPENDIENTES EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POSTPARTO:..	89
9.CONCLUSIÓN.....	90
10. BIBLIOGRAFÍA.....	91
10.2 COMPLEMENTARIA.....	96
11. GLOSARIO.....	97
12.ANEXOS.....	105

1. INTRODUCCIÓN.

El siguiente trabajo que se muestra una investigación realizada en el campo de un hospital, la cual tiene la intención de mostrar y enseñar a las pacientes tanto embarazadas como a aquellas que lo planean, una de las complicaciones más severas que pudiera tener como consecuencia del embarazo, la hemorragia postparto siendo esta una de las causas principales de muertes maternas en el mundo, la cual ocupa un lugar importante en México y en el mundo.

La investigación se basa en definiciones amplias para el entendimiento de la misma, los objetivos a realizar se encuentran dentro de lo esperado para ayudar a las personas que lleguen a padecer esta patología como tal, traten de entender y saber que realizar en el momento adecuado.

Se pretende alcanzar el objetivo de la investigación que se realizara tanto con la paciente como con el familiar acompañante, estos objetivos fueron plasmados con la intención de que este trabajo sea válido para las demás personas, se habla también de muchos de los riesgos que esta hemorragia llega a tener como consecuencia de un embarazo sin control prenatal.

Sabemos que hoy en día la gran mayoría de la sociedad no llega a comprender los riesgos que tiene un embarazo, se trata de que el lector adquiera un poco de los conocimientos de esta investigación, dejando claramente que las encuestas realizadas en esta investigación fueron por personal de la salud capacitado para atender este tipo de situaciones y que su profesión les permite estar dentro de un área hospitalaria brindando el cuidado adecuado para esta patología.

Sin hacer a un lado a los médicos encargados de esta área de obstetricia que también dan de sus conocimientos, pero siempre en conjunto con la enfermera brindando estos cuidados.

2.1 VIDA Y OBRA.

El Dr. Enrique Oyarzun Ebensperger es un destacado médico-cirujano egresado de la Universidad de Chile. Especialista y Magister en Obstetricia y Ginecología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Postdoctoral fellowship en Medicina Materno Fetal en la Universidad de Yale, USA. Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Jefe de la División de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la PUC. Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (2004 - 2006). Fellow American College of Obstetrics and Gynecology. Reconocido por sus pares como Maestro Chileno de la Obstetricia y Ginecología.

El Dr. Oyarzun se ha desempeñado en los Hospitales JJAguirre, Sotero del Rio, Linares, Parroquial de San Bernardo, Hospital Clínico PUC, y actualmente trabaja en la Clínica de la Universidad de los Andes y es profesor de esa Universidad. Ha sido invitado como expositor en más de 80 cursos y congresos de la especialidad, y recibido alrededor de 15 premios por trabajos publicados. Ha publicado dos libros (Alto Riesgo Obstétrico y Ultrasonografía en Obstetricia); ha escrito 35 capítulos de libros extranjeros y nacionales, y es autor de más de 200 artículos para revistas nacionales y extranjeras. Desde 1999, es editor para América Latina del American Journal of Obstetrics and Gynecology.

2.2 INFLUENCIAS.

- El Dr. Enrique Oyarzun Ebersperger es un destacado médico-cirujano egresado de la Universidad de Chile.
- Especialista y Magister en Obstetricia y Ginecología por la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Postdoctoral fellowship en Medicina Materno Fetal en la Universidad de Yale, USA.
- Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).
- Jefe de la División de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la PUC.
- Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (2004 - 2006). Fellow American College of Obstetricis and Gynecology.
- Reconocido por sus pares como Maestro Chileno de la Obstetricia y Ginecología.

2.3 HIPOTESIS.

Las intervenciones que realiza el personal de enfermería son de gran importancia en el área hospitalaria, especificando en el área de obstetricia y la unidad toco quirúrgica ante el aumento de muertes maternas por estas complicaciones.

Las intervenciones de enfermería a pacientes que requieren de esta área son principalmente dos: informar y formar de una manera adecuada a todas las mujeres embarazadas. A través de la información dar a conocer lo necesario y prevenir este tipo de complicaciones en toda mujer embarazada.

Dar a conocer a toda mujer en gestación la importancia que tiene el llevar un adecuado cuidado prenatal, para así prevenir toda complicación en la embarazo, parto y puerperio.

2.4 JUSTIFICACIÓN.

Con la presente investigación se pretende como meta principal, apoyar y darles los cuidados necesarios a las mujeres que pasan por estos padecimientos en su embarazo, ya que en la actualidad; un gran número de mujeres presentan este padecimiento la gran mayoría desconoce las manifestaciones clínicas y por lo tanto refieren tener miedo de que esto les pueda suceder.

Por lo que se dará a conocer cómo es que el personal de enfermería tiene que intervenir, para ayudar a evita esta problemática, poniendo en práctica sus conocimientos y practicas empleadas en este problema mediante la investigación del mismo, elaborando un plan de cuidados para que la mujer que no conozca del tema lo analice y si desea recibir atención en el cual complemente su tratamiento.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La hemorragia post parto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

La finalidad de esta investigación es saber que tanto conocimiento tienen las mujeres embarazadas.

Esta investigación pretende responder y aportar información a la comunidad y sociedad en general en relación con la siguiente pregunta ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en la hemorragia post- parto? Esta pregunta de investigación planteada busca la relación entre las dos siguientes variables.

- 1) cuidados de enfermería.
- 2) hemorragia post- parto.

La investigación para realizar es por la cantidad de pacientes obstétricas que desconocen esta complicación del embarazo el cual lo pueden presentar en cualquier edad.

Es muy importante darles a conocer a las mujeres embarazadas todos los factores predisponentes para llegar a una hemorragia post parto, así como los cuidados de enfermería que se le proporcionarán por parte del profesional.

Como parte del personal de salud, la enfermera debe dar a conocer los cuidados y medidas generales a las mujeres que están próximas a un embarazo, a través de pláticas informativas y material impreso que contenga información, también planeaciones de cuidados específicos donde entre el cuidado del embarazo.

2.6 OBJETIVOS.

2.6.1 GENERAL.

- Dar a conocer lo que es una hemorragia post parto. Que las pacientes que acuden al hospital de nuestra señora de la salud sean informadas de la manera más completa sobre el tema. Para así ayudar a su buen desencadenamiento durante el embarazo, como complementando información sobre los cuidados que debe de tener para evitar este padecimiento.

2.6.2 ESPECIFICOS.

- Ayudar a evitar la pérdida sanguínea por medio del control durante y después del post-parto. Llevar un control prenatal adecuado cumpliendo con el número de citas indicadas por el médico, así como tratamiento para la buena salud, para evitar una hemorragia post-parto.

2.7 MÉTODOS.

Como métodos voy a utilizar la entrevista a las pacientes que atraviesan por esta situación, para conocer los diferentes puntos de vista y si tienen alguna información sobre lo que son las hemorragias postparto.

2.7.1 CUALITATIVO.

En los métodos cualitativo mi plan será definir las características de las pacientes con este tipo de padecimiento en qué condiciones se encuentran y cómo es el trato de enfermería hacia con ellas y así poder mejorar como profesional.

2.7.2 CUANTITATIVO.

En este método utilizare lo que son graficas para saber los porcentajes de las madres que si tienen información de lo que son las hemorragias postparto.

2.7.3 MIXTO.

Investigare con profundidad para identificar los problemas de salud y psicológicos que tienen estas pacientes, esto se llevaría a cabo de un dialogo con ellas, brindando un ambiente en el que ellas se sientan seguras.

2.8 VARIABLES.

- Intervenciones de enfermería en hemorragias post-parto.
- Riesgo reproductivo.
- Una adecuada capacitación a las embarazadas de cómo llevar a cabo un buen control prenatal.
- Disminuir el riesgo de muerte en estas pacientes.



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO.**

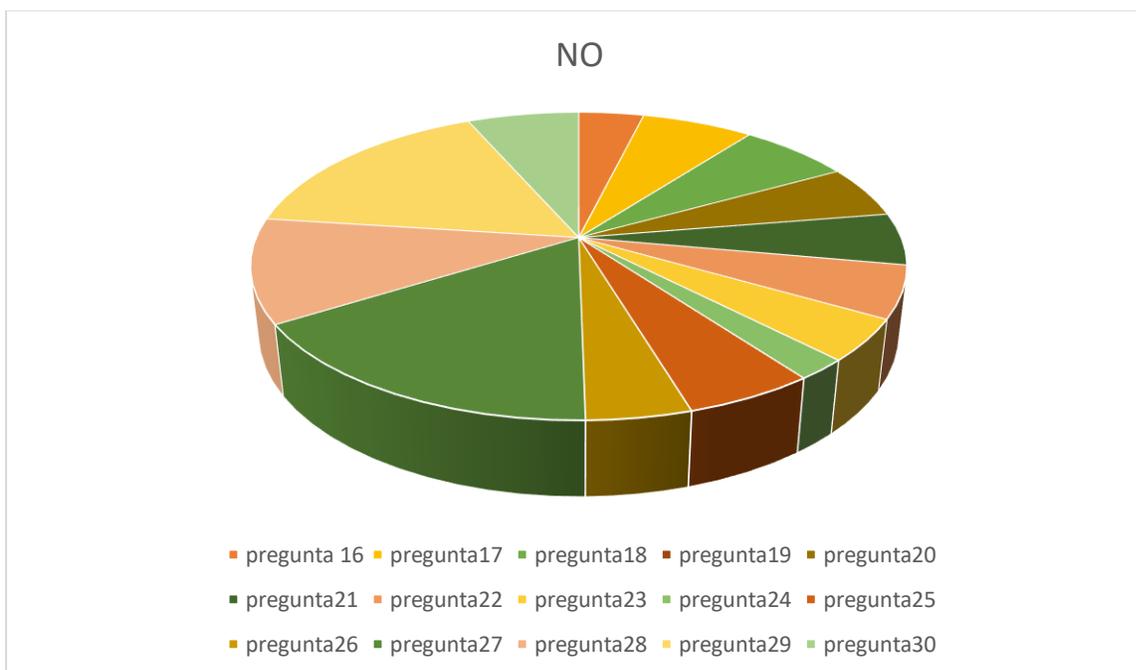
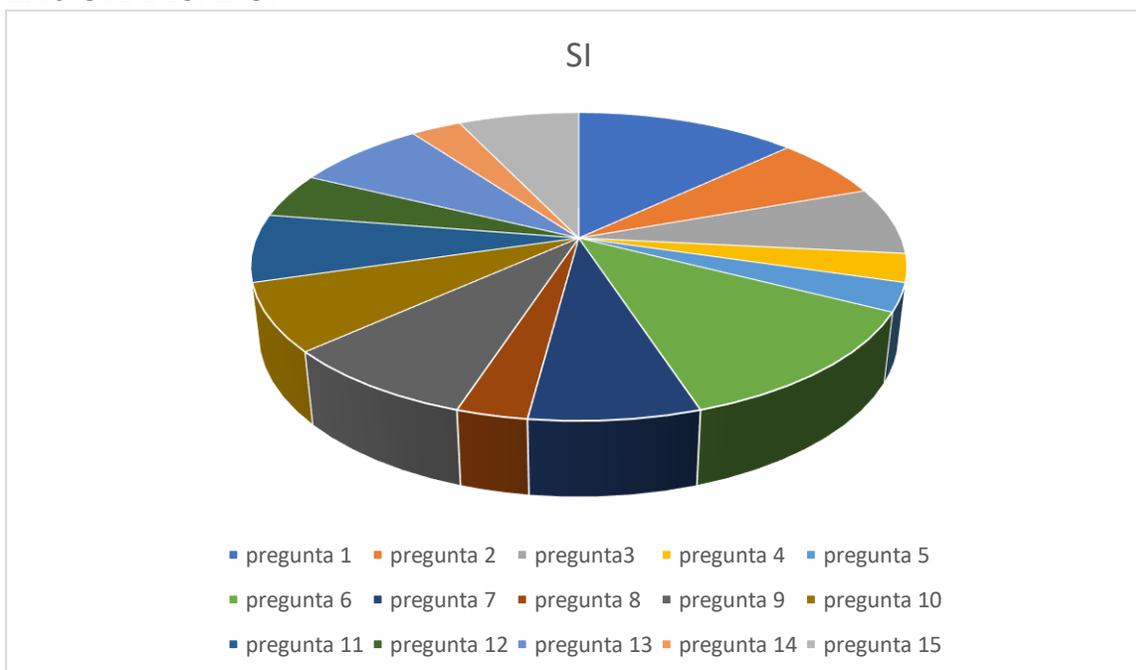
CLAVE: 8722

Contesta la pregunta con un Si o NO según tu criterio.

1.	¿Sabe que es una hemorragia postparto?	22	8
2.	¿Conoce la causa principal de una hemorragia postparto?	11	19
3.	¿Sabe usted como interviene la enfermera en el caso de una hemorragia postparto?	12	18
4.	¿Sabe las complicaciones que llega a tener una hemorragia postparto?	5	25
5.	¿Conoce la cantidad de sangre que se debe perder para que se considere una hemorragia postparto?	5	25
6.	¿Conoce que es la anemia?	21	9
7.	¿conoce los parámetros normales de la hemoglobina en sangre?	12	18
8.	¿conoce los factores de riesgo de una hemorragia postparto?	5	25
9.	¿Conoce cuál es el manejo debido a una mujer con hemorragia postparto?	14	16
10.	¿Conoce los datos clínicos de una hemorragia postparto?	12	18
11.	¿Conoce el plan de cuidados en una paciente con hemorragia postparto?	12	18
12.	¿Conoce el control de la hemorragia postparto?	8	22
13.	¿Considera usted que la hemorragia postparto es la causa principal de muerte materna?	13	17
14.	¿Sabe cómo prevenir una hemorragia postparto?	5	25
15.	¿conoce que es la oxitocina?	12	18
16.	¿Tiene el conocimiento para que se utiliza la oxitocina?	7	23
17.	¿Conoce cuál es la dosis mínima eficaz de oxitocina para la prevención de HPP?	12	18

18.	¿Conoce cuáles son los efectos de la oxitocina IM para la prevención de HPP?	12	18
19.	¿Considera usted que la oxitocina puede ser administrada por personas no capacitadas?	0	30
20.	¿Tiene el conocimiento de cuáles son los masajes uterinos para la prevención de HPP?	10	20
21.	¿Cree que los masajes uterinos sean efectivos para la prevención de una HPP?	10	20
22.	¿Tiene el conocimiento de cuáles son los efectos de los masajes uterinos cuando no se dispone de oxitocina?	10	20
23.	¿Tiene el conocimiento para que se utiliza el balón o el taponamiento uterino como tratamiento de la HPP?	8	22
24.	¿Considera que un antibiótico sea eficaz como tratamiento de una HPP?	4	26
25.	¿Conoce cuáles son las consecuencias clínicas más importantes de la pérdida de sangre para el diagnóstico y el tratamiento de una HPP?	10	20
26.	¿Conoce lo que es una placenta acreta?	8	22
27.	¿Los cuidados prenatales pueden prevenir una HPP?	30	0
28.	¿Conoce cuál es la función de enfermería en las pacientes con este tipo de padecimiento?	20	10
29.	¿Con los cuidados de enfermería puede mejorar una mujer puerpera con una HPP?	30	0
30.	¿Tiene conocimiento de que es un puerperio?	12	18

2.10 GRAFICADO.



3 GENERALIDADES.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Historia del tratamiento de la hemorragia obstétrica

El cornezuelo es un hongo que parasita los granos comestibles de los cereales, en particular el centeno, y cuyos efectos útero contráctiles eran conocidos antes de la era cristiana. En libros sagrados de la época se hacía referencia a la siguiente frase “entre las cosas malas creadas... están los pastos nocivos que hacen que caigan los úteros de las mujeres embarazadas y mueran en la cama del niño”.

En 1582, fue referida por Lonicer como causante de dolor (contracciones) uterinas. Sin embargo, su uso por parte de obstétricas se remonta a tiempo antes. Desangres fue el primer médico en utilizar el polvo del cornezuelo del centeno, y publicó su experiencia recién en 1818. Sin embargo, diez años antes, John Stearns, envió una carta a Medical Repository -New York- refiriéndose a las propiedades médicas de la sustancia. Escribió: “el pulvis parturiens (como se lo conocía) acelera el parto demorado y ahorra al partero una cantidad considerable de tiempo, sin producir ningún mal efecto en el paciente. Antes de su exhibición es de primordial importancia determinar la presentación pues la violenta y casi incesante acción que induce en el útero impide la posibilidad de rotación.

Si la dosis es grande, producirá náuseas y vómitos. En la mayoría de los casos, usted estará sorprendido con lo repentino de su operación; por lo tanto, es necesario estar totalmente listo antes de dar la medicina. Desde que adopté este polvo, rara vez encontré un caso que me demorara más de tres horas”.

Si bien su uso se difundió en Estados Unidos, pronto se puso de manifiesto sus efectos adversos. El 1824, Hosack advirtió sobre el notable incremento de los mortinatos, recomendando el uso de este principio solo para las hemorragias postparto. La Medical

Society of New York inició una investigación y precisó sus indicaciones y contraindicaciones. En 1953, Vincent Du Vigneaud determina la estructura química de la oxitocina y la sintetiza, haciéndose acreedor al premio Nóbel de química en 1955.

3.2. CONCEPTO.

La hemorragia postparto es la pérdida sanguínea calculada mayor de 1000ml después de un parto. Es inmediata si ocurre en las primeras 24 horas posteriormente al parto y tardía si se presenta después de ese tiempo, también se puede definir como la disminución del hematocrito de 10 o más puntos porcentuales o la necesidad de transfusión por pérdida sanguínea después del parto.

3.3 CLASIFICACIÓN.

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000ml en partos por cesárea. Dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente.

