



Nombre del Alumno: Juan Manuel Jiménez Alvarez.

Nombre del tema: Patologías de atención inmediata en el triage
obstétrico (código rojo)

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres.

Nombre del profesor: Cecilia de la cruz Sánchez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 7°

Parcial: 1°

Hemorragia Obstétrica (Hemorragia Postparto)

Concepto:

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea de origen genital que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio, y constituye la principal causa de muerte materna a nivel mundial. Se considera hemorragia postparto cuando la pérdida supera los 500 ml en el parto vaginal o 1000 ml en la cesárea, o bien cuando existe cualquier grado de pérdida sanguínea que condicione signos de inestabilidad hemodinámica materna, independientemente del volumen cuantificado.

- Se clasifica en **hemorragia postparto primaria** (primeras 24 h) y **secundaria** (24 h – 12 semanas).

Etiología: (4T)

- Tono** (70-80%): atonía uterina.
- Tejido** (10%): retención de restos placentarios o membranas.
- Trauma** (20%): laceraciones, hematomas pélvicos, inversión uterina.
- Trombina** (1%): coagulopatías (CID, hemofilia, púrpura trombocitopénica).

Factores de riesgo: multiparidad, polihidramnios, parto prolongado, uso de oxitocina, corioamnionitis, placenta previa o acreta, cesárea previa, macrosomía fetal.

Fisiopatología:

- El lecho placentario normalmente se ocluye con contracción uterina. Cuando el útero no se contrae (atonía), los vasos permanecen abiertos, generando hemorragia profusa.
- Hipovolemia progresiva → activación del sistema simpático → taquicardia, vasoconstricción → hipoperfusión renal y cerebral → shock hemorrágico → CID → falla multiorgánica.

Cuadro clínico:

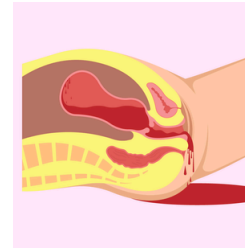
- Pérdida de sangre ≥ 500 ml tras parto vaginal o ≥ 1000 ml tras cesárea.
- Sangrado abundante, continuo o intermitente, a veces acompañado de coágulos grandes.
- Taquicardia, hipotensión, palidez, sudoración fría, mareo, lipotimia.
- Útero blando (atónico), dolor abdominal difuso o sensación de plenitud.
- En casos graves:** shock hipovolémico, disminución del gasto urinario, confusión, pérdida de conciencia.

Diagnóstico:

- Clínico:**
 - Sangrado vaginal abundante tras el parto (>500 ml en parto vaginal, >1000 ml en cesárea).
 - Útero blando (atónico), hipotensión, taquicardia, palidez, mareo.
- Paraclínico:**
 - Hemograma: disminución de hemoglobina y hematocrito.
 - Pruebas de coagulación si se sospecha coagulopatía.
 - Ultrasonido: descartar restos placentarios retenidos.

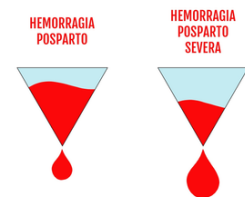
Tratamiento:

- Masaje uterino bimanual inmediato.
- Canalizar 2 vías venosas gruesas.
- Administración de uterotónicos:** oxitocina IV, metilergonovina, carboprost, misoprostol.
- Taponamiento uterino** (balón de Bakri, sondas Foley múltiples).
- Cirugía:** sutura compresiva (B-Lynch), ligadura de arterias uterinas, histerectomía obstétrica.
- Reposición rápida de líquidos (2 L cristaloideos).
- Transfusión de sangre y hemoderivados.
- Oxigenoterapia.



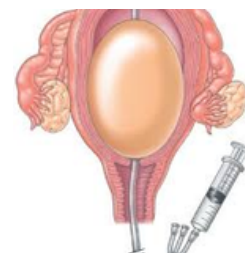
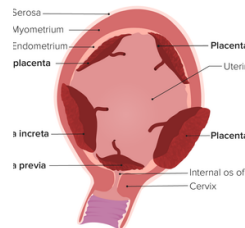
Intervenciones de Enfermería:

- Monitorización hemodinámica:** controlar signos vitales cada 5–15 min hasta estabilidad.
- Evaluación del sangrado:** cuantificar pérdida sanguínea, observar color, consistencia y frecuencia.
- Masaje uterino bimanual:** realizar según indicación médica para estimular contracción uterina.
- Administración de medicamentos:** oxitocina u otros uterotónicos según indicación médica.
- Reposición de líquidos y transfusión:** preparar y administrar IV según protocolo.
- Prevención de shock:** colocar a la paciente en posición supina con piernas elevadas si hipotensa.
- Apoyo emocional:** explicar procedimientos y mantener calma de la paciente y familiares.



