

DIPLOMADO A DISTANCIA EN Salud de la Mujer

Módulo I: Actualización en Obstetricia



Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social (IGSS)



Instituto de Nutrición de
Centro América y Panamá
(INCAP)



Colegio de Médicos
y Cirujanos (COLMED)



Asociación Guatemalteca
de Mujeres Médicas
(AGMM)



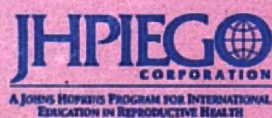
Asociación de Ginecología
y Obstetricia de Guatemala
(AGOG)



Asociación Guatemalteca
de Enfermeras
Profesionales (AGEP)



Organización
Panamericana de la Salud
(OPS)



A JOHNS HOPKINS PROGRAM FOR INTERNATIONAL
EDUCATION IN REPRODUCTIVE HEALTH



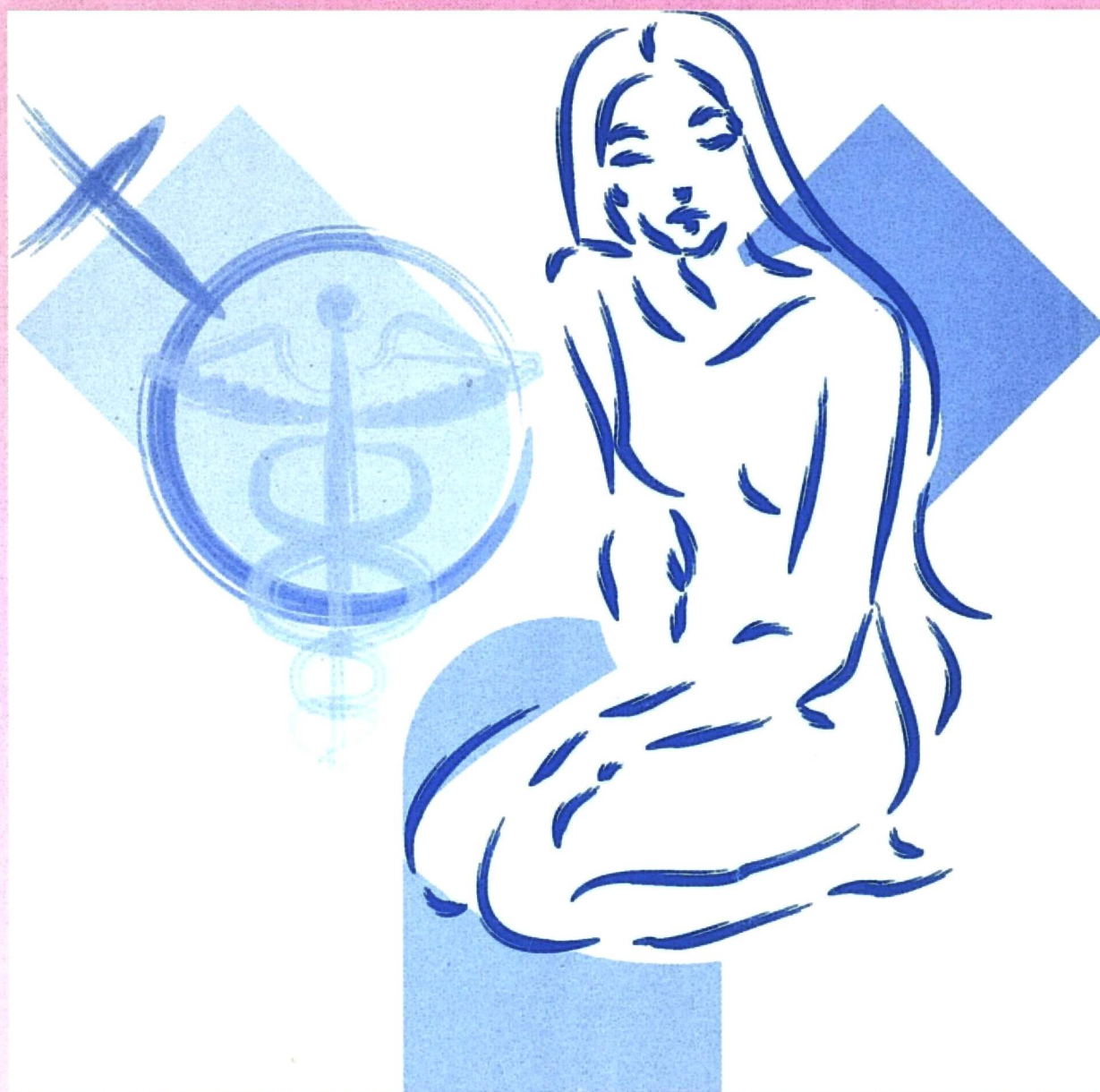
Universidad Francisco Marroquín
(UFM)