- **Primaria:** es aquella que ocurre dentro de las 24 horas de postparto aproximadamente el 70 % de las (HPP) inmediatas postparto obedecen a la inercia uterina.
- **Secundaria:** es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

3.4 EPIDEMIOLOGIA.

Según la OMS más de medio millón de mujeres muere cada año por complicaciones asociadas en el embarazo y el parto.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a hemorragias postparto. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. El acceso a métodos diagnósticos, elementos terapéuticos, personal médico capacitado, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. Por otra parte, según la FIGO la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto, que varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades (2), da también cuenta de esta realidad. La meta planteada al 2015 es reducir en 75% la mortalidad materna por hemorragia postparto con medidas de prevención y tratamiento adecuadas.

3.5 ETIOLOGÍA.

Dos tercios de la hemorragia postparto ocurren en pacientes que no se encuentran factores evidentes.

Entre las causas obstétricas de sangrado existen aquellas que se presentan antes del parto, durante el parto y posterior a este.

Una hemorragia posparto puede deberse a varias causas:

1. ATONÍA UTERINA:

La atonía uterina es el término obstétrico que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que tiene como consecuencia un retraso en la involución del útero. Es decir, el útero no "reacciona" con contracciones después de que el bebé haya nacido y la placenta se haya expulsado.

Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre: las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por ello, si desaparece y tenemos un caso de inercia uterina, se produce una hemorragia vaginal intensa.

La hemorragia es el primer resultado de la atonía uterina, con presencia de hematoma en labios superiores y la acumulación de coágulos internos produce un intenso dolor. Este detenimiento del proceso de involución uterina por atonía puede suceder hasta en un 5% de los partos naturales. Clínicamente, entre el 75 y el 80% de las hemorragias posparto son debidas a esta causa.

Las principales causas de la atonía uterina o factores que desencadenan esa pérdida del tono uterino pueden ser:

- Cansancio uterino debido a un trabajo de parto muy largo y activo o distocia (cuando el alumbramiento procede de manera anormal o difícil).
- Parto precipitado.

- Placenta previa (cuando la placenta se implanta sobre el orificio cervical interno, en la parte baja del útero, tapando total o parcialmente el cuello del útero).
- Sobre distensión uterina por embarazo múltiple.
- Contracciones muy severas que no cesan antes de que nazca el bebé.
- Distensión abdominal excesiva debido a bebés muy grandes (macrosomía fetal).
- Abundante líquido amniótico.
- Haber tenido varios embarazos previos (multiparidad).
- Retención de un resto de la placenta en el interior del útero o infección.
- Cesáreas previas.
- Cirugías ginecológicas uterinas.
- Uso excesivo de oxitócicos durante trabajo de parto.
- Uso de sulfato de magnesio o anestésicos generales.
- **Algunos factores de riesgo** para que ocurra una complicación como la atonía uterina son problemas de coagulación sanguínea, deficiencia de plaquetas en la paciente, insuficiencia renal, anemia, miomas y diabetes.
- Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud la atonía-hipotonía uterina es más frecuente en las cesáreas que en los partos vía vaginal.

2. **LACERACIÓN DEL CANAL DEL PARTO:** en partos difíciles se pueden producir traumatismos y laceraciones, por lo que es importante revisar el canal del parto tras el nacimiento del bebé. Un sangrado excesivo y de color rojo brillante puede ser signo de la existencia de desgarros.

Un desgarro en el parto es una ruptura de la piel del perineo (el área entre la vagina y el ano). Se trata de una lesión común que afecta hasta un 90% de las de las

mujeres que dan a luz por parto vaginal, según el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos.

Los desgarros en el parto pueden suceder por varias razones:

- Es tu primer parto vaginal
- Tu bebé nació muy rápido y tu piel no tuvo tiempo de estirar lo suficiente
- La posición de tu bebé requiere una mayor apertura (viene en posición fetal de nalgas o sentado, de cara hacia atrás, o sus hombros están mal ubicados en tu pelvis)
- Tu médico requiere utilizar fórceps o ventosa para ayudar al nacimiento de tu bebé
- La cabeza de tu bebé es muy grande y el médico no tiene la oportunidad de controlar la salida o realizar una episiotomía (un corte quirúrgico en el área perineal para ampliar la apertura vaginal durante el parto)
- Pujas con demasiada fuerza o antes de tiempo
- Cuando la labor de parto debió ser inducida
- Tienes una episiotomía (aún así puedes desgarrarte)

Aunque antes se realizaban episiotomías para prevenir desgarros, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ya no recomienda la práctica, pues la episiotomía conlleva un riesgo mayor de sangrado e infección, causa mayor dolor durante la recuperación posparto, te predispone a tener heridas perineales en partos futuros, y puede causar desgarros graves adicionales en la línea de incisión.

Tipos de desgarros

Las lesiones por desgarro pueden darse sólo en la piel del perineo o lacerar también los músculos del área. Según su longitud y profundidad, se clasifican como:

- **Primer grado**—Herida pequeña que solo involucra piel y no requiere puntadas o solo unas cuantas. Estas heridas sanan con facilidad y no causan mucho dolor o incomodidad.

- **Segundo grado**—La lesión incluye piel y músculo, y se extiende hasta la mitad del perineo. Estas episiotomías requieren puntadas en las diferentes capas afectadas. Este es el tipo de lesión más común durante el parto y tarda entre dos y tres semanas para sanar.
- **Tercer grado**—Una herida que incluye piel y músculo, y llega hasta el esfínter anal.
- **Cuarto grado**—La lesión incluye la totalidad del perineo (piel y músculo), esfínter anal y la pared del ano. Una herida de este tipo está en mayor riesgo de infección y tarda más en sanar.

Cómo prevenir un desgarro

Aunque es difícil saber si sufrirás un desgarro o no, ciertas prácticas te pueden ayudar a mejorar tus probabilidades de sobrevivir el parto con tu perineo intacto:

- **Masaje perineal:** Realizado de forma consistente al final embarazo (a partir de la semana 34), este masaje te puede ayudar a incrementar la elasticidad de la piel del perineo.
- **Ejercicios de Kegel:** Estos ejercicios son contracciones musculares para fortalecer y tener mayor control sobre el suelo pélvico.
- **Compresas tibias:** Durante la labor de parto, tu médico puede aplicar compresas tibias al perineo para que la piel y músculos sean más flexibles.
- **Tu posición a la hora del parto:** Las posiciones más verticales (sentada, de cuclillas o rodillas) distribuyen mejor la presión sobre el perineo.
- **Pujar en el momento correcto:** En un parto vaginal puedes sentir deseos de pujar dos veces: en la fase de transición y en la segunda etapa, que es el nacimiento en sí. Aunque sientas mucha presión y ganas de pujar, no lo hagas hasta que tu médico te lo indique. Si pujas antes de tiempo, la piel del perineo no tiene la capacidad de estirarse apropiadamente y es más posible que sufras un desgarro. También debes dejar de pujar cuando tu médico lo indique; esto le permite terminar de sacar al bebé despacio y con gentileza.

3.RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS:

Residuos de la placenta pueden quedar adheridos a la pared del útero, y se produce hemorragia porque éste no se contrae para evitarla. Para expulsar todos los restos se administra oxitocina.

La retención de la placenta es una de las complicaciones de la placenta que no ocurren durante el embarazo sino que se dan después del parto ya que este órgano no ha sido expulsado junto al bebé. Veamos los tipos de retención placentaria, las distintas causas y los riesgos que supone este fenómeno.

La retención se puede producir porque no hay contracciones (atonía uterina, como vemos en el punto siguiente) o en ocasiones por alteraciones uterinas o placentarias (miomas, malformaciones) La retención de la placenta es más frecuente en partos prematuros y también si esta se halla insertada en un lugar poco habitual, el cuello uterino (placenta previa).

Incluso aunque se produzca la expulsión de la placenta en el alumbramiento, es muy importante la revisión minuciosa de ésta, ya que puede faltar algún segmento (cotiledón) que haya quedado en el interior del útero o la existencia de placenta accesorio ("succenturiata", un cotiledón fuera de la placenta). Si quedan olvidados en el interior del útero uno o varios cotiledones, estos pueden sangrar e infectarse.

3.6TIPOS DE HEMORRAGIAS Y SUS SÍNTOMAS.

- Externas: si sale sangre a través de una herida abierta en la piel. Pueden provenir de la superficie o estar originadas en profundidad.
- Hemorragia arterial: la sangre brota de la herida energéticamente y a sacudidas, siguiendo el ritmo cardiaco. Su color es rojo intenso.

- Hemorragia venosa: mana de la herida de forma continua. La sangre es oscura y espesa.
- Hemorragia capilar: la sangre fluye de la herida en pequeña cantidad tras el raspado superficial de la piel. Se forman gotas poco a poco hasta formar una película uniforme que recibe el nombre de hemorragia en sabana.
- Internas: Cuando el individuo pierde sangre, pero no sale al exterior, sino que el vaso se rompe hacia una cavidad interna cerrada, como el abdomen, el tórax o el cráneo. La sangre se acumula en el interior del cuerpo, sin salir al exterior. Termina en estado de choque.
- Intersticiales o entre planos: se rompe el vaso, pero no hay orificio de salida, ni hacia una cavidad exterior y se desliza entre los diferentes tejidos. Dan lugar a equimosis y los hematomas.
- Internas exteriorizadas: el vaso se rompe también en cavidad, pero este si tiene salida al exterior por orificio natural. Como la boca, el oído la nariz. Estas hemorragias reciben diferentes nombres depende la vía de salida.
- Hemorragia temprana: es la que se presenta durante las primeras 24 horas del periodo posparto, generalmente en las dos primeras horas, es la más frecuente y grave.
- Hemorragia tardía: ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos.

3.7 SINTOMAS DE HEMORRAGIAS:

El sangrado también puede causar shock, que puede incluir cualquiera de los siguientes síntomas:

- Confusión o disminución de la lucidez mental.
- Piel fría y húmeda.
- Mareo o desmayo tras sufrir una lesión.
- Presión arterial baja.
- Palidez.
- Pulso acelerado.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Dificultad para respirar.

3.8 FACTORES DE RIESGO.

- Cicatrices uterinas previas.
- Edad materna mayor de 35 años.
- Poli hidramnios.
- Embarazo múltiple.
- Multiparidad.
- Mala nutrición materna.
- Anemia materna.
- Legrados uterinos previos.
- Tabaquismo y consumo de drogas.
- Miomas uterinos.
- Síndromes hipertensivos en el embarazo.
- Traumatismos abdominales.
- Hemorragias previas en el embarazo.
- Trabajo de parto prolongado.

3.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Pérdida sea cerca del 15- 20% del volumen total de la sangre (750- 1250 ml) a) Útero blando

- Presión arterial normal o ligeramente baja
- Pulso normal o ligeramente alterado.
- Vasoconstricción leve (manos y pies frescos)
- Diuresis normal

Perdida sea cerca de 25- 30% de volumen sanguíneo (1250- 1750 ml)

- Útero atónico
- Presión arterial sistólica entre 90 y 100 mmHg
- Taquicardia moderada de 100 a 120 lat/min
- Vasoconstricción moderada (palidez y extremidades frías y húmedas)
- Disminución de la diuresis (oliguria)
- Inquietud en aumento, puede perder el sentido de orientación.

Pérdida sea cerca de 25-35% del volumen sanguíneo (1800- a 2500 ml)

- Útero atónico.
- Presión arterial sistólica menor de 60 mm/Hg, quizá no se detecte
- Taquicardia grave: mayor que 120 lat/min
- Vasoconstricción pronunciada (palidez extrema, labios y dedos fríos y húmedos).
- Cese de diuresis(anuria), estupor mental, letargo y estado semicomatoso.

3.10 DIAGNOSTICO.

Entre los procedimientos diagnósticos que deberían realizarse para determinar la causa de dicha hemorragia situaríamos, en primer lugar, la exploración física.

La ecografía es sin duda la técnica de diagnóstico por imagen más empleada en la evaluación de la hemorragia uterina anormal. Permite el estudio del útero y de los

ovarios. Permite identificar en qué mujer podría obviarse la biopsia de endometrio dado que una ecografía normal reduce significativamente la posibilidad de una lesión endometrial. Así se evitarán biopsias innecesarias.

La histeroscopia también es un procedimiento diagnóstico muy útil en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal. Permite realizar la biopsia endometrial de manera más dirigida a la propia lesión con lo que se reducen los falsos negativos.

En determinadas circunstancias puede ser recomendable la realización de un legrado uterino. Éste normalmente ha de hacerse bajo anestesia general, y además de aportar información diagnóstica, va a ser terapéutico en algunas ocasiones.

Por otro lado, hay causas de hemorragia uterina anormal en relación con enfermedades crónicas o alteraciones de la coagulación, así como a la anovulación. Por dicho motivo, puede ser recomendable la realización de una serie de análisis sanguíneos para descartar alteraciones en aquellos órganos que pueden inducir la aparición de dicha hemorragia anormal.

4.INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POST-PARTO.

¿QUE ES ENFERMERIA?

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La Oficina Regional de la OMS para Europa publica en el año 1979 “La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a

los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina" (OMS).

Consejo Internacional de Enfermería (CIE) dice: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (42) La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual». La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Según Florence Nightingale hace casi 150 años, dice “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación”.

Dorothea Orem, la enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos. (Conceptos de autocuidado)

Virginia Henderson, la función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte placentera) para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible.

4.1 INTERVENCION DE ENFERMERIA:

Se define como una intervención enfermera a “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

4.2 INTERVENCION ENFERMERA DIRECTA:

Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o l familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

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

4.3 INTERVENCION DE ENFERMERIA INDIRECTA:

Es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en el beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

4.4 ACCIONES DE ENFERMERIA INDEPENDIENTES EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POST-PARTO:

Ante la evidencia de una hemorragia el objetivo primordial de los cuidados de enfermería en el puerperio inmediatos es hacer la valoración del proceso de parto, intervenciones y

estado de la placenta, pérdidas hemáticas, altura uterina y consistencia del fondo uterino, episiotomía y estado del periné, presencia de entuerto o dolor perineal.

Según las alteraciones encontradas, debe realizar las acciones siguientes:

- Masaje del fondo del útero hasta que este firme.
- Vaciar el útero de coágulos
- Estimar la cantidad de hemorragia
- Controlar el vaciado de la vejiga y/o practicar cateterismo vesical.
- Control de signos vitales cada 5 o 15 min.
- Enviar al laboratorio solicitud de pruebas de coagulación
- Observar si existe palidez, piel fresca y húmeda
- Si la hemorragia persiste, y se acompaña el resto de las manifestaciones por el cuadro clínico de shock hay que avisar inmediatamente al equipo médico.

4.5 ACCIONES DE ENFERMERIA DEPENDIENTES:

- a) Cateterizar por vía intravenosa para perfusión.
- b) Suministrar oxitocina según indicación médica.
- c) Suministrar otros medicamentos según prescripción

4.6 MEDIDAS GENERALES DE CUIDADOS EN LA HEMORRAGIAS POSTPARTO:

HISTORIA CLÍNICA DETALLADA, PARA IDENTIFICAR LA CAUSA DEL SANGRADO GENITAL.

- Sonda vesical para vaciar vejiga y cuantificar diuresis horaria.
- Identificar posibles restos ovulares o laceración del tracto genital.
- Cuantificar la pérdida sanguínea.

- Monitoreo del estado hemodinámico y la resucitación adecuada.
- Electrocardiograma.
- Presión arterial.
- Saturación de oxígeno
- Monitoreo invasivo en paciente hemodinámicamente inestable

4.7 VIGILANCIA DE SIGNOS VITALES.

Se revisan signos vitales como tensión arterial que este dentro de sus parámetros normales, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria temperatura corporal. Tratando de mantenerlos para evitar un descenso de los mismos.

La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía, por lo que los líquidos a reponer la paciente tienen que estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia.

4.8 MANTENER UNA VÍA INTRAVENOSA PERMEABLE.

Ya sea periférica o Catéter venoso central para mantener una hidratación completa en la pérdida de los líquidos.

No dejar de administrar líquidos, dependiendo a la cuantificación ya realizada para mantener el equilibrio de los electrolitos y equilibrio ácido – base.

Acceso venoso branula 14 o 16 se requiere dos vías, previa toma de hemograma coagulograma, y pruebas cruzadas, fibrinógeno.

Líquidos cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria y (no exceder de 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición de líquidos y el volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides

Corregir acidosis y la hipocalcemia.

Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia. Hb 6 o Hb 10 con sangrado activo.

Se recomienda transfusión de plaquetas. La dosis recomendada es una unidad e plaquetas por 10kg de peso

Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8mg/dl.

4.9 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.

Vigilar datos de taquicardia. Taquipnea, diaforesis, palidez de tegumentos, revisar las pruebas de laboratorio checando tiempos de coagulación.

Mantener la orientación cognitiva.

La hemorragia y el choque hipovolémico se tratan con suministro inmediato de líquidos por vía intravenoso para remplazar el volumen el volumen de líquido circulante y facilitar el empleo de medicamentos intravenoso, en particular la oxitocina: en caso grave se suministra oxígeno. Se realizan transfusiones de sangre para reemplazar la que la paciente perdió.

La hemorragia grave y sin control puede requerir una histerectomía.

El personal de enfermería debe:

- Vigilar el pulso y la presión arterial cada 5 a 10 minutos cuando sospecha de hemorragia; estos parámetros tal vez no se alteren al principio del choque hipovolémico mientras la paciente se encuentra en posición supina.
- Debe lograr que la paciente que la paciente se reincorpore. Este cambio de posición produce mareos. Hipotensión y taquicardia, signos que indican que la pérdida de sangre y el shock son considerables.

4.9 TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE PRIMERA LINEA:

Oxitocicos:

- oxitocina 10 unidades endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas, mantener con 20 unidades en 500 ml de solución glucosada
- Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.
- Arbetocina 100ug, iv previa liberación de receptores con 200mml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.
- Misoprostol 800 a 1000 ug vía rectal.
- El ácido trenexémico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario al trauma genital.