Cuidados de Enfermería:

- Vigilar de forma estricta los signos vitales y detectar signos tempranos de shock hipovolémico.
- Observar y cuantificar el sangrado vaginal y registrar cambios.
- Mantener vía venosa permeable y asegurar acceso para reposición de líquidos y transfusiones.
- Administrar medicamentos uterotónicos según indicación médica.
- Colocar a la paciente en posición supina con extremidades elevadas para favorecer la perfusión.
- Controlar el llenado capilar y diuresis horaria (colocar sonda vesical si es necesario).
- Proporcionar apoyo emocional a la madre y familiares.
- Preparar material y apoyar al equipo médico en caso de intervención quirúrgica (legrado, histerectomía).



Complicaciones:

- Shock hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Insuficiencia renal aguda por hipoperfusión.
- Síndrome de Sheehan (necrosis hipófisis por hipovolemia severa).
- Anemia aguda y crónica.
- Muerte materna.

Eclampsia

Concepto:

La eclampsia es un síndrome neurológico agudo, grave y potencialmente mortal, caracterizado por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y/o coma, en una mujer embarazada, en trabajo de parto o en el puerperio inmediato, sin que exista otra causa neurológica que explique el evento. Se considera la complicación más seria de la preeclampsia y forma parte de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Este cuadro representa la culminación de un proceso de disfunción endotelial y vasoespástica sistémica que inicia con una placentación anómala, lo que conduce a hipoperfusión placentaria, liberación de factores antiangiogénicos, daño endotelial materno y una cascada de fenómenos inflamatorios y trombóticos que afectan múltiples órganos.

Etiología:

- La causa exacta no se conoce, pero se relaciona con alteraciones endoteliales y vasculares inducidas por la placenta.
- Factores implicados:**
 - Preeclampsia no controlada (hipertensión, proteinuria).
 - Vasoconstricción sistémica y cerebral → isquemia y edema cerebral.
 - Activación de cascadas inflamatorias y de coagulación.
 - Factores de riesgo maternos:** primiparidad, embarazo múltiple, edad materna extrema (<20 o >35), antecedentes de hipertensión crónica o preeclampsia previa, diabetes, obesidad.

Fisiopatología:

El origen está en la disfunción endotelial generalizada:

- Vasoespasmo arterial → isquemia cerebral.
- Aumento de permeabilidad capilar → edema cerebral vasogénico.
- Activación de la cascada inflamatoria y plaquetaria → microangiopatía.

Resultado: excitabilidad neuronal → convulsiones.

Cuadro clínico:

- Crisis convulsivas generalizadas, tónico-clónicas, en una paciente con preeclampsia.
- Hipertensión arterial marcada (>140/90 mmHg) y proteinuria significativa.
- Cefalea intensa, visión borrosa o alteraciones visuales (fotopsias, escotomas).
- Edema generalizado (cara, manos, pies) y sensación de malestar general, náuseas y vómitos.
- Complicaciones graves: hemorragia cerebral, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada (CID).

Diagnóstico:

- Clínico:**
 - Convulsiones generalizadas en gestante con hipertensión y proteinuria, signos de edema y cefalea intensa.
- Paraclínico:**
 - Proteinuria (tira reactiva o cuantitativa >300 mg/24 h).
 - Función renal: creatinina y BUN elevados.
 - Pruebas hepáticas: elevación de transaminasas si hay afectación hepática, hemograma, monitorización fetal.