POLICY



Planned Parenthood
Federation of America
(PPFA)



UNIDAD 2

Atención Básica de la Mujer durante el Embarazo, el Parto y Postparto: *Nivel Comunitario*

Esta Unidad fue reproducida
gracias al apoyo de la



Asociación Guatemalteca
de Mujeres Medicas (AGMM)

y de



Planned Parenthood
Federation of America (PPFA)

AGMM
INCAP, Calzada Roosevelt, Zona II
Ciudad de Guatemala
Telefax: 440-9742
Email: agmm@incap.org.gt

Guatemala, 2002

MÓDULO I

ACTUALIZACIÓN EN

OBSTETRICIA



UNIDAD 2

Atención Básica de la Mujer

durante el Embarazo, Parto y Postparto:

Nivel Comunitario

ORGANIZADO POR:

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Licda. Verónica Molina

Licda. Luisa Samayoa

Licda. Norma Alfaro

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Dra. Elsy Camey de Astorga

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSa)

Licda. Imelda García

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)

Licda. Ligia Hurtado

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)

Dra. Bárbara Schieber

CON EL APOYO DE:

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Agencia Internacional para el Desarrollo (AID)

POLICY

JHPIEGO

Planned Parenthood Federation of America

CON EL AVAL DE:

Universidad Francisco Marroquín

UNIDAD 2

Atención Básica de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Postparto: Nivel Comunitario^{1 2}

Autores

Dra. Bárbara Schieber

Dr. Luis Pedro Mancilla

Asociación Guatemalteca de
Mujeres Médicas
Médico Gineco Obstetra

Revisión Técnica

Dr. Guillermo E. Dorián G.
Dra. Ilse Santizo

Proyecto Salud Materno
Neonatal/JHPIEGO

Revisión Metodológica

Licda. Verónica Molina
Dra. Elsy Camey de Astorga

INCAP
IGSS

Producción Académica y Actualización Técnica

Dra. Clara Zuleta de Maldonado

Consultora, Proyecto Salud
Materno Neonatal/JHPIEGO

Edición, Diseño y Diagramación

Licda. Aura Mejía de Durán
D.G. Roberto A. Pérez García

INCAP
INCAP

Ilustraciones

Cortesía de URC/Calidad en Salud y Proyecto Salud Materno Neonatal/JHPIEGO

¹ El contenido temático de las Unidades 2 y 3 del Diplomado a Distancia en Salud de la Mujer, ha sido actualizado y adaptado para los fines del Diplomado, tomando como base la información del Manual IMPAC "Manejo de las Complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetrices y médicos" (versión preliminar en español previa a publicación, 6 de agosto de 2001) WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank.

² Nivel comunitario se refiere a la atención proporcionada por proveedores en los puestos y centros de salud.



CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	3
I.	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	5
III.	PROMOCIÓN DE LA MATERNIDAD SALUDABLE	6
A.	Atención Prenatal Personalizada: sus Componentes Principales	7
1.	Trato amable y respetuoso con la madre y su acompañante	8
2.	Evaluación inicial rápida	9
3.	Historia clínica prenatal	9
4.	Examen físico obstétrico	12
5.	Análisis de la información obtenida y definición de acciones	12
6.	Señales de peligro	13
7.	Plan de emergencia	14
B.	Principios en la Asistencia del Parto	18
1.	Apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y el parto	18
2.	Uso del Partograma	26
3.	Manejo activo del tercer período del parto	35
4.	Atención después del parto	41
IV.	MANEJO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA ...	43
A.	Manejo de Shock	43
1.	Signos y síntomas	43
2.	Manejo inmediato	44
3.	Manejo específico	44
B.	Manejo de Complicaciones en el Embarazo y Parto	45
1.	Hemorragia Vaginal en etapa avanzada del embarazo y durante el trabajo de parto	45
2.	Preeclampsia	47
3.	Ruptura prematura de membranas	50
4.	Malas presentaciones fetales	53
5.	Trabajo de parto prolongado	54
C.	Manejo de Complicaciones Después del Parto	55
1.	Hemorragia vaginal (cuadro 2)	55
2.	Metritis	62
V.	EVALUACIÓN	64
VI.	ANEXOS	74
	ANEXO 1	75
	ANEXO 2	80
	ANEXO 3	83
	ANEXO 4	87
	ANEXO 5	89