4.10 DE SEGUNDA LINEA (INTERVENSIONISTA):

- Masaje bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supra umbilical sobre cara posterior del cuerpo uterina.
- Taponamiento uterino (efectivo en el 84% de los casos) es dispositivo más usado fue el catéter sengstake blakemore, Barki.
- La colocación de un balón (COBRA CARDIS 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de seldinger a una presión de 1-2atm, si insufla y se deja por 48 horas, con profilaxis de antibióticos, este procedimiento es seguro. Efectivo y se puede en realizar a pacientes inestables.
- Indumentaria anti choque, no existe estudios randomizado que lo recomienden, la posibilidad de beneficiar a la paciente está en disminuir la pérdida de sangre 200ml aproximadamente lo que no diferencia determina diferencia de la conducta quirúrgica a seguir.

4.11 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL CODIGO ROJO.

El “código rojo” consiste en crear un esquema de trabajo organizado, de tal manera que cuando se presente una hemorragia obstétrica le permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada, y que pueda ser replicado en cada situación específica, logrando así disminuir la morbimortalidad generada por esta causa.

Principios de manejo

Reposición adecuada de cristaloides: de acuerdo con la clasificación del estadio de choque (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A). Considerar coagulación intravascular diseminada por consumo después de una hora de choque.

Decisión oportuna del manejo quirúrgico (nivel de evidencia 2, grado de recomendación.

5. GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.

5.1 GESTACIÓN.

Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino, abarca desde el momento de la concepción (unión del ovulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. Teniendo una duración de 280 días (40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y un tercio calendario). El embarazo se inicia cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del ovulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética, para dar lugar a una célula, huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación, la multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo.

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

¿Qué sucede en el primer mes de embarazo?

El embarazo se divide en 3 trimestres. Cada trimestre dura poco más de 13 semanas. El primer mes marca el comienzo del primer trimestre.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el segundo mes?

A menudo, los síntomas se vuelven muy notorios cuando tienes 2 meses de embarazo. Suelen empeorar los malestares comunes, como la sensibilidad en los senos, el cansancio, las ganas más frecuentes de orinar, la acidez, las náuseas y los vómitos. El cuerpo produce más sangre durante el embarazo, y el corazón late más rápido y fuerte de lo normal para transportar la sangre adicional.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el tercer mes?

Continúan muchos de los síntomas del embarazo de los 2 primeros meses y, a veces, empeoran durante el tercer mes. En especial, las náuseas. Los senos siguen creciendo y cambiando. La zona alrededor del pezón, la aréola, puede agrandarse y oscurecerse. Si tienes propensión al acné, es posible que tengas brotes.

Probablemente no aumentes mucho de peso en los primeros 3 meses del embarazo, por lo general, unas 2 libras. Si tienes sobrepeso o un peso más bajo de lo normal, tu tasa de aumento de peso puede ser diferente. Habla con tu enfermero o médico acerca de cómo mantener un peso saludable durante todo el embarazo.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el cuarto mes?

Algunos de los primeros signos y síntomas del embarazo desaparecen cuando tienes 4 meses de embarazo. Suelen aliviarse las náuseas. Pero otros problemas digestivos, como la acidez y el estreñimiento, pueden causar molestias. Suelen continuar los cambios en los senos, como el crecimiento, la sensibilidad y el oscurecimiento de la aréola. Es común que tengas dificultad para respirar o que respires más rápido. El aumento del flujo sanguíneo puede causar otros síntomas desagradables, como

sangrado de las encías y de la nariz o congestión nasal. También puedes sentir mareos o debilidad, debido a los cambios en la sangre y en los vasos sanguíneos.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el quinto mes?

Por lo general se sienten los movimientos del feto por primera vez durante el quinto mes. Se puede sentir como revoloteos o mariposas en el estómago. Esto a veces se denomina “despertar” o “la primera señal”.

Los síntomas del embarazo del cuarto mes continúan este mes. La acidez, el estreñimiento, los cambios en los senos, los mareos, la dificultad para respirar, las hemorragias nasales y de las encías son comunes. Los senos pueden ser hasta 2 tallas más grandes en esta etapa.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el sexto mes?

Suelen continuar los síntomas del embarazo del cuarto y quinto mes. Puede mejorar la dificultad para respirar. Los senos pueden comenzar a producir calostro (pequeñas gotas de la primera leche). Esto puede continuar durante el resto del embarazo.

Algunas mujeres tienen contracciones de Braxton-Hicks cuando tienen 6 meses de embarazo. Se sienten como una presión sin dolor del útero o del abdomen. Esta es la manera en que el útero se prepara para el trabajo de parto y el parto en sí. Las contracciones de Braxton-Hicks son normales y no son un signo de trabajo de parto prematuro. Pero consulta con tu médico si experimentas contracciones dolorosas o frecuentes, o si tienes inquietudes.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el séptimo mes?

El útero continúa expandiéndose cuando tienes 7 meses de embarazo. Es común el dolor de espalda. Los síntomas del embarazo de los meses anteriores continúan. Los mareos pueden disminuir.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el octavo mes?

Tal vez sientas cansancio y mayor dificultad para respirar, ya que el útero crece hacia arriba. Puedes tener várices, venas hinchadas rojizas o azuladas generalmente en las piernas, o hemorroides, várices en el recto. Las hemorroides pueden ser dolorosas, producir picazón y sangrar. También puedes tener estrías donde se estiró la piel. Las contracciones de Braxton-Hicks, la acidez y el estreñimiento pueden continuar. Se te puede escapar un poco de orina cuando estornudas o te ríes, ya que el útero presiona la vejiga. Las hormonas pueden hacer que el cabello tenga más volumen y esté más saludable.

¿Cuáles son los síntomas del embarazo en el noveno mes?

Cuando tienes 9 meses de embarazo, el feto cada vez más grande ejerce más y más presión en el cuerpo. Los síntomas comunes del embarazo pueden continuar hasta el final. Entre estos síntomas se incluyen la fatiga, los problemas para dormir y contener la orina, la dificultad para respirar, las várices y las estrías. Algunos fetos descienden a la parte más baja del útero durante este mes. Esto puede aliviar la acidez y el estreñimiento, que son síntomas más comunes al principio del embarazo. Pero algunos fetos no descienden hasta el final del embarazo.

¿Qué es la edad gestacional?

El tiempo del embarazo se mide usando la “edad gestacional”. La edad gestacional comienza el primer día de tu último periodo menstrual (UPM).

La edad gestacional puede resultar confusa. La mayoría de la gente piensa que el embarazo dura 9 meses. Y es cierto que el estado de embarazo dura unos 9 meses. Pero como el embarazo se mide desde el primer día de tu último periodo menstrual, alrededor de 3 a 4 semanas antes del estado de embarazo propiamente dicho, un embarazo a término por lo general se extiende por unas 40 semanas desde el último periodo menstrual, es decir, casi 10 meses.

Muchas personas no recuerdan exactamente cuándo comenzó el último periodo menstrual, pero no hay nada de qué preocuparse. La manera más segura de determinar la edad gestacional al principio del embarazo es con un ultrasonido.

La edad gestacional se mide o se calcula en semanas y existen varias reglas para determinar el tiempo de gestación o la fecha probable del parto. Las más conocidas son tres:

1. **Regla de Naegele:** Consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar tres meses.
2. **Regla de Wahl:** al primer día de la última menstruación hay que agregar diez y luego retroceder tres meses.
3. **Regla de Pinard:** al término de la última menstruación hay que agregar diez días y retroceder tres meses.

Si se desconoce la fecha de la última menstruación o las reglas no suelen ser regulares, otra manera de conocer la edad gestacional del embarazo es **a través de algunas medidas del bebé** que se toman mediante las ecografías tales como: la longitud del cráneo caudal, el diámetro biparietal, el perímetro craneal, la longitud del fémur o el perímetro abdominal.

Para qué sirve conocer la edad gestacional del embarazo.

La edad gestacional **permite conocer cómo se desarrolla el embarazo** y determinar si los parámetros que se analizan en el bebé corresponden con los normales para esa etapa de la gestación.

Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran posmaduros.

La edad gestacional es útil para que ginecólogos y obstetras determinen, por ejemplo, si es viable adelantar un parto ante determinados problemas durante el embarazo o bien para que señalen hasta qué día pueden esperar como máximo (tras la semana 40 de gestación) antes de tomar la decisión de provocar el parto.

PARTO

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

el conducto de parto se compone de dos partes, una ósea y otra formada por partes blandas. Las partes óseas conformada por la pelvis ósea, en donde el estrecho superior o plano de entrada en la pelvis, limitado por el borde superior de la sínfisis púbica, las líneas innominadas y el promontorio, que es el borde anterior de la primera vertebra sacra, el estrecho medio, limitado por el borde inferior de la sínfisis púbica, las espinas ciáticas y por un punto situado entre el sacro y el coxis, y el estrecho inferior limitado por la punta del coxis, ligamentos sacrociaticos mayores, tuberosidades isquiáticas, arco púbico y vértice del mismo. Así también las partes óseas están involucrados los Planos de Hodge, son cuatro planos paralelos, el primer plano pasa por el borde superior de la sínfisis púbica y por el promontorio, el segundo plano, pasa por el borde inferior de la sínfisis púbica, el tercer plano, pasa por las espinas ciáticas y el cuarto plano es paralelo a las anteriores y pasa por el coxis. Las partes blandas están compuestas por un tubo interno y otro externo. El interno lo forma el segmento inferior del útero, cérvix uterino y la vagina. El externo está constituido por la musculatura del suelo de la pelvis, el diafragma pélvico, musculo elevador del ano, diafragma urogenital, musculo transverso profundo del periné, y la capa muscular externa, por el musculo vulvocavernoso, elevador del ano, transverso superficial y musculo isquicavernoso. Las fuerzas del parto son las contracciones uterinas y la acción de la musculatura abdominal en el periodo expulsivo, tiene como objetivo el borramiento del cuello, la distensión del segmento uterino, la dilatación cervical y la expulsión del feto.

El parto normal, su evolución está formada por un periodo de dilatación, que es desde el inicio de las contracciones uterina hasta que se alcanza la fase de dilatación completa, la actividad uterina es regular, se producen contracciones con una frecuencia de dos a tres cada diez minutos, en las primíparas el cuello uterino se encuentra borrado total o parcialmente y el orificio cervical, permite, al menos, el paso de un dedo, en las multíparas el cuello está parcialmente borrado y permite el paso de dos dedos, puede haber expulsión de moco o una ligera pérdida hemática. Este periodo de dilatación a su vez se divide en fase de latencia y fase activa, la fase de latencia se caracteriza por el borramiento del cuello uterino, finaliza cuando la dilatación es de dos centímetros, tiene una duración aproximada de ocho en las primíparas y de unas cinco horas en las multíparas.

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

El periodo expulsivo comienza con la dilatación completa y acaba con la expulsión del feto. El periodo de alumbramiento comienza con la salida del feto y acaba con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, se considera normal una duración de 30 minutos. El alumbramiento puede ser: Alumbramiento espontáneo, la expulsión de la placenta tiene que producirse de forma espontánea antes de los 30 minutos del nacimiento del bebe, y con una pérdida hemática inferior a los 500ml. Alumbramiento manual, éste se realiza administrando bolos de oxitocina en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si se está administrando a la paciente. Alumbramiento dirigido, si en 30 minutos después del nacimiento del bebe no hay signos de desprendimiento placentario, se considera que la

placenta está retenida y el tratamiento es la extracción manual de la placenta, en este procedimiento la paciente debe estar sedada y/o anestesiada, y en condiciones de asepsia quirúrgica.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIEN NACIDO.

Integrado por: Subdirección de Informática Jurídica Dirección General de Información Automatizada Comisión Nacional de los Derechos Humanos Página 1 de 67 Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud. PABLO ANTONIO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o, fracciones IV, XV y XVI, 13, apartado A, fracción I, 61, 61 Bis, 62, 63, 64, 64 Bis, 65, 133, fracción I, 134, fracciones VIII y XIII, 158, 159 y 160, de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, así como 8, fracción V y 10, fracciones VII y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y CONSIDERANDO Que el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación; Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los

primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre

y de sus hijas e hijos; Que el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los 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 Fecha de publicación: 07 de abril de 2016 Integrado por: Subdirección de Informática Jurídica Dirección General de Información Automatizada Comisión Nacional de los Derechos Humanos Página 2 de 67 Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes; Que con fecha 5 de noviembre de 2012, en cumplimiento de lo acordado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, a efecto de que dentro de los sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios ante dicho Comité Consultivo Nacional de Normalización ; Que con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la NORMA OFICIAL

MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y

PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA PREFACIO En la elaboración de la presente Norma participaron: SECRETARIA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Atención del puerperio.

- 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:
- En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.
- En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, 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.
- 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.
- En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n.
- Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y s3ntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental.
- El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.
- A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna

y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno “D”. La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado. 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 Fecha de publicación: 07 de abril de 2016 Integrado por: Subdirección de Informática Jurídica Dirección General de Información Automatizada Comisión Nacional de los Derechos Humanos Página 36 de 67.

- Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.
- Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.
- Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:
- Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.
- Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.
- Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

PUERPERIO.

Se denomina puerperio a la etapa de ajuste del estado grávido que se inicia al terminar la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos a su estado previo al embarazo. Su duración se considera de 6 semanas. De acuerdo con esto se divide en 3 periodos: Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas después de concluir el parto. Puerperio Mediato: comprende de las 24 horas hasta los 7 días posteriores al parto. Puerperio Tardío: desde el octavo día hasta los 40 días postparto. La asistencia al puerperio, según cabero, es el seguimiento de los primeros días postparto para detectar precozmente las patologías correspondientes a este periodo y asegurar un restablecimiento completo y pronto de la paciente, incluyendo el seguimiento clínico y el alta obstétrica hospitalaria.

tejido decidual e inclusive bacterias. Cérvix. Posteriormente al parto se observa elongado, edematoso, un poco friable, con diversas y discretas laceraciones labiales. Temperatura corporal, en el primer día la temperatura axilar puede alcanzar los 38°C, pero si persiste se debe de descartar alguna patología, tal vez de origen infeccioso. De tal forma también hace referencia para el control del puerperio en la paciente con parto vaginal.

Cada vez se tiene más en consideración lo que algunos especialistas han denominado **puerperio alejado**, que se extenderá desde los 45 días hasta un límite impreciso. Algunos consideran a la mujer puérpera hasta que tiene la primera menstruación tras el parto, otros hablan de un “puerperio psicológico”, que tiene que ver con cambios emocionales y a nivel cerebral, que podría durar entre uno y dos años. Este puerperio alejado es un concepto todavía abstracto, que muchos profesionales de la salud no admiten, sobre todo por su imprecisión y subjetividad, pero que evidentemente existe, y las mujeres son testigos de ello. En Canadá ya se considera el puerperio como los primeros doce meses tras el parto (más información en el web Bebés y Más: "El puerperio no dura cuarenta días sino un año").

El puerperio precoz se extiende durante **la primera semana** postparto, y es cuando ocurre la máxima **involución genital**, coincidiendo clínicamente con la mayor **expulsión de loquios** y la instauración de **la lactancia**.

CAMBIOS QUE SUFRE EL CUERPO EN LA CUARENTENA.

Puerperio o revolución hormonal.

- En los primeros momentos y en los días sucesivos, el organismo de la mujer vuelve a sufrir una nueva revolución hormonal, con dos objetivos: conseguir que el útero se contraiga y que las **mamas de la madre empiecen a producir leche**.
- Para ello, por un lado, caen los **estrógenos** y la **progesterona**. Ésta volverá a aparecer unos días previos a la primera menstruación tras el parto, cuando se **restablezca el ciclo ovárico**.
- Por el contrario, suben la **prolactina**, la hormona encargada de la producción láctea, y la **oxitocina**. Esta hormona, que provocó las contracciones uterinas que facilitaron el nacimiento del bebé, no desaparece tras el parto, sino que sigue muy presente en el organismo de la recién estrenada mamá, pero con una diferencia: las contracciones que ahora provoca esta hormona no tienen como misión ayudar al niño a nacer, sino contraer el útero para que se cierre la herida que dejó la **placenta al desprenderse** y evitar así una hemorragia.

ALIMENTACIÓN EN EL PUERPERIO.

Es probable que la alimentación sea una de las últimas prioridades de la mujer durante las primeras semanas tras la maternidad, con todos los cambios que se han producido y se están aún asimilando. **Ciertos alimentos pueden ayudar a mantener los niveles de energía apropiados** para llevar a cabo las tareas de la recién estrenada mamá, y también controlar los cambios de humor que el torrente hormonal puede causarle.

Por otra parte, un apropiado aporte de líquidos es primordial para disminuir la retención de líquidos que puede arrastrarse desde el final del embarazo, y ayudar a la madre a deshacerse de pequeños edemas que puedan haber aparecido. El alcohol y las bebidas con cafeína no ayudan en esta labor, así que conviene disminuir su ingesta o eliminarlas de la dieta.

- **Alimentos ricos en Omega3:** Algunos estudios recientes relacionan **la ingesta de alimentos ricos en ácidos grasos omega 3 con una menor incidencia en depresiones postparto**. Aunque el mecanismo no está del todo claro, si está probado que los ácidos grasos omega 3 favorecen el correcto funcionamiento del cerebro, y esto podría, de algún modo, prevenir la depresión.

El pescado y los frutos secos serán los principales aliados para garantizar el aporte de estos ácidos. Si, además, la madre está amamantando a su bebe, el pescado y el marisco proporcionan un extra de yodo, el único micronutriente que puede ser necesario suplementar en las madres lactantes. Un puñado de frutos secos y una botellita de agua, se perfilan como un snack muy saludable para reponer fuerzas durante las tomas.