Tratamiento:

- Estabilización inicial:**
 - Posición lateral izquierda, mantener vía aérea permeable.
 - Monitorización de signos vitales y estado fetal.
- Tratamiento anticonvulsivo:** Sulfato de magnesio IV (fármaco de elección).
- Control de presión arterial:** Labetalol, hidralazina o nifedipino según protocolo.
- Manejo del parto:** Inducción o cesárea según condiciones maternas y fetales, una vez estabilizada la paciente.
- Complicaciones:** vigilancia estrecha de función renal, hepática y coagulación.



Intervenciones de Enfermería:

- Seguridad durante convulsiones:** colocar almohadas para evitar lesiones, proteger vía aérea.
- Monitorización vital:** presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno.
- Administración de fármacos:** sulfato de magnesio IV según indicación, antihipertensivos.
- Vigilancia de signos de complicaciones:** edema, sangrado, alteraciones neurológicas.
- Control de balance hídrico:** registrar ingesta y eliminación, monitorizar diuresis.
- Preparación para parto:** preparar a la paciente y equipo para inducción o cesárea según indicación.
- Apoyo emocional y educativo:** orientar sobre importancia del reposo, medicación y seguimiento postparto.



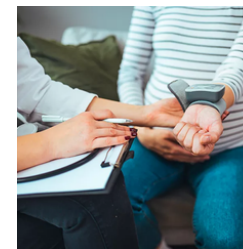
Cuidados de Enfermería:

- Mantener a la paciente en posición lateral izquierda para mejorar retorno venoso y evitar aspiración.
- Control estricto de presión arterial y signos vitales.
- Proteger a la paciente durante la convulsión: alejar objetos, colocar oxígeno, aspirar secreciones si es necesario.
- Administrar y vigilar efectos de sulfato de magnesio (vigilar reflejos, frecuencia respiratoria, diuresis).
- Colocar oxígeno suplementario y monitorizar bienestar fetal.
- Vigilar balance hídrico para evitar sobrecarga circulatoria.
- Mantener ambiente tranquilo, con mínima estimulación lumínica y sonora.
- Preparar a la paciente para la resolución del embarazo (inducción o cesárea).



Complicaciones:

- Edema cerebral, hemorragia intracraneal y déficit neurológico.
- Desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI).
- Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia).
- Insuficiencia renal aguda.
- Edema agudo de pulmón.
- Muerte materna y/o fetal.



Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPPNI)

Concepto:

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) es una complicación obstétrica aguda que se define como la separación parcial o total de una placenta normalmente insertada en el útero, que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto. Esta separación provoca la formación de un hematoma retroplacentario, que interrumpe el intercambio gaseoso y nutricional entre madre e hijo, generando grados variables de hipoxia fetal aguda y hemorragia materna.

Etiología:

- **Trauma abdominal:** accidentes de tránsito, caídas, golpes directos.
- **Alteraciones vasculares y hipertensión:** hipertensión crónica, preeclampsia, estados hipertensivos del embarazo.
- **Consumo de sustancias:** tabaco, cocaína u otras drogas vasoactivas.
- **Factores maternos:** multiparidad, edad materna avanzada (>35 años), historia previa de DPPNI, rotura prematura de membranas.
- **Otros:** enfermedades hematológicas, insuficiencia vascular uteroplacentaria, policitemia fetal, infecciones uterinas.

Fisiopatología:

La ruptura de vasos deciduales genera hemorragia retroplacentaria → formación de hematoma → disección entre placenta y útero → separación progresiva → hipoxia fetal, sufrimiento agudo, muerte fetal.

En casos graves → consumo de factores de coagulación → CID → hemorragia masiva materna.

Cuadro clínico:

- Dolor abdominal intenso, continuo, principalmente en región útero-fondo uterino.
- Sangrado vaginal variable (puede ser escaso o ausente si es retroplacentario).
- Contracciones uterinas frecuentes y dolorosas, abdomen tenso.
- Hipertonía uterina, taquicardia materna y fetal.
- Signos de shock si el sangrado es abundante.
- **Alteraciones fetales:** disminución de movimientos fetales, sufrimiento fetal (bradicardia, desaceleraciones).

Diagnóstico:

- **Clínico:**
 - Dolor abdominal intenso, contracciones frecuentes, abdomen tenso.
 - Sangrado vaginal (variable).
 - Signos de shock, disminución de movimientos fetales.
- **Paraclínico:**
 - Ultrasonido: puede mostrar hematoma retroplacentario (aunque a veces no se visualiza).
 - Monitorización fetal: bradicardia, desaceleraciones.
 - Hemograma: anemia por sangrado.
 - Coagulación: descartar CID en sangrados severos.