NOTAS





I. INTRODUCCIÓN

La reducción de la mortalidad materno neonatal sigue siendo uno de los mayores desafíos al desarrollo humano. Durante el último decenio, los proyectos para reducir la mortalidad materno neonatal se han concentrado en diferentes intervenciones, sin lograr las mejoras previstas.

Si bien el problema de reducir la mortalidad materno neonatal es complejo, el Grupo Técnico Consultivo por la Maternidad Saludable de 1997, celebrada en Sri Lanka, llegó a la conclusión que **la intervención individual más importante por la maternidad saludable es la presencia de un proveedor(a) calificado(a)**³ durante el trabajo de parto y el parto, y la disponibilidad de un medio de transporte para el traslado de la paciente a un centro con atención obstétrica de emergencia en caso de presentarse una complicación

¿Cómo podemos garantizar que los proveedores sean competentes para proporcionar atención en salud materno neonatal? En el campo de la salud, al igual que en muchas otras profesiones, la base para prestar servicios de alta calidad consiste en el uso de estándares. La OMS define un estándar como un nivel de desempeño acordado que especifica qué acción se debe emprender. Tiene que ser alcanzable, observable, deseable y medible. Los estándares de atención en salud materno neonatal deben estar basados en la evidencia (apoyados por los conocimientos científicos actuales) y concentrarse en la mujer y su bebé dentro del contexto familiar y comunitario.⁴

Tomando lo anterior como base, se diseñó la presente unidad, que consta de dos capítulos centrales. El primero, aborda el tema de la maternidad saludable y resalta la importancia de la atención humanizada de toda mujer embarazada. El segundo, presenta el manejo de las principales complicaciones que son causa frecuente de muerte materna y neonatal en Guatemala.



NOTAS

³ Los proveedores calificados se definen como “personas con habilidades para la asistencia del trabajo de parto, el parto y el recién nacido (por ejemplo, médicos, parteras y enfermeras) que hayan sido capacitadas hasta lograr la competencia, en las habilidades para el manejo de los partos normales, (así como), para diagnosticar y manejar o referir los casos complicados”. *Mother Care Policy Brief*, 3 de mayo de 2000.

⁴ Tomado de: *Informe del taller “Cómo implementar estándares mundiales de atención en salud materno neonatal”*, JHPIEGO corporation, AID.

En esta unidad se hace énfasis en la atención básica de la mujer en el ámbito comunitario, es decir, en puestos y centros de salud. En la Unidad 3 abordaremos la atención de las complicaciones del embarazo, parto y postparto en el ámbito hospitalario.

Le damos la bienvenida al estudio de esta Unidad. Estamos seguros que contribuirá a mejorar la atención en salud de las mujeres y sus recién nacidos(as).

¡BIENVENIDO(A)!

NOTAS



I. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Con el estudio de esta Unidad, usted:

- 1. Reconocerá la importancia de la atención prenatal como medio para individualizar y planificar la atención de la mujer embarazada.
- 2. Conocerá cómo detectar y manejar las principales complicaciones que son causa de muerte materna y neonatal en la comunidad.