- **Los productos lácteos:** La serotonina es un neurotransmisor implicado directamente en los cambios de humor y otros procesos emocionales que tienen lugar en el cerebro. Mantener unos niveles de serotonina suficientemente elevados en la reciente mama, puede disminuir la posibilidad de depresión postparto. Este aporte se consigue con **alimentos como la leche y los productos lácteos, los carbohidratos de absorción lenta y algunos alimentos de origen animal, en general, carne, pescado y pollo**. Además, estos últimos favorecen también un buen aporte de proteínas, que es muy importante para la madre lactante, ya que las necesidades nutricionales de la mujer, en términos de proteínas, se ven incrementadas durante el periodo de lactancia.

- **Alimentos ricos en hierro:** Por otra parte, y dada la pérdida de sangre durante el parto, y más aún si se ha producido una cesárea, es recomendable consumir alimentos ricos en hierro durante las primeras semanas. **La carne roja facilita el hierro de mejor calidad** para el organismo, mientras que, en la opción vegetariana, las legumbres y las verduras de hoja verde serán la mejor opción. No conviene olvidar que, acompañar estos alimentos de origen vegetal de **algún alimento rico en vitamina C, como la naranja, facilita la absorción del hierro**.

5.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

Durante el puerperio se presentan cambios, prácticamente en todos los aparatos y sistemas corporales, el periodo posnatal la paciente experimenta: Pérdida ponderal de 6.8 a 7.7kg, la mayor parte de esta pérdida (4.5 a 7.7kg) es resultado de la expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico; además se pierden por diuresis aproximadamente 2.5kg de líquido excesivo y hay una pérdida de sangre de 500ml. El útero, inmediatamente después del alumbramiento tiene un tamaño de 15 a 20 cm. En su diámetro longitudinal, su fondo llega a la altura de la cicatriz umbilical y pesa alrededor de un kilo, en el posparto el útero se contrae por tiempo variable pero no en un lapso mayor de siete días, la paciente lo percibe como un dolor cólico de leve a moderado y se caracteriza porque los dolores de manera gradual van siendo menos intensos, a estos cólicos se les conoce con el nombre de entuertos. La contractilidad uterina posparto tiene dos funciones, expulsar material sanguinolento y detritus, y evitar la apertura de los vasos miometriales y por ende la hemorragia.

5.3 LOS LOQUIOS.

Es la secreción uterina, que en el transcurso de las primeras dos horas se trata de sangre coagulada de color rojo brillante, que va disminuyendo de cantidad conforme transcurren las horas, hacia el tercer día y en los próximos siete se observa de color pardos (sangre oscura), pasando la semana el escurrimiento es cero sanguinolento y al final es seroso amarillento compuesto de suero, leucocitos, tejido decidual e inclusive bacterias. Cérvix. Posteriormente al parto se observa elongado, edematoso, un poco friable, con diversas y discretas laceraciones labiales. Temperatura corporal, en el primer día la temperatura axilar puede alcanzar los 38°C, pero si persiste se debe de descartar alguna patología, tal vez de origen infeccioso. De tal forma también hace referencia para el control del puerperio en la paciente con parto vaginal.

Los loquios son secreciones vaginales que duran entre 6 y 8 semanas tras haber dado a luz, durante el puerperio. Los loquios están formados un flujo que contiene sangre, moco cervical y tejido placentario.

Cuando los loquios son intensos, se utilizan paños o compresas especiales, y con el paso del tiempo, cuando la cantidad de loquios disminuye, se pueden emplear compresas normales. Se ha de cambiar la compresa con frecuencia, y se desaconseja el uso de tampones en estos casos por la posibilidad de infecciones.

Aunque antiguamente se consideraba que los loquios eran algo impuro, se trata de un proceso fisiológico normal, y la madre puede ducharse tranquilamente durante este periodo para su higiene. Para los baños es preferible esperar un tiempo, para prevenir posibles infecciones.

El olor de esta secreción es similar al del flujo menstrual. Si detectamos un fétido en los loquios debemos acudir al especialista, pues podría indicar una posible infección.

Podemos distinguir tres etapas en la secreción de loquios, **tres tipos de loquios**:

- "Lochia rubra": es el primer flujo después del parto, de color rojizo por la presencia abundante de sangre y, por lo general, no dura más de 3 a 5 días después del alumbramiento. Puede fluir continuamente o por intervalos y puede que contenga coágulos, en especial si la nueva madre ha estado acostada por un tiempo.
- "Lochia serosa": es menos espesa y cambia a un color pardo, marrón claro o rosado. Contiene un exudado seroso de eritrocitos, leucocitos y moco cervical. Esta etapa continúa aproximadamente hasta el décimo día después del parto.
- "Lochia alba": es la última etapa, que comienza cuando el flujo se vuelve blanquecino o amarillento claro. Puede durar hasta la tercera o sexta semana después del parto. Contiene menos glóbulos rojos y está compuesto casi totalmente de glóbulos blancos, células epiteliales, colesterol, grasas y moco.

En definitiva, **los loquios en el postparto** son un proceso fisiológico natural necesario para eliminar los restos del revestimiento del útero que se han formado durante el

embarazo, así como las secreciones que se producen al cicatrizar la herida que deja la placenta tras su expulsión.

5.4 SÍNDROME DE HELLP.

El síndrome HELLP es una complicación del embarazo que amenaza la vida, por lo general considerado como una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto.

El síndrome HELLP fue nombrado por el Dr. Luis Weinstein en 1982 después de sus características:

H (hemólisis, que es la ruptura de los glóbulos rojos)

EL (enzimas hepáticas elevadas)

LP (bajo recuento de plaquetas)

El síndrome HELLP puede ser difícil de diagnosticar, sobre todo cuando la presión arterial y proteína en la orina no están presentes. Sus síntomas se confunden a veces con gastritis, gripe, hepatitis aguda, enfermedad de la vesícula biliar, u otras condiciones. La tasa de mortalidad global del síndrome de HELLP está alrededor del 25%. Es por eso que es crítico que las mujeres embarazadas estén conscientes de esta condición y sus síntomas para que puedan recibir un diagnóstico y tratamiento tempranos.

enzymes" y "low platelet count".

Es un síndrome muy poco habitual que fue descrito por primera vez como tal por Louis Weinstein en 1982, quien tres años más tarde lo catalogaría como una variante de preeclampsia severa que puede desarrollarse antes después del parto.

Este síndrome se presenta en aproximadamente uno a dos de cada mil embarazos, aunque en las mujeres con preeclampsia o eclampsia, la afección se desarrolla entre el 10% y el 20% de los embarazos.

Casi siempre, **el síndrome HELLP se presenta durante el tercer trimestre del embarazo** y algunas veces se manifiesta en la semana posterior al nacimiento del bebé.

5.5 SINTOMAS

Los síntomas del síndrome de HELLP en el embarazo pueden ser: fatiga o malestar; retención de líquidos y aumento de peso en exceso (recientes); dolor de cabeza; náuseas y vómitos que siguen empeorando; dolor en el cuadrante superior derecho o en la parte media del abdomen; y visión borrosa. Más raramente se produce sangrado nasal u otro sangrado que no para fácilmente, crisis epiléptica o convulsiones.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, los primeros síntomas suelen ser digestivos: dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho (90% de los casos), en una embarazada que en más del 90% de los casos nota malestar indefinido desde unos pocos días antes de acudir al médico.

Al principio, la hipertensión y la proteinuria pueden ser leves o incluso ausentes, por lo que en ocasiones el diagnóstico se retrasa. Por eso se recomienda que se realicen pruebas hepáticas y un recuento de plaquetas en toda gestante que se presente con los síntomas anteriores, tenga o no hipertensión.

El síndrome HELLP puede provocar una hemorragia postparto, ya que se encuentra entre las causas al alterar la coagulación.

Cuando se diagnostica o se sospecha un síndrome de HELLP la embarazada debe trasladarse a un hospital para su vigilancia y los posibles tratamientos, se intentará estabilizar y la actuación que siga dependerá de la gravedad de los síntomas. Normalmente se ha de tomar la decisión de acabar la gestación una vez se haya comprobado la madurez pulmonar fetal, es decir, si el bebé está más o menos preparado para nacer y sobrevivir.

COMPLICACIONES.

Los resultados son a menudo buenos si el problema se diagnostica de manera temprana, por ello se recuerda la importancia de tener revisiones prenatales regulares y de no dejar pasar los síntomas descritos.

Cuando la enfermedad no se trata oportunamente, hasta una de cada cuatro mujeres afectadas presenta complicaciones serias y sin tratamiento, un pequeño número de mujeres muere. La tasa de mortalidad entre bebés nacidos de madres con síndrome HELLP depende del peso al nacer y del desarrollo de los órganos del bebé, especialmente de los pulmones, ya que muchos bebés nacen de manera prematura.

Entre **las complicaciones del síndrome de HELLP** se encuentran: edema pulmonar, insuficiencia renal, insuficiencia y hemorragia del hígado y separación de la placenta de la pared uterina (desprendimiento prematuro de placenta). En algunos casos graves (como si se da coagulación intravascular diseminada o CID, un trastorno en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven demasiado activas), sí se debería terminar la gestación independientemente del tiempo de embarazo.

No obstante, en general el diagnóstico del síndrome de HELLP no supone una cesárea de urgencia, decisión que podría ser peligrosa para la madre o para el feto. Hay que valorar cada caso particularmente.

Repetimos que lo importante es realizar las revisiones durante el embarazo y no dejar pasar los síntomas sospechosos, de este modo **un posible caso de síndrome HELLP durante el embarazo**, que son poco frecuentes, será diagnosticado a tiempo y controlado sin que revista consecuencias graves.

5.7 TRATAMIENTO

Muy a menudo, el tratamiento definitivo para las mujeres con síndrome de HELLP es reatar al bebé del vientre materno, adelantando el nacimiento. Durante el embarazo, muchas mujeres que sufren de síndrome de HELLP requieren una transfusión de algún tipo de producto de la sangre (glóbulos rojos, plaquetas, plasma). Los corticosteroides pueden usarse en el embarazo temprano para ayudar a madurar los pulmones del bebé. Algunos profesionales de la salud también pueden usar ciertos esteroides para mejorar las condiciones de la madre.

5.8 PERSONAS QUE ESTAN EN RIESGO DE CONTRAER EL SINDROME DE HELLP.

Entre las mujeres embarazadas en los Estados Unidos, del 5 al 8% desarrollan preeclampsia. Se estima que el 15% de esas mujeres desarrollará evidencia de síndrome de HELLP. Esto significa que unas 48.000 mujeres por año se desarrollarán síndrome HELLP en los EE.UU..

Diagnosticando tempranamente y tratando correctamente la preeclampsia, podemos ayudar a reducir los casos de síndrome de HELLP.

5.9 CLASIFICACIÓN.

La gravedad del síndrome HELLP se mide de acuerdo con el recuento de plaquetas de la sangre de la madre y se divide en tres categorías, de acuerdo con un sistema llamado "Clasificación Mississippi."

- Clase I (trombocitopenia grave): plaquetas por debajo de $50000/\text{mm}^3$
- Clase II (trombocitopenia moderada): plaquetas entre 50.000 y $100.000/\text{mm}^3$
- Clase III (AST > 40 UI/L, trombocitopenia leve): plaquetas entre 100.000 y $150.000/\text{mm}^3$

6.SINDROME DE SHEEHAN.

6.1¿QUE ES EL SINDROME DE SHEEHAN?

El síndrome de Sheehan es un trastorno que afecta a mujeres que pierden una cantidad de sangre que pone en riesgo su vida durante el parto o que tienen la presión arterial demasiado baja durante el parto o después, lo que puede privar al cuerpo de oxígeno. En el síndrome de Sheehan, la falta de oxígeno puede dañar la hipófisis.

El síndrome de Sheehan provoca que la hipófisis no produzca suficientes hormonas hipofisarias (insuficiencia adenohipofisaria). El síndrome de Sheehan, también llamado «insuficiencia adenohipofisaria posparto», es poco frecuente en las naciones industrializadas, lo que se debe en gran parte a las mejoras en la atención obstétrica. Sin embargo, es una amenaza importante para las mujeres que viven en países en desarrollo.

El tratamiento del síndrome de Sheehan consiste en la terapia de reemplazo hormonal de por vida.

6.2 SINTOMAS.

Los signos y síntomas del síndrome de Sheehan suelen aparecer lentamente después de un período de meses o incluso años. Sin embargo, a veces, los problemas aparecen de inmediato, como la incapacidad para amamantar.

Los signos y síntomas del síndrome de Sheehan se producen a raíz de tener muy poca cantidad de las hormonas que controla la glándula hipofisaria: las hormonas tiroideas, las suprarrenales, las de producción de leche materna y las que controlan la función menstrual. Algunos de ellos son:

- Dificultad o incapacidad para amamantar

- Ausencia de períodos menstruales (amenorrea) o períodos menstruales poco frecuentes (oligomenorrea)
- Incapacidad de que vuelva a crecer el vello púbico afeitado
- Disminución de la función mental, aumento de peso y dificultad para mantenerse alerta como resultado de la baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- Presión arterial baja (hipotensión)
- Bajo nivel de azúcar en sangre (hipoglucemia)
- Fatiga
- Latidos del corazón irregulares
- Reducción de las mamas

En muchas mujeres, los síntomas del síndrome de Sheehan no son específicos, por lo que se suele pensar que son a causa de otros motivos. La fatiga, por ejemplo, va de la mano con ser madre por primera vez. Es posible que no notes los síntomas del síndrome de Sheehan hasta que necesites tratamiento por insuficiencia tiroidea o suprarrenal.

También es posible que tengas síndrome de Sheehan relativamente sin síntomas, según la extensión del daño a la glándula hipofisaria. Algunas mujeres viven años sin saber que la glándula hipofisaria no funciona adecuadamente. Luego, un factor de estrés físico extremo, como una infección grave o una cirugía, desencadena una crisis suprarrenal.

6.3 CAUSAS.

El síndrome de Sheehan se provoca debido a una pérdida de sangre importante o a tener la presión arterial extremadamente baja durante el parto o después de este. Estos factores pueden ser muy dañinos para la glándula hipofisaria que se agranda durante el embarazo y destruye el tejido que produce hormonas, por lo que no puede funcionar de manera normal.

Las hormonas hipofisarias regulan el resto del sistema endocrino al indicarles a otras glándulas que aumenten o disminuyan la producción de hormonas que controlan el metabolismo, la fecundidad, la presión arterial, la producción de leche materna y muchos otros procesos vitales. La escasez de cualquiera de estas hormonas puede provocar problemas en todo el cuerpo.

Las hormonas de la parte delantera de la hipófisis comprenden las siguientes:

- **Hormona del crecimiento.** Esta hormona controla el crecimiento de los huesos y los tejidos, y mantiene el equilibrio adecuado de tejido muscular y grasa.
- **Hormona estimulante de la tiroides.** Esta hormona estimula la glándula tiroides para que produzca hormonas fundamentales que regulan el metabolismo. La escasez de la hormona estimulante de la tiroides provoca hipoactividad de la glándula tiroides (hipotiroidismo).
- **Hormona luteinizante.** En las mujeres, esta hormona regula el estrógeno.
- **Hormona foliculoestimulante.** La hormona luteinizante y la hormona foliculoestimulante ayudan a estimular el desarrollo de los óvulos y la ovulación en las mujeres.
- **Hormona adrenocorticotrópica.** Esta hormona estimula las glándulas suprarrenales para que produzcan cortisol y otras hormonas. El cortisol ayuda al cuerpo a controlar el estrés e influye en muchas funciones del cuerpo, como la presión arterial, el funcionamiento del corazón y el sistema inmunitario.

El nivel bajo de hormonas suprarrenales que se produce como consecuencia de lesiones en la hipófisis se llama «insuficiencia suprarrenal secundaria».

- **Prolactina.** Esta hormona regula el desarrollo de las mamas en las mujeres, así como la producción de leche materna.

6.4 FACTORES DE RIESGO.

Cualquier enfermedad que aumente la posibilidad de sufrir una pérdida intensa de sangre (hemorragia) o presión arterial baja durante el parto, como tener un embarazo múltiple o tener un problema con la placenta, puede aumentar el riesgo de padecer el síndrome de Sheehan.

Sin embargo, las hemorragias no son una complicación frecuente en un parto, y el síndrome de Sheehan es aún menos frecuente. Ambos riesgos disminuyen en gran medida con una atención médica adecuada y control durante el trabajo de parto y el parto.

6.5 COMPLICACIONES.

Dado que las hormonas hipofisarias controlan tantos aspectos del metabolismo, el síndrome de Sheehan puede provocar varios problemas, entre ellos:

- Crisis suprarrenal, afección grave en la que las glándulas suprarrenales producen muy poco cortisol
- Presión arterial baja
- Adelgazamiento no intencional
- Irregularidad en los períodos menstruales

6.6 CRISIS SUPRARRENAL: SITUACIÓN QUE PUEDE PONER EN RIESGO LA VIDA.

La complicación más grave es la crisis suprarrenal, estado repentino potencialmente mortal que puede provocar presión arterial extremadamente baja, un choque, un coma y la muerte.

La crisis suprarrenal suele ocurrir cuando el cuerpo se somete a un estrés considerable, como el que se produce durante una cirugía o como consecuencia de una enfermedad grave, y las glándulas suprarrenales producen muy poco cortisol, hormona del estrés potente.

Debido a las posibles consecuencias graves de la insuficiencia suprarrenal, es probable que el médico te recomiende que utilices un brazalete de alerta médica.

6.7 TRATAMIENTO.

El tratamiento del síndrome de Sheehan es una terapia de reemplazo hormonal de por vida para compensar las hormonas que te faltan. El médico podría recomendarte uno o más de los siguientes medicamentos:

- **Corticoesteroides.** Estos fármacos, como la hidrocortisona o la prednisona, reemplazan las hormonas suprarrenales que no se están produciendo debido a una deficiencia de la hormona adrenocorticotrópica.