Tratamiento:

- **Estabilización materna:**
 - Oxígeno, acceso IV, monitorización de signos vitales, reponer líquidos y sangre según hemorragia.
- **Manejo obstétrico:**
 - Cesárea inmediata si hay sufrimiento fetal o hemorragia materna severa.
 - Parto vaginal solo si desprendimiento leve y estabilidad materno-fetal.
- **Tratamiento de complicaciones:**
 - Control de coagulación: tratar CID si aparece.
 - Analgesia y soporte hemodinámico.



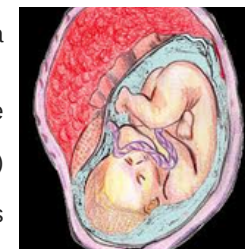
Intervenciones de Enfermería:

- **Evaluación materna y fetal:** signos vitales, contracciones, bienestar fetal (frecuencia cardíaca).
- **Control del sangrado:** observar cantidad y características de sangrado vaginal.
- Reposición de líquidos y sangre: administrar según indicación médica.
- **Preparación para cesárea:** asegurar acceso IV, monitor fetal, oxígeno, firma de consentimiento.
- **Monitorización de coagulación:** vigilar signos de CID (equimosis, sangrado por mucosas).
- **Apoyo emocional:** tranquilizar a la paciente, explicar procedimiento y riesgos.



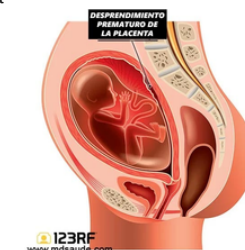
Cuidados de Enfermería:

- Control continuo de signos vitales maternos y de la frecuencia cardíaca fetal.
- Evaluar cantidad y características del sangrado vaginal.
- Mantener acceso IV permeable para administración rápida de líquidos y sangre.
- Vigilar signos de coagulación intravascular diseminada (CID) (sangrado por encías, equimosis, hematuria).
- Preparar a la paciente para cesárea de urgencia si es necesario.
- Mantener reposo absoluto en cama, posición lateral izquierda para mejorar perfusión útero-placentaria.
- Administrar oxígeno suplementario.
- Proporcionar apoyo emocional y explicar los procedimientos a la madre y familia.



Complicaciones:

- Shock hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Anemia aguda.
- Insuficiencia renal aguda.
- Muerte materna por hemorragia masiva.
- Muerte fetal intrauterina por sufrimiento fetal agudo.
- Parto pretérmino.



Ruptura Uterina

Concepto:

La ruptura uterina es una de las emergencias obstétricas más dramáticas y de mayor letalidad. Se define como la solución de continuidad que afecta la totalidad de las capas de la pared uterina (endometrio, miometrio y serosa), permitiendo en muchos casos la extrusión parcial o total del feto, la placenta y/o líquido amniótico hacia la cavidad peritoneal.

Debe diferenciarse de la dehiscencia uterina, en la cual existe separación incompleta de las capas uterinas sin comunicación con la cavidad abdominal. La ruptura uterina es mucho más grave, pues produce hemorragia masiva, sufrimiento fetal agudo o muerte fetal inmediata, y shock hipovolémico materno fulminante.

Etiología:

- **Cicatriz uterina previa:** cesáreas previas (principal causa en países con alto índice de cesáreas).
- **Trauma obstétrico:** uso excesivo de oxitocina o prostaglandinas, maniobras instrumentales incorrectas.
- **Trabajo de parto prolongado o distócico:** fetos macrosómicos, presentación anormal, contractilidad uterina excesiva.
- **Anomalías uterinas congénitas:** útero bicornue, septado, o debilitamiento de la pared uterina.
- **Multiparidad extrema:** mayor riesgo por adelgazamiento de la pared uterina.

Fisiopatología:

El útero debilitado cede ante la presión de las contracciones → desgarramiento de la cicatriz → hemorragia masiva + expulsión fetal a la cavidad abdominal → hipovolemia materna + muerte fetal casi inmediata.