NOTAS

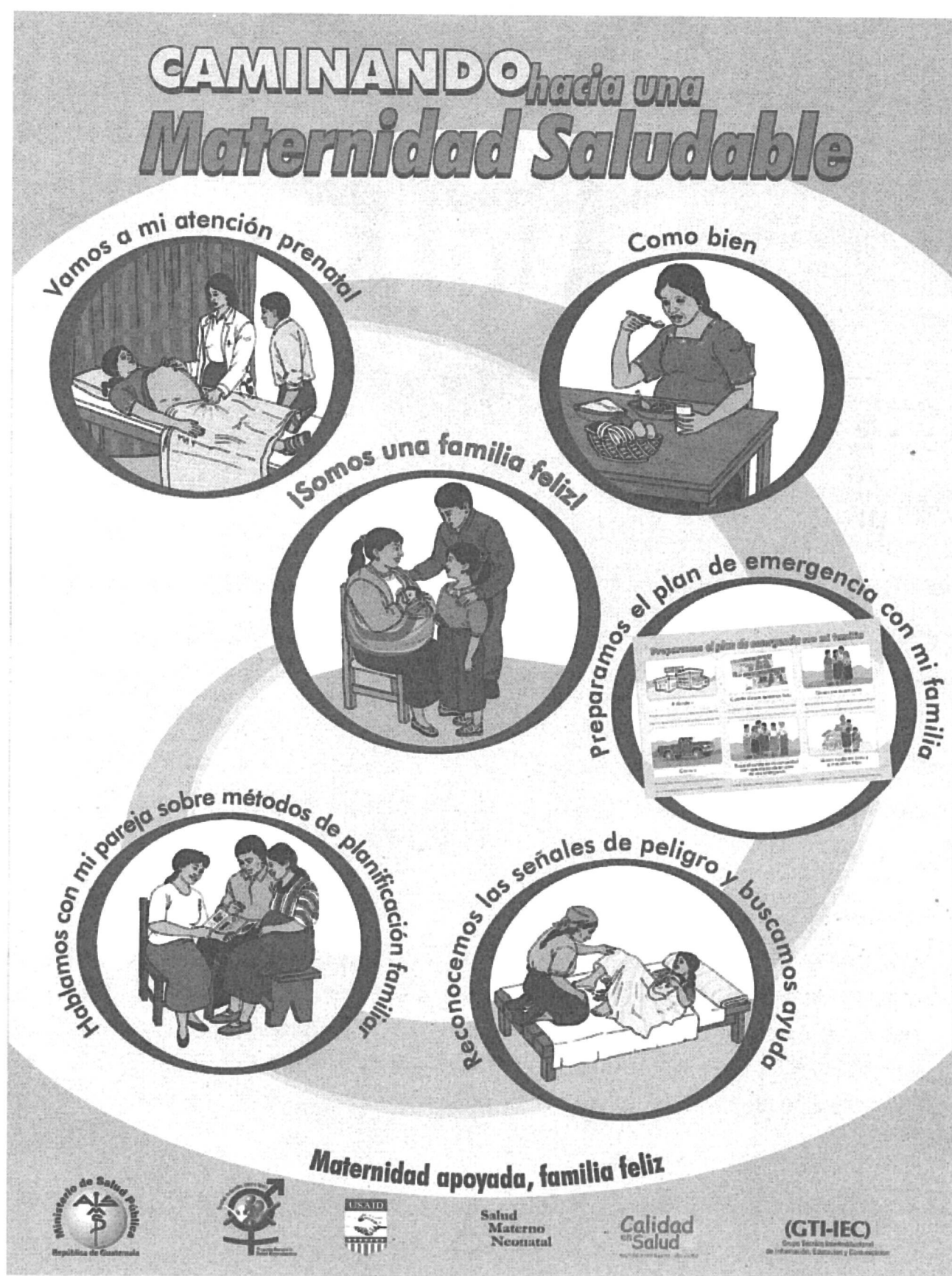


III. PROMOCIÓN DE LA MATERNIDAD SALUDABLE

La maternidad saludable significa prevenir la mortalidad materna e infantil por medio del acceso a la atención básica de salud. Significa garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información y atención necesaria para llevar a término el embarazo y el parto gozando de buena salud.

La maternidad saludable comienza mucho **antes** de que una mujer quede embarazada, y requiere acciones colaborativas por parte de la mujer, su familia, su comunidad, las ONG, el sistema de atención de salud, el gobierno y otros actores sociales.

NOTAS



A continuación se presentan 10 mensajes clave para la acción en Maternidad Saludable que se difunden mundialmente.