Deberás hacer ajustes en los medicamentos si te enfermas gravemente o sufres un estrés físico importante. En esos momentos, tu cuerpo normalmente produce más cortisol, una hormona del estrés. Este mismo tipo de ajuste de la dosis podría ser necesario si tienes influenza, diarrea o vómitos, o si te sometes a una cirugía o a procedimientos dentales.

Los ajustes en la dosis también podrían ser necesarios durante el embarazo o ante un aumento de peso o adelgazamiento notable. Evitar tomar dosis más altas que las que necesitas puede prevenir los efectos secundarios asociados con las dosis elevadas de corticoesteroides.

- **Levotiroxina (Levoxyl, Synthroid, otros).** Este medicamento aumenta los niveles deficientes de la hormona tiroidea debido a una producción baja o deficiente de la hormona estimulante de la tiroides.

Infórmele a tu médico si cambias de marca para asegurarte de continuar recibiendo la dosis correcta. Además, no debes saltarte las dosis ni suspender la toma del medicamento porque te sientas mejor. En caso de que lo hagas, los signos y síntomas reaparecerán gradualmente.

- **Estrógeno.** Comprende el estrógeno solo, si te han extirpado el útero (histerectomía), o una combinación de estrógeno y progesterona si aún lo tienes.

El uso de estrógeno se ha vinculado con un mayor riesgo de coágulos sanguíneos y accidentes cerebrovasculares en las mujeres que aún producen su propio estrógeno. El riesgo debería ser menor en las mujeres que lo utilizan para compensar la falta de estrógeno.

Los preparados que contienen hormona luteinizante y hormona foliculoestimulante, también denominadas «gonadotropinas», podrían permitir posibles embarazos futuros. Se pueden administrar mediante una inyección para estimular la ovulación.

Después de los 50 años, cerca de la menopausia natural, analiza los riesgos y los beneficios de continuar tomando estrógeno o estrógeno y progesterona con tu médico.

- **Hormona del crecimiento.** Algunos estudios demostraron que reemplazar la hormona del crecimiento en las mujeres con síndrome de Sheehan, así como en adultos con otras formas de insuficiencia adenohipofisaria, puede ayudar a normalizar la relación entre músculo y grasa del cuerpo, mantener la masa ósea, bajar los niveles de colesterol y mejorar la calidad de vida en general. Los efectos secundarios podrían comprender rigidez articular y retención de líquidos.

6.8 CASO CLINICO 1

Sra. de 42 años y 22 de vida matrimonial, originaria de Irapuato, dedicada a sus labores domésticas. Antecedentes no patológicos y patológicos: sin importancia. Antecedentes gineco obstétricos: menarca a los 13 años con ritmo de 30/3-4. Ninguna alteración en el

ciclo menstrual. Leucorrea escasa sin caracteres patológicos. 10 embarazos a término, armónicos, con partos y puerperios normales. En el último, sangrado posparto. Padecimiento actual: hace 3 años después de su último parto, en el que hubo que aplicarle seis transfusiones tuvo agalactia y amenorrea que persiste hasta la actualidad, acompañándose de edema en miembros inferiores. Después de algún tiempo notó caída del cabello, que se hizo seco y quebradizo, resequedad Ginecología y Obstetricia de México 278 Volumen 82, Núm. 4, abril, 2014 de la piel, meteorismo, constipación, astenia y adinamia, así como sensibilidad excesiva al frío. Exploración física: ausencia de vello axilar y pubiano, pelo quebradizo y seco. Senos caídos con tejido glandular escaso, reflejos disminuidos. Genitales externos atróficos. Matriz hipoplásica; en anteversión móvil e indolora. Fondos de saco libres e indoloros, ovarios no palpables, vagina con caracteres normales. Tensión arterial: 95/60. Pulso: 75. Temperatura: 36.7°C. Datos de gabinete: telerradiografía de tórax y radiografía de silla turca: normales. Biometría hemática y química sanguínea: normales. Yodo proteico: 0 y 2 en otra determinación. Yodo radioactivo: 14% en 24 horas. Metabolismo basal: menos 33%. Electrocardiograma: bajo voltaje, sugiere corazón mixedematoso. Prueba de Kepler: positiva. Curva de tolerancia a la glucosa: lenta. Hormona folículo estimulante: menos de 6 U.R. Frotis vaginal: existencia únicamente de células basales. Biopsia de endometrio: endometrio atrófico. 17 esteroides: 0.8, 0.7 y 0.8 mg. 17 hidroxisteroides: 0, y 0 mg. No hubo respuestas al tratamiento sustitutivo con estrógenos y progesterona.

6.9 CASO CLINICO 2

Sra. E. V. de G., de 33 años de edad, 4 años de casada. Originaria del Distrito Federal, ocupación: maestra. Antecedentes no patológicos y patológicos: sin importancia. Antecedentes gineco obstétricos: menarca a los 14 años, con ritmo de 30/2. En ocasiones retrasos hasta de 8 a 10 días como máximo. Dismenorrea discreta el primer día de sangrado. Leucorrea escasa sin caracteres patológicos. Primer embarazo hace 1 año, de 9 meses, armónico, parto con fórceps, difícil y sangrado abundante por grandes desgarros vaginales, habiéndosele aplicado 2,000 cc de sangre, puerperio febril durante

10 días. Padecimiento actual: después de su parto hace un año en el que hubo agalactia, no ha vuelto a menstruar espontáneamente (sólo mediante tratamiento médico). El vello pubiano que le fue rasurado para preparar la región vulvo-perineal no ha vuelto a desarrollarse; caída del vello axilar y del cabello. Anorexia, decaimiento, torpeza mental, constipación, pérdida de peso progresiva no cuantificada. Exploración física: ausencia del vello axilar y pubiano, zonas del cuero cabelludo en que no existe el cabello. Glándulas mamarias atróficas. Genitales externos atróficos. Matriz chica, en anteversión móvil y ligeramente dolorosa. Fondos de saco libres e indoloros. Ovarios no palpables. Vagina con epitelio atrófico. Cuello con cervicitis quística hipertrófica. Tensión arterial: 90/60. Pulso: 68. Temperatura: 35.7°C. Estudio de gabinete: radiografía de silla turca: normal. Biometría hemática y química sanguínea: normales. Electrocardiograma: normales. Hormona folículo estimulante: no se encontraron cifras dosificables. Metabolismo basal: menos 20%. Yodo proteico: yodo radioactivo: no se hizo. Prueba de Kepler: positiva, frotis vaginales: existencia de células, para basales y precornificadas aisladas. Biopsia de endometrio: endometrio atrófico, 17 cetoesteroides: 0 mg 17 hidroxisteroides: 0 mg. No hubo respuesta al tratamiento con progesterona, sangrado vaginal escaso después de la administración de estrógenos-progesterona.

7. MORTALIDAD MATERNA.

7.1 ¿QUÉ ES LA MORTALIDAD MATERNA?

La mortalidad o muerte maternas es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. El que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud.

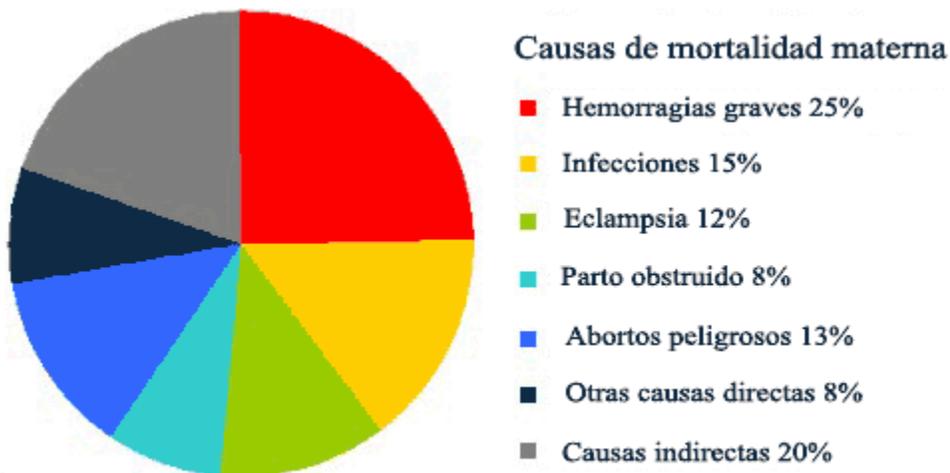
Los 10 estados con más muertes maternas en México

Chiapas, Nayarit y Guerrero encabezan las entidades con más muertes maternas. Las principales causas van desde abortos y nacimientos prematuros, incluso caries dentales, hasta trastornos de hipertensión.

La mortalidad materna es un problema grave. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este mal, relacionado con enfermedades generadas durante el embarazo o parto, es la principal causa global de muerte en mujeres en edad reproductiva.

Pero el hecho no queda sólo ahí. La institución de salud asegura que aquellos niños y niñas que pierden a su madre por causas obstétricas tienen hasta 10 veces más probabilidades de perder la vida durante sus primeros dos años de vida.

Se estima que tan sólo en 2015, fallecieron en todo el mundo más de 303,000 mujeres debido a distintas complicaciones presentadas durante la gestación de su bebé.



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

¿Y México?

En nuestro país la situación ha ido registrando avances importantes. En los últimos 25 años, se ha conseguido reducir hasta en 60% el número fallecimientos de este tipo.

Durante 1990, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), se contabilizaban 88.7 defunciones por cada 1,000 habitantes, más del doble de las 34.6 que hoy se documentan.

Estas cifras dan señales positivas sobre las autoridades mexicanas de salud, sin embargo, existen sitios en México donde el número de fallecimientos relacionados con el embarazo y parto siguen teniendo cifras elevadas.

La entidad (por cada 1,000 habitantes) que encabeza la lista de muertes por mortalidad materna en el país es Chiapas, que tiene 68.5 defunciones, seguido de Nayarit con 66.9, y en tercer lugar Guerrero, con 49.5. El grupo de los cinco estados más afectados lo completan Oaxaca (48.6) y Campeche (46.5).

Es importante señalar que la OMS relaciona este problema con la falta de recursos económicos, observándolo como un indicador de desigualdad y rezago social. De esta manera, es usual que en los territorios con menor desarrollo se presente más comúnmente esta situación.

Los estados donde mueren más madres

Te presentamos la lista de los 10 estados con más decesos maternos en México por cada 1,000 habitantes, según el Inegi.

1. Chiapas	68.5 defunciones
2. Nayarit	66.9 defunciones
3. Guerrero	49.5 defunciones
4. Oaxaca	48.6 defunciones
5. Campeche	46.5 defunciones
6. Ciudad de México	44.3 defunciones
7. Chihuahua	43.1 defunciones
8. Tabasco	41.7 defunciones
9. Morelos	36.6 defunciones
10. Michoacán	34.3 defunciones

Las causas detrás de las muertes.

La institución que preside Julio Santaella indica que la causa principal son las afecciones obstétricas indirectas (aborto, nacimiento prematuro, rotura de membranas, problemas vaginales y hasta caries dentales), con un 29.7%, seguido de los trastornos hipertensivos, con 21.2%.

Las principales causas en los decesos maternos van desde abortos y nacimientos prematuros, incluso caries dentales, hasta trastornos hipertensivos.

También se tiene registro de que otro 16.1% pierde la vida por complicaciones en el trabajo de parto, y de que 9.3% muere por embarazos terminados en aborto. Finalmente, también un 9.3% se ve afectado por una falta de atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica.

Es importante destacar que, con miras a reducir más este problema, la OMS implementó en 2015 la Estrategia de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, en la que se considera a la mortalidad materna como reto importante. Su meta es reducir a menos de 70 defunciones por cada 1,000 habitantes la mortalidad materna.

7.2 DATOS Y CIFRAS.

- Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

- La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.
- La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado¹.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.

7.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por

100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.^{2, 3}

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.

7.4 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son⁴:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

7.5 REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015 y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los **embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas**. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

7.6 OBSTÁCULOS A QUE LAS MUJERES RECIBAN LA ATENCIÓN QUE NECESITAN.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En 2015, solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- la pobreza.
- la distancia.
- la falta de información.
- la inexistencia de servicios adecuados.
- las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

7.7 RESPUESTA DE LA OMS.

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de la Estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

7.8 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

7.9 CÓMO SALVARLES LA VIDA.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia. La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es la partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.

- Clasificación de las defunciones y los cuasi eventos maternos por la OMS.

La reducción de la mortalidad materna es el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar ese objetivo, los países necesitan tener una idea precisa de las causas y los niveles de mortalidad materna. Revisiones sistemáticas recientes han puesto de manifiesto numerosas incoherencias en la manera de clasificar las defunciones maternas, debido a la falta de definiciones y criterios normalizados sobre las defunciones y los cuasi eventos maternos.

La OMS creó un grupo de trabajo técnico de obstetras, parteras, epidemiólogos y profesionales de la salud pública de países en desarrollo y países desarrollados para que elaboraran un sistema de clasificación de las defunciones maternas.

El grupo estableció tres principios para acometer esa tarea. Primero, la clasificación debe ser práctica y comprensible para sus usuarios (médicos, epidemiólogos y gestores de programas). Segundo, las causas básicas deben excluir cualquier otra enfermedad; como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE), la causa básica es la enfermedad o lesión que desencadenó la secuencia de eventos que condujo directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o agresión que provocaron la lesión mortal. Tercero, el nuevo sistema de clasificación debe ser compatible con la 11.^a revisión de la CIE y facilitar dicha revisión. La incorporación de esta clasificación de las defunciones maternas en la CIE fomentará un uso coherente de la misma tanto en los certificados de defunción como en las investigaciones confidenciales sobre las defunciones maternas, y mejorará la comparabilidad de los datos.

El sistema propuesto de clasificación de las defunciones maternas se envió a más de 40 revisores particulares y a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y organizaciones profesionales nacionales como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el American College of Obstetricians and Gynecologists y el Canadian College of Obstetricians and Gynaecologists. Revisada a la luz de la retroinformación así recibida, la segunda versión se ensayó en ocho bases de datos sobre defunciones maternas: las bases de datos nacionales de Colombia, Jamaica y Sudáfrica, otras bases de datos de Kenya,

Malawi y Zimbabwe, y datos de autopsias verbales del Afganistán y Nigeria. En todos esos lugares se consideró que la clasificación es un instrumento viable y útil.

La nueva clasificación OMS de las causas de mortalidad materna tiene una estructura sencilla para facilitar la tabulación: grupo, categoría de enfermedad, y causas básicas individuales. El grupo incluye tres categorías: defunciones maternas directas, defunciones maternas indirectas y "complicaciones imprevistas del tratamiento". La inclusión de esto último permite vigilar las tendencias de las enfermedades iatrogénicas, por ejemplo, en relación con las operaciones de cesárea. Las causas básicas están claramente separadas de las afecciones que contribuyen al desenlace mortal. Por último, el grupo de trabajo decidió clasificar el suicidio durante el embarazo y las muertes por psicosis puerperal y por depresión posparto en la categoría de defunciones maternas directas.

El grupo de trabajo llegó a un consenso sobre la manera de definir los cuasi eventos maternos: "una mujer que ha estado a punto de morir, pero ha sobrevivido a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o los primeros 42 días tras la terminación del embarazo". Los signos de fallo orgánico que siguen a las enfermedades potencialmente mortales son utilizados para identificar los cuasi eventos maternos, de modo que se usa la misma clasificación de causas básicas para las defunciones y para los cuasi eventos maternos. Esta coherencia permite también realizar evaluaciones de la calidad de la atención dispensada a las embarazadas.

El grupo de trabajo técnico de la OMS recomienda que todos los países adopten este nuevo sistema de clasificación de las defunciones maternas, y que en los planes nacionales de mejora de la salud materna se estudie la posible aplicación del enfoque de los cuasi eventos. Si se usa la misma clasificación, es posible hacer comparaciones fiables entre los países y regiones y dentro de ellos. La aplicación de esta clasificación debería ayudar a identificar las insuficiencias de los sistemas de salud que los países tienen que abordar para reducir las complicaciones y los resultados mortales del embarazo y el parto.

8. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.

8.1 RECOMENDACIONES.

examinó la contribución intrínseca de cada componente de la “conducta activa en el alumbramiento” teniendo en cuenta las nuevas pruebas científicas disponibles, y se realizaron las recomendaciones pertinentes. Durante el alumbramiento, se deben proporcionar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la HPP; se recomienda la administración de oxitocina (IM/IV, 10 UI) como el uterotónico preferido. Se recomiendan otros agentes uterotónicos inyectables y misoprostol como alternativas para la prevención de la HPP en los lugares en los que no se disponga de oxitocina. Se volvió a revisar la importancia de la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) debido a nuevas pruebas científicas. En la actualidad, esta intervención se considera opcional en los lugares en los que se dispone de parteras capacitadas y está contraindicada en los lugares en los que no hay presencia de parteras capacitadas durante los partos. Por lo general, el pinzamiento temprano del cordón umbilical está contraindicado. No se recomienda el masaje uterino continuo como intervención para prevenir la HPP en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica, dado que puede causar molestias maternas, requiere un profesional de la salud dedicado y es posible que no reduzca la pérdida de sangre. Sin embargo, se recomienda la vigilancia del tono uterino mediante la palpación abdominal en todas las mujeres para la identificación temprana de atonía uterina posparto. En resumen, el grupo asesor para el desarrollo de la directriz (GDG) consideró el uso de agentes uterotónicos como la intervención principal del paquete de conducta activa en el alumbramiento. En este contexto, se apoya el uso de misoprostol para la prevención de la HPP por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud lego en los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas. El GDG también formuló recomendaciones para reducir la pérdida de sangre durante el alumbramiento en las cesáreas. La oxitocina es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en las cesáreas (caesarean sections, CS). Se recomienda la tracción del cordón umbilical con preferencia a la extracción manual durante la asistencia de la expulsión de la placenta en las cesáreas.

8.2 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP.