Cuadro clínico:

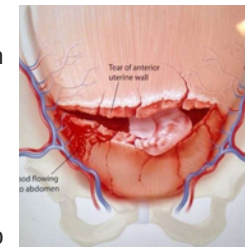
- Dolor abdominal súbito, intenso y constante, a veces descrito como desgarramiento interno.
- Sangrado vaginal moderado a profuso, a menudo mezclado con líquido amniótico.
- Shock hipovolémico: palidez, sudor frío, taquicardia, hipotensión.
- Cese de trabajo de parto o contracciones irregulares.
- Palpación de partes fetales fuera de la cavidad uterina (en casos graves).
- Alteraciones fetales graves: bradicardia o muerte intrauterina.

Diagnóstico:

- **Clínico:**
 - Dolor abdominal súbito e intenso, cese de trabajo de parto, sangrado vaginal.
 - Signos de shock: hipotensión, taquicardia, palidez.
 - Alteraciones fetales graves: bradicardia o muerte intrauterina.
- **Paraclínico:**
 - Ultrasonido: puede evidenciar líquido libre, partes fetales fuera del útero.
 - Hemograma: anemia aguda por sangrado.
 - Monitorización fetal: sufrimiento fetal severo.

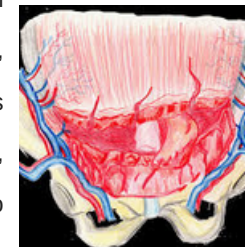
Tratamiento:

- **Emergencia quirúrgica:**
 - Laparotomía inmediata para reparar la ruptura o realizar histerectomía según extensión y estado materno.
- **Estabilización materna:**
 - Oxígeno, reposición rápida de líquidos y transfusión sanguínea.
 - Monitorización continua de signos vitales.
- **Manejo fetal:**
 - Cesárea de emergencia si el feto aún está viable.
 - Evaluar necesidad de reanimación neonatal.
- **Postoperatorio:**
 - Analgesia, antibióticos profilácticos y seguimiento hemodinámico cercano.



Intervenciones de Enfermería:

- **Emergencia quirúrgica:** preparar quirófano, equipo y material para laparotomía/cesárea.
- **Monitorización hemodinámica continua:** presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno.
- **Reposición de líquidos y sangre:** iniciar transfusión masiva si es necesario.
- **Soporte fetal:** monitorización de frecuencia cardíaca, preparación para reanimación neonatal.
- **Control de dolor y confort:** analgesia postoperatoria, cuidado de heridas.
- **Prevención de complicaciones:** vigilar signos de infección, shock o trombosis.
- **Apoyo emocional y familiar:** explicar procedimiento, estado materno-fetal y cuidados postoperatorios.



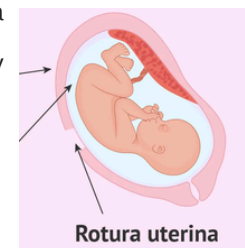
Cuidados de Enfermería:

- Identificar precozmente signos de ruptura: dolor súbito, cesación de contracciones, sangrado.
- Monitorizar continuamente signos vitales y estado de conciencia.
- Asegurar acceso IV amplio y preparar soluciones y transfusiones.
- Preparar inmediatamente a la paciente para cirugía de urgencia (laparotomía/cesárea).
- Colocar oxígeno y monitorizar saturación.
- Valorar bienestar fetal y estar lista para asistir en la reanimación neonatal.
- Cuidar el postoperatorio: control del dolor, vigilancia de herida quirúrgica, control de sangrado y signos de infección.
- Brindar apoyo emocional por el alto riesgo materno-fetal y posible pérdida uterina.



Complicaciones:

- Shock hipovolémico.
- Hemorragia masiva intraabdominal.
- Muerte materna por hemorragia y colapso cardiovascular.
- Muerte fetal (muy frecuente).
- Histerectomía de urgencia (pérdida de la capacidad reproductiva).
- Infecciones postoperatorias y sepsis.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antología universidad del sureste.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>
- [https://translate.google.com/translate?
u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559209/&hl=es&sl=en&tl=es&client=srp](https://translate.google.com/translate?u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559209/&hl=es&sl=en&tl=es&client=srp)
- <https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2022/02/DESPRENDIMIENTO-PREMATURO-DE-PLACENTA-NORMALMENTE-INSERTA-2.pdf>