10 Mensajes de Acción para la Maternidad Saludable ⁵

1. Fomentar la maternidad saludable a través de los derechos humanos.
2. Fortalecer a las mujeres como individuos.
3. Hacer una vital inversión económica y social en la maternidad saludable.
4. Posponer el matrimonio y el primer parto.
5. Reconocer que cada mujer embarazada afronta riesgos.
6. Asegurar la presencia de un(a) proveedor(a) calificado(a) para asistir cada parto.
7. Mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad.
8. Evitar los embarazos no deseados y abordar el tema del aborto realizado en condiciones de riesgo.
9. Medir los progresos alcanzados.
10. Utilizar el poder de las sociedades y la comunidad.

La intervención específica *más* importante para la maternidad saludable consiste en asegurar la presencia de un(a) proveedor(a) calificado(a) para asistir cada parto.

A. Atención Prenatal Personalizada: sus Componentes Principales

El nuevo enfoque en la atención prenatal tiene el propósito de individualizar la atención de cada mujer de acuerdo a los hallazgos de la historia y el examen físico. Persigue determinar oportunamente cuándo una mujer debe ser referida a un nivel de atención terciario con el fin de prevenir situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida de la madre y el niño. Lo anterior solamente es posible si se mantiene el monitoreo estrecho de la mujer.



⁵ Concientización, movilización y acción por la maternidad saludable: guía práctica para personal de campo. *La Alianza del Listón Blanco por la Maternidad Saludable.*



Para los fines del presente diplomado, se han resumido los componentes de la **Atención Prenatal Personalizada** como sigue:

1. Trato amable y respetuoso hacia la mujer y su acompañante
2. Evaluación inicial rápida
3. Historia clínica prenatal (Ficha Materna Perinatal)
4. Examen físico obstétrico
5. Análisis de la información obtenida y definición de acciones
6. Señales de peligro
7. Plan de emergencia

1. Trato amable y respetuoso con la madre y su acompañante

Resultados de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar, 1995 (RAND, INCAP, Princeton University, agosto de 2001) indican que **solamente** 19.6% de las mujeres en áreas rurales son motivadas a buscar atención de un(a) proveedor(a) en puestos y centros de salud por motivo de embarazo, 30.2% busca atención de un(a) proveedor(a) por presentar algún problema, y 23% busca atención por ambas razones. Por otro lado, estudios realizados por el Proyecto Mother Care para Guatemala (agosto de 1999), señalan que la baja asistencia a los puestos y centros de salud se debe a barreras sociales, económicas, culturales, geográficas e institucionales. Entre estas últimas se encuentran las prácticas institucionales inapropiadas culturalmente como son la falta de privacidad durante el tiempo que dure la atención, las actitudes punitivas hacia las decisiones tomadas por la mujer y su familia, la falta de explicación adecuada a la mujer y su familia sobre el estado de su salud y los exámenes que se le han de realizar. Lo anterior también ha sido señalado recientemente en el informe final del estudio de línea de base "Perspectiva Comunitaria sobre Embarazo, Parto y Postparto en los Departamentos de Quiché, Sololá y San Marcos" (MSPAS, PSMN, diciembre de 2001).

Una estrategia nacional para **motivar** la búsqueda de la atención es la mejoría de la calidad y el desempeño en la atención, y como parte de esto son muy importantes el respeto de los(as) proveedores(as) por la diversidad cultural que existe en Guatemala, y las actitudes generadoras de confianza que practiquen.

NOTAS



2. Evaluación inicial rápida

Es el tamizaje o selección para determinar si una mujer requiere atención priorizada. La selección de las mujeres con el fin de priorizar su atención, se lleva a cabo preguntándole cómo se siente y preguntando por los siguientes síntomas para **actuar** de inmediato:

- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Dolor de cabeza intenso,
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Dolor abdominal epigástrico
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Fiebre

De no encontrar problema alguno, proceder con los demás pasos de la **atención prenatal personalizada**.

3. Historia clínica prenatal

La importancia de obtener una historia clínica detallada en la atención prenatal le permitirá hacer un **Plan de Maternidad Saludable** con la mujer y su familia. En la atención prenatal el(a) proveedor(a) debe obtener una historia detallada que incluya los antecedentes de la madre. En el recuadro se presenta un ejemplo de Guía para elaborar la historia clínica prenatal.