El uso de agentes uterotónicos (oxitocina sola como primera opción) desempeña una función central en el tratamiento de la HPP. Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP tan pronto se diagnostique, y se recomienda la reanimación inicial con líquidos con cristaloideos isotónicos. Se indica el uso de ácido tranexámico en casos de sangrado por atonía uterina refractaria o sangrado persistente relacionado con un traumatismo. Se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el sangrado refractario o si no se dispone de agentes uterotónicos. Se recomiendan la compresión uterina bimanual, la compresión aórtica externa y el uso de prendas no neumáticas antishock, como medidas temporarias hasta que se disponga de asistencia profesional. Si hay sangrado persistente y se dispone de los recursos pertinentes, debe considerarse la embolización de la arteria uterina. Si el sangrado persiste, a pesar del tratamiento con uterotónicos y de otras intervenciones conservadoras, debe utilizarse la intervención quirúrgica sin mayores demoras. Si el alumbramiento dura más de 30 minutos, deben utilizarse TCC y oxitocina IV/IM (10 UI) para el tratamiento de la placenta retenida. Si la placenta está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la placenta. Cuando se realiza la extracción manual de la placenta, se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos. The GDG also issued recommendations related to the organization of PPH care. El GDG también formuló recomendaciones relacionadas con la organización de la atención de la HPP. Los establecimientos de salud que brindan servicios de maternidad deben adoptar protocolos formales para la prevención y el tratamiento de la HPP y para la derivación de pacientes. Se recomendó el uso de simulaciones del tratamiento de la HPP para programas de capacitación previa al servicio y en servicio. Finalmente, el GDG recomendó el monitoreo del uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP, y se sugirió un indicador específico.

Recomendaciones para la prevención de la HPP

1. Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

2. La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
3. En los lugares en los que no se dispone de oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg). (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
4. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud lego para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
5. En los lugares en los que las parteras capacitadas están presentes, se recomienda la TCC para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad alta)
6. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
7. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
8. No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical.
9. No se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la HPP en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad baja)
10. Se recomienda la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina para todas las mujeres. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad muy baja)

11. La oxitocina (IV o IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en la cesárea. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
12. La tracción controlada del cordón umbilical es el método recomendado para la extracción de la placenta en la cesárea. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).
13. La oxitocina intravenosa sola es el uterotónico recomendado para el tratamiento de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
14. Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 µg). (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad baja)
15. Se recomienda el uso de cristaloideos isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación inicial con líquidos intravenosos de las mujeres con HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad baja)
16. Se recomienda el uso de ácido tranexámico para el tratamiento de la HPP si la oxitocina y otros agentes uterotónicos no logran detener el sangrado o si se considera que el sangrado podría deberse, en parte, a un traumatismo. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad moderada)
17. Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad muy baja)
18. Si las mujeres no responden al tratamiento con agentes uterotónicos, o si no se dispone de agentes uterotónicos, se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el tratamiento de la HPP por atonía uterina. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
19. Si otras medidas han fracasado y se dispone de los recursos necesarios, se recomienda el uso de embolización de la arteria uterina como tratamiento para la HPP por atonía uterina. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

20. Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad muy baja)
21. Se recomienda el uso de compresión uterina bimanual como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
22. Se recomienda el uso de compresión aórtica externa para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal, como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
23. Se recomienda el uso de prendas no neumáticas antishock, como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad baja)
24. No se recomienda el uso de taponamiento uterino para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
25. Si la placenta no se expulsa en forma espontánea, se recomienda el uso de oxitocina IV/IM (10 UI) en combinación con tracción controlada del cordón umbilical. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
26. No se recomienda el uso de ergometrina para el tratamiento de la placenta retenida, dado que puede causar contracciones uterinas tetánicas que pueden demorar la expulsión de la placenta. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)
27. No se recomienda el uso de prostaglandina alfa E2 (dinoprostona o sulprostona) para el tratamiento de la placenta retenida. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

28. Se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos (ampicilina o cefalosporina de primera generación), si se lleva a cabo la extracción manual de la placenta. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

29. Se recomienda que los establecimientos de salud utilicen protocolos formales para la prevención y el tratamiento de la HPP. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad moderada)

30. Se recomienda que los establecimientos de salud utilicen protocolos formales para la derivación de mujeres a un nivel de atención de mayor complejidad. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

31. Se recomienda el uso de simulaciones del tratamiento de la HPP para los programas de capacitación previa al servicio y en servicio. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

32. Se recomienda el monitoreo del uso de agentes uterotónicos después del parto para la prevención de la HPP como un indicador de procesos para la evaluación programática. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

8.3. Antecedentes.

La hemorragia posparto (HPP) se define comúnmente como una pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, mientras que la HPP grave se define como una pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro del mismo marco temporal. La HPP afecta a, aproximadamente, el 2 % de todas las mujeres parturientas: Está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. La HPP es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica. (1–3) La atonía uterina es la causa más común de HPP, pero el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación

maternos también pueden provocar HPP. Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por HPP no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. La HPP puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, de todos modos, puede provocar secuelas clínicas adversas. (4) Durante la segunda mitad del siglo XX, un paquete de intervenciones realizado durante el alumbramiento se convirtió en la piedra angular de la prevención de la HPP. Este método pasó a ser conocido como “conducta activa en el alumbramiento” y consistía inicialmente de los siguientes componentes: La administración de un agente uterotónico profiláctico después del nacimiento de un neonato, el pinzamiento y el corte tempranos del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón umbilical. El masaje uterino también se incluye con frecuencia como parte de la conducta activa en el alumbramiento. A diferencia de la conducta activa, la conducta expectante implica esperar la aparición de signos de separación de la placenta y permite que la placenta sea expulsada en forma espontánea o con la ayuda de la estimulación de los pezones o la gravedad. En comparación con la conducta expectante, la conducta activa en el alumbramiento está asociada con una reducción considerable en la frecuencia de HPP. (5) Por lo general, se supone que, mediante la prevención y el tratamiento de la HPP, la mayoría de las muertes asociadas con la HPP podrían evitarse. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento de la HPP son pasos vitales para mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el parto y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para este fin, los trabajadores de la salud de los países en desarrollo deben tener acceso a los medicamentos apropiados y capacitarse en los procedimientos pertinentes para el tratamiento de la HPP. Los países también necesitan orientación basada en pruebas científicas para informar sus políticas de salud y mejorar los resultados. Dado que se dispone de nuevas pruebas científicas en relación con la prevención y el tratamiento de la HPP, el objetivo de este documento es revisar las recomendaciones previas de la OMS para la prevención y el tratamiento de la HPP y agregar recomendaciones nuevas. El objetivo primario de esta directriz es proporcionar los cimientos para la implementación del desarrollo estratégico de políticas y programas respecto de las intervenciones que han mostrado ser eficaces para reducir

la carga que representa la HPP. Los profesionales de la salud responsables del desarrollo de protocolos y políticas de salud nacionales y locales constituyen la audiencia destinataria principal de este documento.

También está destinado a los obstetras, las parteras, los médicos generales, los directores de salud y los formuladores de políticas de salud pública, en particular, aquellos en lugares de escasos recursos. La orientación proporcionada se basa en pruebas científicas y cubre temas relacionados con el tratamiento de la HPP que fueron seleccionados y priorizados por un grupo multidisciplinario internacional compuesto por personal sanitario, consumidores y otras partes interesadas. Este documento establece principios generales de la atención de la HPP y tiene como fin informar la elaboración de protocolos y la formulación de políticas de salud relacionados con la HPP. Este documento no tiene como fin proporcionar una guía práctica completa para la prevención y el tratamiento de la HPP.

8.4 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HPP.

Se examinó la contribución de cada componente de la “conducta activa en el alumbramiento” teniendo en cuenta las nuevas pruebas científicas disponibles, y se realizaron las recomendaciones pertinentes. El Recuadro 1 presenta las recomendaciones relacionadas con el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP. Durante el alumbramiento, se deben administrar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la HPP, y se recomienda la administración de oxitocina IM/IV (10 UI) como el uterotónico preferido. Se recomiendan otros agentes uterotónicos inyectables (es decir, ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) y misoprostol como alternativas para la prevención de la HPP en los lugares en los que no se dispone de oxitocina. El Recuadro 2 contiene las recomendaciones relacionadas con el manejo del cordón umbilical y el masaje uterino. Se volvió a revisar la importancia de la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) debido a nuevas pruebas científicas. En la actualidad, esta intervención se considera opcional en los lugares en los que se dispone de parteras capacitadas y está contraindicada en aquellos en los que no se cuenta con

la presencia de asistentes capacitados durante los partos. Por lo general, el pinzamiento temprano del cordón umbilical está contraindicado. No se recomienda el masaje uterino continuo como intervención para prevenir la HPP en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica, dado que el masaje puede causar molestias maternas, requiere un profesional de la salud dedicado y es posible que no reduzca la pérdida de sangre. Sin embargo, se recomienda la vigilancia del tono uterino mediante la palpación abdominal en todas las mujeres para la identificación temprana de atonía uterina posparto.

el estado de recomendación de los componentes individuales de la conducta activa en el alumbramiento. En resumen, el GDG consideró el uso de agentes uterotónicos como la intervención principal del paquete de conducta activa en el alumbramiento. En este contexto, se apoya el uso de misoprostol para la prevención de la HPP por personal de la salud en la comunidad y personal de la salud lego en los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas. En el Recuadro 3, se presentan las recomendaciones para reducir la pérdida de sangre durante el alumbramiento en las cesáreas. La oxitocina es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en las cesáreas. Se recomienda la tracción del cordón umbilical con preferencia a la extracción manual durante la asistencia de la extracción de la placenta en las cesáreas.

8.5 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP.

El uso de agentes uterotónicos (oxitocina sola como primera opción) desempeña una función central en el tratamiento de la HPP (ver Recuadros 4 y 5). Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP tan pronto se diagnostique (ver Recuadro 6), y se recomienda la reanimación inicial con cristaloides isotónicos. Se indica el uso de ácido tranexámico en casos de sangrado atónico refractario o sangrado persistente relacionado con un traumatismo (ver Recuadro 5). Se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el sangrado refractario o si no se dispone de agentes uterotónicos. Se recomiendan la compresión uterina bimanual, la compresión aórtica externa y el uso de prendas no neumáticas antishock, como medidas temporarias hasta que se disponga de asistencia profesional. Si hay sangrado persistente y se

dispone de recursos pertinentes, debe considerarse la embolización de la arteria uterina. Si el sangrado persiste, a pesar del tratamiento con uterotónicos y otras intervenciones conservadoras, debe utilizarse la intervención quirúrgica sin mayor demora. Si el alumbramiento dura más de 30 minutos, deben utilizarse TCC y oxitocina IV/IM (10 UI) para el tratamiento de la placenta retenida. Si la placenta está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la placenta. Cuando se realiza la extracción manual de la placenta, se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos (ver Recuadro 7). El GDG también formuló recomendaciones relacionadas con la organización de la atención de la HPP (ver Recuadro 8). Los establecimientos de salud que brindan servicios de maternidad deben adoptar protocolos formales para la prevención y el tratamiento de la HPP y para la derivación de pacientes. Se recomendó el uso de simulaciones del tratamiento de la HPP para los programas de capacitación previa al servicio y en servicio. Finalmente, el GDG recomendó el monitoreo del uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP, y se sugirió un indicador específico. El GDG no encontró pruebas científicas suficientes para recomendar una vía de administración sobre otra para la prevención de la HPP con oxitocina, el uso de factor recombinante VIIa para el tratamiento de la HPP, la inyección de oxitocina en la vena intraumbilical para el tratamiento de la placenta retenida y la distribución prenatal de misoprostol. El GDG tampoco encontró pruebas científicas suficientes para recomendar la autoadministración para la prevención de la HPP y la medición de la pérdida de sangre sobre el cálculo clínico

8.6 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA HPP: AGENTES UTEROTÓNICOS.

1. Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento, para todos los partos. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
2. La oxitocina (10 UI, IV/IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)
3. En los lugares en los que no se dispone de oxitocina, se recomienda el uso de otros agentes uterotónicos inyectables (por ejemplo, ergometrina/metilergometrina o la

combinación farmacológica fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg). (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

4. En los lugares en los que hay ausencia de parteras capacitadas y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (600 µg VO) por personal sanitario de la comunidad y personal de la salud lego para la prevención de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

Observaciones

- Las comparaciones disponibles son limitadas, pero una diferencia significativa entre los beneficios de la oxitocina y la ergometrina es poco probable. Estas recomendaciones destacan la importancia de evitar los efectos adversos de la ergometrina y suponen un beneficio similar del uso de oxitocina y ergometrina para la prevención de la HPP.
- Se debe tener precaución si se eligen derivados del cornezuelo de centeno para la prevención de la HPP, dado que estos medicamentos tienen contraindicaciones claras en las mujeres con trastornos hipertensivos. Por lo tanto, probablemente sea más seguro evitar el uso de derivados del cornezuelo de centeno en poblaciones no sometidas a pruebas de detección.
- El misoprostol (600 µg VO) fue considerado por el GDG como un fármaco eficaz para la prevención de la HPP. Sin embargo, el GDG consideró los beneficios relativos de la oxitocina en comparación con el misoprostol en la prevención de la pérdida de sangre, así como el aumento de los efectos adversos del misoprostol en comparación con la oxitocina. El GDG reconoció que no hay pruebas científicas que muestren que una dosis de 600 µg de misoprostol proporciona mayor eficacia respecto de una dosis de 400 µg. Las dosis más bajas tienen un perfil de efectos secundarios más bajo, pero la eficacia de las dosis más bajas de misoprostol -no se ha evaluado en forma suficiente.
- Las recomendaciones relacionadas con la administración de agentes uterotónicos alternativos no deben apartar la atención del objetivo de que la oxitocina sea lo más accesible posible.

- Teniendo en cuenta las preocupaciones pasadas relacionadas con la distribución de misoprostol a nivel de la comunidad y el potencial de consecuencias serias de la administración antes del parto, el GDG pone énfasis en la capacitación de las personas que administran misoprostol y el monitoreo de las intervenciones de distribución en la comunidad con métodos científicamente válidos e indicadores apropiados.

Recomendaciones para la prevención de la HPP: manejo del cordón umbilical y masaje uterino

5. En los lugares en los que se dispone de parteras capacitadas, se recomienda la TCC para los partos vaginales si el prestador de salud y la mujer parturienta consideran importantes una pequeña reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad alta)

6. En los lugares en los que no se dispone de parteras capacitadas, no se recomienda la TCC. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

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

8. No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical.

Observaciones

- Las Recomendaciones 5 y 6 se basan en un ECA grande en el que se utilizó oxitocina 10 UI para la prevención de la HPP en todas las participantes. En función de estas pruebas científicas, la TCC se consideró segura cuando es realizada por parteras capacitadas, dado que proporciona efectos beneficiosos pequeños en la pérdida de sangre (reducción promedio de 11 ml en la pérdida de sangre) y en la duración del alumbramiento (reducción promedio de 6 minutos). La decisión de implementar la TCC en el contexto de un uterotónico profiláctico debe ser analizada por el prestador de salud y la mujer misma.

- Si se utilizan alcaloides del cornezuelo de centeno para la prevención de la HPP, se considera esencial la TCC para minimizar la retención de la placenta.
- No hay pruebas científicas suficientes para determinar el beneficio o el riesgo de la TCC cuando se utiliza junto con misoprostol.
- La TCC es la primera intervención para tratar la placenta retenida; por lo tanto, es esencial la enseñanza
- de la TCC en los planes de estudio médicos y de partería.
- La base de las pruebas científicas para las recomendaciones relacionadas con el momento del pinzamiento del cordón umbilical incluye partos vaginales y por cesárea. El GDG considera que esta recomendación es igual de importante para las cesáreas.
- El pinzamiento tardío debe realizarse mientras se brinda atención esencial al recién nacido. Para obtener información sobre atención esencial del recién nacido y reanimación, consulte la directriz de la OMS sobre reanimación neonatal.
- Las recomendaciones relacionadas con el momento del pinzamiento del cordón umbilical se aplican de igual modo a los partos prematuros y a término. El GDG considera que los beneficios del pinzamiento tardío para los lactantes prematuros son especialmente importantes.
- Algunos profesionales de la salud que trabajan en áreas de alta prevalencia del VIH han expresado preocupación respecto del pinzamiento tardío del cordón umbilical como parte del manejo del alumbramiento. A estos profesionales les preocupa que, durante la separación placentaria, una placenta parcialmente extraída podría verse expuesta a sangre materna y esto podría provocar una micro transfusión de sangre materna al neonato. Se ha demostrado que el potencial de transmisión vertical del VIH puede ocurrir en tres momentos diferentes: micro transfusiones de sangre materna al feto durante el embarazo (transmisión intrauterina del VIH), exposición a sangre materna y a secreciones vaginales cuando el feto pasa por el canal del parto en los partos vaginales (transmisión intraparto) y durante la lactancia (infección posnatal). Por esta razón, la principal intervención para reducir la transmisión vertical es la reducción de la carga viral

materna mediante el uso de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y el período posnatal. No hay pruebas científicas de que demorar el pinzamiento del cordón umbilical aumente la posibilidad de transmisión del VIH de la madre al recién nacido. La sangre materna se percola a través del espacio intervelloso de la placenta durante todo el embarazo con un riesgo relativamente bajo de transmisión vertical antes del parto. Es altamente improbable que la separación de la placenta aumente la exposición a sangre materna, y es altamente improbable que altere la circulación fetal y placentaria (es decir, es improbable que durante la separación de la placenta la circulación del recién nacido se vea expuesta a sangre materna). Por lo tanto, los beneficios comprobados de una demora de, al menos, entre 1 y 3 minutos en el pinzamiento del cordón umbilical superan los daños teóricos y no comprobados. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical incluso entre mujeres que viven con el VIH o mujeres con estado desconocido respecto del VIH.

- No hay pruebas científicas respecto de la función del masaje uterino para la prevención de la HPP cuando no se utilizan uterotónicos o si se utiliza un uterotónico distinto de la oxitocina.

- Si bien el GDG reconoció que un pequeño estudio informó que el masaje uterino sostenido y la expulsión de coágulos estaban asociados con una reducción en el uso de agentes uterotónicos adicionales, no hay pruebas científicas robustas que apoyen otros beneficios. Sin embargo, el GDG consideró que la evaluación del tono uterino frecuente y de rutina sigue siendo una parte crucial de la atención posparto inmediata, especialmente para la optimización del diagnóstico temprano de HPP.

- En función de las pruebas científicas más recientes, ha evolucionado la comprensión de la contribución de cada componente del paquete de conducta activa en el alumbramiento. El GDG consideró que este paquete tiene una intervención primaria: el uso de un agente uterotónico. En el contexto de uso de oxitocina, la TCC puede agregar un pequeño beneficio, mientras que es posible que el masaje uterino no agregue ningún beneficio para la prevención de la HPP. Por lo general, el pinzamiento temprano del cordón umbilical está contraindicado.

Recomendaciones para la prevención de la HPP en las cesáreas.

11. La oxitocina (IV o IM) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en la cesárea. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

12. La tracción del cordón umbilical es el método recomendado para la extracción de la placenta en la cesárea. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

Observaciones

- El GDG señaló que, en términos de pérdida de sangre, no había suficientes pruebas científicas para recomendar la infusión de oxitocina sobre la inyección en bolo IV. Sin embargo, debido a preocupaciones relacionadas con los efectos hemodinámicos adversos, el GDG consideró que, si se utiliza una inyección en bolo IV, se prefiere una velocidad de inyección lenta, y debe evitarse una velocidad de inyección rápida.
- El GDG señaló que la combinación de una infusión de oxitocina después de un bolo inicial IV de oxitocina después de un nacimiento por cesárea reduce la necesidad de agentes uterotónicos adicionales, pero no afecta la frecuencia global de hemorragia obstétrica grave.
- El GDG señaló que la carbetocina está asociada con una reducción en el uso de agentes uterotónicos adicionales, pero sin ninguna diferencia en la frecuencia de hemorragia obstétrica grave. Asimismo, el GDG señaló que el uso de carbetocina es considerablemente más costoso que la oxitocina. Esta observación se aplica de igual modo a los partos vaginales.

13. La oxitocina intravenosa es el uterotónico recomendado para el tratamiento de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada)

14. Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de ergometrina intravenosa, una dosis fija de oxitocina-ergometrina o prostaglandinas sintéticas (incluido misoprostol sublingual, 800 µg). (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad baja)

Observaciones

- El GDG recomendó la administración de oxitocina IV como el uterotónico de primera línea para el tratamiento de la HPP, incluso cuando las mujeres ya han recibido este medicamento como profilaxis para la HPP.
- El GDG reconoció que es posible que no se disponga de oxitocina IV en todos los lugares. Solicita a las personas encargadas de tomar decisiones relacionadas con la atención de la salud en estos lugares que se esfuercen para lograr que se disponga de oxitocina.
- En los lugares en los que no se dispone de oxitocina IV para las mujeres que han recibido oxitocina IM profiláctica durante el alumbramiento, el GDG consideró que el misoprostol es una alternativa válida.
 - Si se ha administrado profilaxis con misoprostol para la HPP y no se dispone de agentes uterotónicos inyectables, no hay suficientes pruebas científicas para guiar la continuación de la administración de dosis de misoprostol, y se debe considerar el riesgo de posible toxicidad.
 - No hay beneficios adicionales en la administración simultánea de misoprostol a mujeres que reciben oxitocina para el tratamiento de la HPP (es decir, complemento de misoprostol).
- El GDG señaló que los dos estudios clínicos más grandes sobre misoprostol para el tratamiento de la HPP (Winikoff 2010, Blum 2010) informaron el uso de una dosis de 800 µg administrada por vía sublingual. La mayoría de los miembros del GDG aceptaron que 800 µg es una dosis aceptable de misoprostol sublingual para el tratamiento de la HPP, aunque algunos miembros del GDG manifestaron preocupación respecto del riesgo de hiperpirexia asociada con esta dosis.
- Si se ha utilizado oxitocina IV para el tratamiento de la HPP y el sangrado no se detiene, no hay suficientes datos para recomendar preferencias para un tratamiento con uterotónicos de segunda línea. Las decisiones en dichas situaciones deben guiarse por la experiencia del prestador, la disponibilidad de los medicamentos y las contraindicaciones conocidas.

- En las situaciones en las que puede administrarse oxitocina IM y no hay posibilidad de administrar un tratamiento IV con alcaloides del cornezuelo de centeno/prostaglandinas inyectables, no hay datos suficientes para recomendar la preferencia de la oxitocina IM sobre el misoprostol u otros agentes uterotónicos. Las decisiones en dichas situaciones deben guiarse por la experiencia del prestador, la disponibilidad de los medicamentos y las contraindicaciones conocidas.

8.7 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPP: REANIMACIÓN CON LÍQUIDOS Y ÁCIDO TRANEXÁMICO.

15. Se recomienda el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación con líquidos intravenosos de las mujeres con HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad baja)

16. Se recomienda el uso de ácido tranexámico para el tratamiento de la HPP si la oxitocina y otros agentes uterotónicos no logran detener el sangrado o si se considera que el sangrado podría deberse, en parte, a un traumatismo. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad moderada)

Observaciones

- Las pruebas científicas para la recomendación de la administración de ácido tranexámico se extrapolaron de la bibliografía sobre cirugía y traumatismo; estas demuestran que el ácido tranexámico es una opción segura para el tratamiento del sangrado relacionado con un traumatismo. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto

Recomendaciones para el tratamiento de la HPP: maniobras y otros procedimientos.

17. Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad muy baja)

18. Si las mujeres no responden al tratamiento con agentes uterotónicos, o si no se dispone de agentes uterotónicos, se recomienda el uso de taponamiento con balón

intrauterino para el tratamiento de la HPP por atonía uterina. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

19. Si otras medidas han fracasado y se dispone de los recursos necesarios, se recomienda el uso de embolización de la arteria uterina como tratamiento para la HPP por atonía uterina. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

20. Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y de otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad muy baja)

21. Se recomienda el uso de compresión uterina bimanual como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

22. Se recomienda el uso de compresión aórtica externa para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal, como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

23. Se recomienda el uso de prendas no neumáticas antishock, como medida temporaria hasta que se disponga de la atención apropiada. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad baja)

24. No se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino para el tratamiento de la HPP por atonía uterina después de un parto vaginal. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

Observaciones

- El GDG señaló que la aplicación de estas intervenciones requiere capacitación y que se han informado molestias maternas y complicaciones asociadas con estos procedimientos.

- El masaje uterino es una medida terapéutica que se define como el frotamiento del útero mediante el masaje manual del abdomen. Por lo general, el masaje se continúa hasta que el sangrado se detiene o el útero se contrae. El GDP consideró que el masaje uterino debe comenzarse una vez que se ha diagnosticado HPP.
- El frotamiento inicial del útero y la extracción de coágulos de sangre no se consideran masaje uterino terapéutico.
- Cuando se calificó la recomendación n.º 17 como “fuerte”, se tuvieron en cuenta el bajo costo y la seguridad del masaje uterino.
- El GDG consideró que el uso de taponamiento con balón es una medida que potencialmente puede evitar la cirugía o una medida temporaria mientras se espera el traslado a un establecimiento de mayor complejidad. El GDG reconoce que el taponamiento con balón puede obtenerse con dispositivos específicos, así como con adaptaciones de menor costo, incluidas aquellas basadas en el uso de preservativos y guantes quirúrgicos.
- El GDG señaló que se necesitan muchos recursos para la embolización de la arteria uterina en cuanto al costo del tratamiento, las instalaciones y la capacitación del personal sanitario.
- El GDG señaló que, primero, deben probarse métodos quirúrgicos conservadores. Si estos no funcionan, deben realizarse procedimientos más invasivos. Por ejemplo, se puede intentar realizar suturas de compresión como primera intervención y, si estas fallan, entonces se puede intentar la ligadura de los vasos uterinos, útero-ováricos e hipogástricos. Si el sangrado potencialmente mortal continúa incluso después de la ligadura, debe realizarse la histerectomía subtotal (conocida también como supracervical) o total. (Continúa en la página siguiente) Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto 21
- El GDG reconoció que el nivel de las habilidades del prestador de salud jugará un papel importante en la selección y la secuencia de las intervenciones quirúrgicas.

- Desde hace mucho tiempo se ha recomendado la compresión aórtica externa como una técnica que puede evitar la muerte, y la compresión mecánica de la aorta, si es satisfactoria, disminuye la pérdida de sangre. El GDG destacó la importancia de este procedimiento como medida temporaria en el tratamiento de la HPP.
- El GDG señaló que hay investigaciones en curso que evalúan los posibles daños y beneficios de las prendas no neumáticas antishock. En función de las pruebas científicas disponibles, el GDG consideró las prendas no neumáticas antishock como una medida temporaria mientras se espera el traslado.
- El GDG señaló que no había pruebas científicas en cuanto al beneficio del taponamiento uterino y destacó la importancia de las preocupaciones respecto de su posible daño.

8.8 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POST-PARTO.

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

Se define como una intervención enfermera a “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

INTERVENCION ENFERMERA DIRECTA:

Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o l familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

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

INTERVENCION DE ENFERMERIA INDIRECTA:

Es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en el beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

8.9 ACCIONES DE ENFERMERIA INDEPENDIENTES EN PACIENTES CON HEMORRAGIAS POSTPARTO:

Ante la evidencia de una hemorragia el objetivo primordial de los cuidados de enfermería en el puerperio inmediatos es hacer la valoración del proceso de parto, intervenciones y estado de la placenta, perdidas hemáticas, altura uterina y consistencia del fondo uterino, episiotomía y estado del periné, presencia de entuerto o dolor perineal.

Según las alteraciones encontradas, debe realizar las acciones siguientes:

a) Masaje del fondo del útero hasta que este firme. b) Vaciar el útero de coágulos c) Estimar la cantidad de hemorragia d) Controlar el vaciado de la vejiga y/o practicar cateterismo vesical. e) Control de signos vitales cada 5 o 15 min. f) Enviar al laboratorio solicitud de pruebas de coagulación g) Observar si existe palidez, piel fresca y húmeda h) Si la hemorragia persiste, y se acompaña el resto de las manifestaciones por el cuadro clínico de shock hay que avisar inmediatamente al equipo médico.

La eficacia de las intervenciones de enfermería con relación a las hemorragias y choque se evalúan sobre el fundamento de la prevención de los trastornos y de la respuesta al tratamiento, estos son los siguientes:

a) El fondo uterino adquiere firmeza, con loquios normales. b) La paciente no sufre choque hipovolémico. c) Los signos vitales de la paciente se estabilizan. d) La paciente elimina cantidades adecuadas. e) La paciente expresa confianza en su recuperación. f) La paciente no desarrolla infecciones.

9.CONCLUSIÓN.

En base a la investigación realizada y mostrada en este documento, se trata de dar a conocer y hacer entender a la paciente y al público en general, lo que es una hemorragia postparto, todo lo que engloba desde que se conoce la mujer como embarazada hasta las complicaciones más severas que pudiera tener.

Dentro de ella se hace mención de los objetivos logrados, que fueron mostrar tanto a la paciente como a la familia acompañante los cuidados que se deben brindar tanto dentro como fuera de la unidad hospitalaria, los cuidados que se deben tener, las acciones que realiza la enfermera para el completo bienestar de la paciente como tal.

Dando así respuesta a la pregunta planteada al principio de la investigación, logrando el objetivo propuesto es que los cuidados mencionados en ella son los cuales nos ayudan bajar el índice de mortalidad en algunas de las áreas intrahospitalarias, poniendo en práctica estos conocimientos y cuidados empleados en ella.

Los resultados mostrados en las encuestas mencionadas es que la gran mayoría de las personas entrevistadas son personal de la salud que ciertamente aplican estos cuidados y estas atenciones a las pacientes, cabe mencionar que esta investigación se realizó con el objetivo de mejorar la atención y proporcionar los cuidados necesarios para ellas mismas, así como para las pacientes.

Se logra el objetivo mencionado y se queda con una buena satisfacción la presentación de este trabajo para el lector como interés para poder aplicarlo en su vida cotidiana y a los que están emergido en el sector salud como dato de aprendizaje a la aplicación de esta, haciendo mención que la enfermera es parte de esta investigación, así como de los cuidados brindados.

10. BIBLIOGRAFÍA.

10.1 BÁSICA.

- Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings.

International Journal of Gynecology and Obstetrics, 11 (2017), pp. 108-118

- Donoso S Enrique, Carvajal C Jorge A. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5 (objetivo del Milenio). Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2015 Oct; 140(10): 1253-1262.
- -A. Patel, *et al.*

Drape estimation vs. visual assesment for estimating postparum hemorrhage.

International Journal of Gynecology and Obstetrics, 93 (2015), pp. 220-224

- C.M. Begley, G.M. Gyte, D.J. Murphy, D. Devane, S.J. McDonald, W. McGuire.

Active versus expectant management for women in the third stage of labour.

Cochrane Database Syst Rev., (2017), pp. CD007412

- W.J. Prendiville, J.E. Harding, D.R. Elbourne, G.M. Stirrat.

The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour.

- Rogers, J. Wood, R. McCandlish, S. Ayers, A. Truesdale, D. Elbourne.

Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial.

Lancet, 351 (2017), pp. 693-699

- N.T. Mshweshwe, G.J. Hofmeyr, A.M. Gülmezoglu.

Controlled cord traction for the third stage of labour.

Cochrane Database of Systematic Reviews, (2017),

Issue 3.1.Art. No.: CD008020

- G.J. Hofmeyr, H. Abdel-Aleem, M.A. Abdel-Aleem.

Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage.

Cochrane Database of Systematic Reviews., (2015),

In review process

- C. Georgiou.

Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review.

BJOG, 116 (2016), pp. 748-757

- F. D'Antonio, C. Iacovella, A. Bhide.

Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis.

Ultrasound Obstet Gynecol, 42 (2017), pp. 509

- C.N. Steins Biddchop, T.P. Schaap, T.E. Vogelvang, P.C. Scholten.

Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review.

Arch Gynecol Obstet, 284 (2018), pp. 491

- M. Provansal, B. Courbiere, A. Agostini, *et al.*

Fertility and obstetric outcome after conservative treatment of placenta accreta.

Int J Gynaecol Obstet, 109 (2016), pp. 147

- L. Sentilhes, G. Kayem, C. Ambroselli, *et al.*

Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta.

Hum Reprod, 25 (2018), pp. 2803

- H. Amsalem, J.C. Kingdom, D. Farine, *et al.*

Planned caesarean hysterectomy versus "conserving" caesarean section in patients with placenta accreta.

J Obstet Gynaecol Can, 33 (2016), pp. 1005

Medline

- K. Elsayes, A. Trout, A. Friedkin, P. Liu, R. Bude, J. Platt, C. Menias.

Imaging of the Placenta: A Multimodality Pictorial Review.

RadioGraphics, 29 (2009), pp. 1371-1380

- C. Baughman, J. Corteville, R. Shah.

Placenta Accreta Spectrum of US and MR Imaging Findings.

RadioGraphics, 28 (2017).

- Lee, *et al.*

Identification of bleeding sites in patients with postpartum hemorrhage: MDCT compared with angiography.

AJR, 194 (2017), pp. 383-390

- Y.N. Bakri, A. Amri.

Abdul Jabbar FSO Tamponade-balloon for obstetrical bleeding.

Int J Gynaecol Obstet, 74 (2017), pp. 139-142

- C. B-Lynch, A. Coker, A.H. Lawal, J. Abu, M.J. Cowen.

The B-Lynch Surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported.

Br J Obstet Gynaecol, 104 (2016), pp. 372-375

- E. El-Hamamy, C.A. B-Lynch.

worldwide review of the uses of the uterine compression suture techniques as alternative to hysterectomy in the management of severe post-partum haemorrhage.

J Obstet Gynaecol, 25 (2016), pp. 143-149

- J. Salvat, M.H. Schmidt, M. Guilbert, A. Martino.

[Vascular ligation for severe obstetrical hemorrhage: review of the literature].

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)., 31 (2016), pp. 629-639

Nov, [Article in French]

- B.J. Brown, K.D. Heaston, *et al.*

Uncontrollable postpartum bleeding: a new approach to hemostasis through angiographic arterial embolization.

Obstet Gynecol, 54 (2017), pp. 361-365

- C. Shellie.

Obstetric and Gynecologic Emergencies: A review of indications and interventional techniques.

Seminars in Interventional Radiology., 25 (2016), pp. 337-346

December

- Jonathan H. Waters, Charles Biscoti, Paul S. Potters.

Amniotic fluid removal during cell salvage in the cesarian section patient.

Anesthesiology, 92 (2017), pp. 1531-1536

Medline

- Katsuyoshi Kune, Yasuo M. Tsutsumi.

A case of placenta percreta with massive hemorrhage during cesarean section. *The Journal of medical investigation*.

Vol 61, 12 (2018), pp. 208-212

- Rich F., Indraccolo J.R. Autologous blood collection in pregnancy Prospective study (abstract) *Minerva ginecol* 995 Sept; 47 (9) : 355-63.
- G. Marco Guerrero.

Enfrentamiento médico legal del paciente testigo de Jehová - Rev.

Médica Clínica Las Condes, 22 (2017), pp. 397-403

- Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2016).
- Allan J. Causes and treatment of postpartum haemorrhage (actualizado en 2018).
- *Obstetrics and Gynecology: An illustrated colour text. Postpartum haemorrhage and abnormalities of the third stage of labour 2016: 60-62*
- Smith JR, Brennan BG. Postpartum haemorrhage.
- Begley CM, Devane D, Murphy DJ et al. Active versus expectant Management for women in the third stage of labour. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016
- Lin-Lin S, Yap-Seng C, Miny S. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016
- Mousa HA, Alfirevic Z. Treatments for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017
- Ahonen J, Jokela R. Recombinant factor VII for life-threatening postpartum haemorrhage. *Br J Anaesth* 2005; 94: 553-555.
- *Williams Obstetrics and Gynecology*. 22^a edición. Capítulo 35, 2017.

- Khan H. HELLP Syndrome Treatment & Management. *Medscape Reference*. 2018.
- HELLP Syndrome. *American Pregnancy Association*. 2018
- Roelofsen AC, van Pampus MG, Aarnoudse JG. The HELLP-syndrome; maternal-fetal outcome and follow up of infants. *J Perinat Med*. 2018; 31(3):201-208.

- Kändler C et al. Prognosis of children born to mothers with HELLP-syndrome. *J Perinat Med.* 2018; 26(6):486-490.
- Hye Yeon Kim et al. Neonatal Outcome after Preterm Delivery in HELLP Syndrome. *Yonsei Med J.* June 30, 2018.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016;387(10017):462-74.
- Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017. 192:342–349.
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health.* 2014;2(6): e323-e333.
- UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015.
- Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al.. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-30.
- Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015.

10.2 COMPLEMENTARIA.

- Burton GJ, Sibley CP, Jauniaux ERM. Placental anatomy and physiology. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 1.
- Kaiser U, Ho KKY. Pituitary physiology and diagnostic evaluation. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 8.
- Molitch ME. Pituitary and adrenal disorders in pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 43.
- Nader S. Other endocrine disorders of pregnancy. In: Resnik R, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, Copel JA, Silver RM, eds. *Creeasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 62.
- Sheehan HL. Postpartum necrosis of anterior pituitary. *J Pathol Bact* 1937;45:189-214.
- Soares DV, Conceição FL, Vaisman M. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da síndrome de Sheehan. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2017;58:872-8.
- Yamada M, Mori M. Mechanisms related to the pathophysiology and management of central hypothyroidism. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2015;4:683-94.
- Feinberg EC, Molitch ME, Endres LK, Peaceman AM. The incidence of Sheehan's syndrome after obstetric hemorrhage. *Fertil Steril* 2016;84:975-9.
- Ozkan Y, Colak R. Sheehan syndrome: clinical and laboratory evaluation of 20 cases. *Neuro Endocrinol Lett* 2017;26:257-60.
- Kovacks K. Sheehan syndrome. *Lancet* 2016;361:520-2. 7. Shrager S, Sabo L. Sheehan syndrome: a rare complication of postpartum hemorrhage. *J Am Board Fam Pract* 2017;14:389-91.

11. GLOSARIO.

A

Atonía uterina: Grave complicación que se presenta especialmente en el posparto inmediato y se manifiesta por sangrado abundante. Es una causa importante de muerte materna y debe ser tratada con prontitud incluyendo medidas como reposición adecuada del volumen sanguíneo, uso de sustancias uterotónicas, masaje uterino, entre otros.

Amniocentesis: Procedimiento invasivo mediante el cual se introduce una aguja a la cavidad amniótica con diferentes propósitos. Obtener muestras de líquido amniótico para estudio microbiológico, genético, para espectrofotometría, entre otros. Practicar drenaje de líquido amniótico en casos de polihidramnios o realizar tratamientos como en la isoimmunización Rh.

Amenorrea: Estrictamente se define como la ausencia de menstruación durante tres meses (noventa días) o más, en la práctica se denomina amenorrea a la falta de la menstruación y así se habla de amenorrea de seis semanas, amenorrea primaria, amenorrea secundaria. Cuando la ausencia de menstruación es menor a tres meses realmente debiera hablarse de oligomenorrea.

Alumbramiento: Tercer período del parto en el cual se expulsa la placenta. En la actualidad se practica el alumbramiento activo en el que se aplica oxitocina después de la ligadura del cordón umbilical.

Acretismo placentario: Adherencia anormal de la placenta que se relaciona con la hemorragia posparto y la necesidad de histerectomía periparto. Son factores predisponentes las cesáreas previas, la placenta previa, los curetajes o cirugías uterinas, la edad de la paciente, la multiparidad, entre otros.

B

Bacteriuria asintomática: Es la presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonias por mililitro de orina de bacterias predominantemente gram negativas. Sin excepción deben ser tratadas durante el embarazo porque pueden convertirse en infecciones serias que pongan en riesgo la vida de la madre y el feto.

Biamniótico: Gestación múltiple en la cual existen dos sacos gestacionales.

Bicoriónico: Gestación múltiple en la cual existen dos placentas lo cual se relaciona con menor frecuencia de complicaciones como la transfusión feto-fetal, el crecimiento discordante, el hidramnios, entre otras, que son propias del embarazo gemelar monocoriónico.

Borramiento: Pérdida de la longitud del cuello durante el trabajo de parto. El cérvix que se ha reblandecido se acorta y simultáneamente se dilata para permitir la salida del feto.

C

Coluria: Presencia de bilis en la orina confundida frecuentemente con las orinas hiperpigmentadas que pueden acompañar algunos trastornos o la ingestión de ciertas sustancias.

Cotiledones: Son las partes que componen la placenta y constituyen los lóbulos.

Cordocentesis: Procedimiento invasivo, guiado por ultrasonido en el cual se punciona el cordón umbilical para la toma de muestras y/o la transfusión intrauterina.

Coluria: Presencia de bilis en la orina confundida frecuentemente con las orinas hiperpigmentadas que pueden acompañar algunos trastornos o la ingestión de ciertas sustancias.

Coliformes: Gérmenes Gram negativos emparentados con la Escherichia Coli. Se caracterizan por la colonización del tracto urinario y participar de otros procesos infecciosos como la sepsis. Una endotoxina es responsable de muchos de sus efectos patógenos.

D

Diabetes Gestacional: Es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable que se manifiesta sólo durante la gestación, como consecuencia de la incapacidad funcional para responder a las demandas metabólicas causadas por la actividad

antiinsulina de las hormonas producidas en la gestación, principalmente después de la segunda mitad del embarazo.

Dilatación cervical: Apertura progresiva del cuello uterino que tiene lugar durante el primer período del parto. Se gradúa de 0 a 10 centímetros (dilatación completa). Al completar la dilatación generalmente se inicia el segundo período del parto o expulsivo.

Disuria: Dolor o ardor que se presenta al orinar en presencia de uretritis o cistitis.

Depuración de Creatinina: El valor normal de este examen en el embarazo asciende hasta 130 mil/min mientras en la mujer no grávida tiene un valor de 70mil/min. Puede estar muy disminuido en la preeclampsia pues uno de los órganos blanco que más se altera es el riñón.

E

Eclampsia: Presencia de convulsiones y/o coma en una mujer con cuadro de preeclampsia. Se acompaña de altas tasas de morbilidad maternas y perinatales. Se aconseja la terminación del embarazo una vez estabilizada la paciente y se conozcan los resultados de los paraclínicos.

Edema: Es la presencia de líquido por fuera del espacio intravascular que puede localizarse especialmente en miembros inferiores, manos, cara, cavidad pleural, cavidad abdominal o pared abdominal.

Embarazo Postérmino: Es toda gestación que dura más de 42 semanas.

H

HELLP: Síndrome que se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia, corresponde a un cuadro de preeclampsia grave.

Hematuria: Es la presencia de sangre en la orina. Puede ser por contaminación en pacientes que presentan amenaza de aborto o amenaza de parto prematuro, pero también puede corresponder a una cistitis hemorrágica o hacer parte del cuadro clínico de una enfermedad sistémica entre otras causas.

Hidramnios: También denominado polihidramnios. Para su diagnóstico se emplea el índice de líquido amniótico (ILA) o índice de Phelan. Corresponde al aumento del líquido amniótico y se relaciona con enfermedades como la diabetes, la isoimmunización Rh, el embarazo gemelar y las malformaciones fetales, entre otras.

Hiperplacentosis: Placenta grande, aumentada de tamaño que se presenta con frecuencia en mujeres con isoimmunización Rh.

Hidrops fetalis: Se define como la presencia de dos colecciones líquidas en el feto, por ejemplo, derrame pleural y edema de cuero cabelludo ó ascitis y derrame pericárdico. Puede ser de origen inmune o no inmune.

I

Índice de Bishop: Forma de evaluar las condiciones para una inducción del parto en la cual se tienen en cuenta la dilatación, la estación, el borramiento, la posición y la consistencia del cuello. Un Bishop mayor de seis indica un buen pronóstico.

Infección del tracto urinario: Nombre genérico que se emplea para referirnos a las diversas infecciones urinarias. Durante el embarazo se deben buscar activamente mediante el citoquímico de orina y el urocultivo pues son causa común de complicaciones de la gestación.

Isoimmunización Rh: Complicación que provoca una anemia hemolítica en el feto y el recién nacido. La madre Rh negativa, en gestaciones previas ha desarrollado anticuerpos contra los glóbulos rojos Rh positivos y en un embarazo posterior estos anticuerpos destruyen los eritrocitos del feto Rh positivo.

L

Leucocitosis: El aumento del número de leucocitos en el embarazo normal y en el puerperio hace más difícil el diagnóstico de procesos infecciosos en particular la apendicitis, la amnionitis y la endometritis puerperal. No es infrecuente el recuento de

leucocitos de 10 o 14 mil en el embarazo normal y recuentos "leucemoides" de 20.000 o más en el posparto.

Leucocituria: Presencia de leucocitos en la orina. Mientras no haya contaminación en no embarazadas más de cinco leucocitos indican infección y más de diez lo hacen en la embarazada.

M

Macrosomía: Peso muy grande con relación a la edad gestacional. Para un embarazo de término se considera el superior a 4.000 gramos. Son causa de macrosomía condiciones clínicas como la diabetes y el embarazo postérmino.

Monoamniótico: Embarazo múltiple en el cual solo existe un saco gestacional.

Mortinato

Recién nacido que nace muerto. Su frecuencia está aumentada en el embarazo múltiple pero también se relaciona con distintos padecimientos como la diabetes, el síndrome hipertensivo asociado al embarazo, la isoimmunización Rh, la sífilis, entre otros.

N

Nicturia: Necesidad de levantarse en la noche a orinar en varias ocasiones.

Nitritos Positivos: La presencia de nitritos en orina sugiere infección urinaria.

O

Oxitocina: Sustancia producida en el hipotálamo que se almacena en la hipófisis y tiene que ver con las contracciones uterinas. Se produce sintéticamente y se comercializa en nuestro medio como pitocin o syntocinón. Se consigue en ampollas de 1ml. por cinco y diez unidades.

O`Sullivan: Examen de tamización para diabetes mellitus durante la gestación. Se administran 50 gramos de glucosa y se determina el nivel de glicemia a la hora. Valores mayores a 140mg % se consideran positivos y entonces se debe realizar una curva de 3horas previa administración de 100 gramos de glucosa. Si se disminuye el valor normal a 135mg % se aumenta la sensibilidad del O`sullivan.

P

Peso discordante: En el embarazo gemelar puede suceder que los fetos tengan una diferencia de peso mayor del 20%, situación que pone en riesgo al gemelo de menor peso y de acuerdo a la placentación si ocurre la muerte de un gemelo, el sobreviviente quedará en grave peligro.

Pielonefritis: En esta infección se compromete el riñón y ya los síntomas son más graves. Generalmente se presenta con fiebre, escalofríos, cefalea, dolores osteomusculares y en las fosas renales en mujeres embarazadas es causa común de sepsis.

Piuria: Literalmente presencia de pus en la orina.

Placenta Previa

Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior por delante de la presentación fetal.

Podálica: Presentación fetal en la cual lo primero que aparece en la pelvis materna son las nalgas, la pelvis fetal o los miembros inferiores. Se distinguen tres tipos la franca de nalgas, la podálica completa y la podálica incompleta.

R

Reproducción asistida: Nombre genérico para designar diferentes técnicas utilizadas en infertilidad entre las cuales se destacan la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la transferencia embrionaria.

Resistencia bacteriana: Los microorganismos han desarrollado diferentes mecanismos contra la acción de los antibióticos. Es frecuente la resistencia de los coliformes a

distintos medicamentos como la gentamicina, ampicilina y cefalosporinas de primera generación por lo cual el tratamiento de las infecciones urinarias, por ejemplo, exige el empleo de otros agentes antimicrobianos.

S

Segmento uterino: Sitio anatómico localizado entre el cérvix y el cuerpo del útero que se adelgaza bastante durante el trabajo de parto. Es importante porque allí se practica la histerotomía en la cesárea segmentaria y en esta parte del útero se producen la mayoría de las rupturas uterinas durante el trabajo de parto y el expulsivo.

Sensibilidad: Es la respuesta adecuada a los antibióticos de los distintos microorganismos. Los estreptococos betahemolíticos siguen siendo altamente sensibles a la penicilina benzática.

Serología: Examen contemplado en la resolución 412 del ministerio de protección social que debe realizarse a todas las mujeres grávidas en el primer control prenatal, alrededor de la semana 28 y en el momento del parto. El término más preciso es VDRL y corresponde a una prueba no treponémica para sífilis.

Síndrome HELLP: Significa hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas por sus siglas en inglés. Significa preeclampsia grave y se debe considerar la terminación de la gestación.

Sulfato de Magnesio: Sustancia ampliamente usada en obstetricia para prevenir las convulsiones eclámpticas y en la amenaza de parto prematuro. Se disuelven 5 ampollas al 20%(10gramos) en 500cc de solución salina y se pasa la mitad en unos 30 minutos y luego en bomba de infusión a 110cc/hora.

T

Tenesmo vesical: Sensación de no haber evacuado suficientemente la vejiga.

Terbutalina:

Fármaco perteneciente al grupo de los betamiméticos utilizado en amenaza de parto prematuro. Tiene muchos efectos secundarios entre los cuales se destacan por su gravedad el edema agudo de pulmón y las arritmias. Debe ser usado siempre en bomba

de infusión, la dosis mínima terapéutica es de 5ug/minuto. No se recomienda la vía oral en amenaza de parto prematuro.

Tinnitus: Uno de los signos premonitorios que puede presentar la paciente con preeclampsia

U

Uremia: Aumento de los azoados en sangre. Se presenta en pacientes con insuficiencia renal y es la principal causa de muerte en personas con cáncer de cérvix.

Urocultivo: Procedimiento que permite la recuperación de los gérmenes que están produciendo las infecciones del tracto urinario.

Urosepsis: Corresponde a la sepsis de origen urinario. En la gestación se debe tener muy en cuenta porque puede constituirse en una causa de muerte. La materna no mejora con el tratamiento médico empieza a manifestar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y puede llegar a este estado que exige un manejo interdisciplinario ojalá en unidad de cuidados intensivos.

V

Vaginoscopia: Procedimiento diagnóstico que hace parte de la cotidianidad en el examen ginecológico. Debe ser practicado con mucha delicadeza y respeto por la paciente. Erróneamente se le denomina especuloscopia. Es muy útil en la evaluación de pacientes con sangrado vaginal, leucorreas, dolor pélvico y en sospecha de ruptura prematura de membranas

12.ANEXOS.

 TRIAGE OBSTÉTRICO		
Observa, interroga y mide		
ROJO	AMARILLO	VERDE
ATENCIÓN INMEDIATA	ATENCIÓN 0-15 min	ATENCIÓN 15-30 min
OBSERVO HEMODINAMIA TENSIÓN ARTERIAL Abundante ESTADO DE CONCIENCIA Somnoliento, Exagerada Irritabilidad FICHA CONSULTA (Historia clínica) LITRONEO (Incidencias) (última)	OBSERVO HEMODINAMIA TENSIÓN ARTERIAL Moderada CONSCIENTE NO OJOS CONJUGADOS NO ALTERACIONES RESPIRATORIAS FIEBRE	OBSERVO HEMODINAMIA TENSIÓN ARTERIAL Buena CONSCIENTE NO OJOS CONJUGADOS NO ALTERACIONES RESPIRATORIAS COLORECIÓN NORMAL
INTERROGO ¿Respiración abundante? ¿Café? ¿Cerebeloso? ¿Borramiento algiar? ¿Anisocoria - Pupila? ¿Fiebre?	INTERROGO ¿Pielosa (no debe haber)?? ¿Cefalea (no palpable)? ¿Riesgo peritonitis? ¿Riesgo respiratorio? ¿Anisocoria - Pupila? Fiebre ¿Anisocoria pupilar asociada? ¿Fiebre de origen infeccioso o no?	INTERROGO ¿Riesgo coagulaciones, etc.?? ¿Respiración, ingesta, etc.?? ¿Anisocoria - Pupila?? MOVIMIENTOS FETALES Presentes Sin pérdida de líquido amniótico
MIDO F.C. Fetal Mayor a 100 a menor de 100 X TA Mayor a 120 a más 90-100 a menos F.C. Materna Mayor a 100 a Menor a 50 X F.F. Mayor a 34x Menor a 24x TEMPERATURA Mayor a 38 Grados Menor a 35 Grados INDICE DE CHOCUE Mayor a 3,0 (LITRONEO)	MIDO F.C. Fetal 90 - 100 X / 100 - 100 X TA 100/100-140/100 90/50 a 90/50 F.C. Materna 100 a 100 X 50 a 60 X F.F. 20 - 24 x 12 - 16 x TEMPERATURA 37,0 - 38,0 grados 35 - 36 grados INDICE DE CHOCUE 0,1 a 2,0 (LITRONEO)	MIDO F.C. Fetal 100 - 160 X TA 100/100 100/90 F.C. Materna 60 - 100 X F.F. 16-20 x TEMPERATURA 36,5 - 37,5 grados
Activar código rojo y IDRO	Valoración clínica Confirma código y realiza	Paso a consulta habitual con datos de alarma

ICAMEO