GUÍA PARA LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL ⁶

Solicite a la madre que sea ella la quien responda las preguntas y registre cuidadosamente las respuestas:

- ☐ Nombre
- ☐ Edad
- ☐ Número de embarazos anteriores
- ☐ Número de hijos

⁶ La Guía de Aprendizaje para la Historia Clínica Prenatal se adaptó del material que está siendo utilizado en el proceso de capacitación en Atención Materno Neonatal (AMNE) por el MSPAS y el PSMN. Es importante hacer notar que en los servicios de salud estatales se usará la Ficha Materna Perinatal para registrar los datos de la madre.



NOTAS



NOTAS



- Fecha de la última menstruación, intervalo menstrual (días) y patrón de sangrado.
- Historia anticonceptiva (método usado, cuándo interrumpió el uso, por qué).

Calcule la fecha estimada del parto:

- Añada siete días a la fecha del primer día del último período menstrual y réstele tres meses a dicha fecha.

Pregunte sobre:

○ Problemas con embarazos anteriores

- ➔ Cesárea, parto por fórceps o extracción por vacío
- ➔ Sangrado vaginal profuso durante o después del embarazo (hemorragia pre o postparto)
- ➔ Desgarros perineales
- ➔ Dolor de cabeza, visión borrosa, ataques/pérdida del conocimiento, hipertensión arterial
- ➔ Fiebre/infección durante o después del embarazo
- ➔ Hijo nacido muerto o fallecimiento en el primer día
- ➔ Bebé pequeño (prematureo o de bajo peso al nacer)

○ Medicamentos

- ➔ Hierro-folato
- ➔ Profilaxis para la malaria
- ➔ Mebendazol
- ➔ Vitamina A
- ➔ Fármacos para la tuberculosis
- ➔ Otros medicamentos (cuáles y por qué)

○ Uso de alcohol y tabaquismo

- ➔ Consumo de bebidas alcohólicas
- ➔ Frecuencia y cantidad
- ➔ Fuma
- ➔ Frecuencia y cantidad



○ Condición respecto al VIH

- ➔ Condición de la mujer
- ➔ Condición del esposo/pareja

○ Inmunización antitetánica

- ➔ Número de inmunizaciones antitetánicas
- ➔ Cuándo fue la última inmunización

○ Problemas generales de salud

- ➔ Tos crónica (tuberculosis)
- ➔ Flujo vaginal profuso
- ➔ Enfermedades de transmisión sexual
- ➔ Otros

○ Apoyo social

- ➔ Principales personas de apoyo (por ejemplo, el esposo, la madre, la suegra).
- ➔ Disponibilidad de dinero para alimentos, transporte, suministros para el bebé.



NOTAS

IMPORTANTE

- Explique a la madre la importancia de la historia clínica.
- Practique la técnica de “saber escuchar”, preséntese con la madre y su acompañante, pregúntele si desea que su acompañante también esté presente, muéstrole interés por su salud, motívela a resolver todas sus dudas y al final, invítela a regresar.
- Utilice siempre la ficha materna perinatal para registrar toda la información.
- Proporcione a la madre un carnet de control, pídale que lo guarde en un lugar seguro, y que lo lleve a la siguiente consulta.



4. Examen físico obstétrico

El examen físico de toda mujer embarazada en la **atención prenatal personalizada** ha de permitir individualizar cada caso. Los hallazgos sirven para hacer un Plan de Emergencia. En el **anexo 1** se presentan los pasos generales del examen físico.

Criterios de Referencia

Las mujeres embarazadas que muestren cualquiera de las siguientes condiciones, deben ser **referidas al hospital** en cualquier momento de su embarazo para evaluación o para dar a luz:

- a) Hemorragia vaginal de cualquier cantidad
- b) Signos y síntomas de preeclampsia (dolor de cabeza intenso, visión borrosa, dolor epigástrico o dificultad respiratoria)
- c) Operación cesárea previa
- d) Trabajo de parto prematuro
- e) Ruptura prematura de membranas
- f) Feto en podálica o transversa
- g) Embarazo gemelar

NOTAS



IMPORTANTE

- Tome la presión arterial por lo menos una vez al mes después de las 20 semanas, para detectar la presencia de preeclampsia.
- Determine la posición y presentación del bebé durante el noveno mes, ya que en las últimas dos o tres semanas del embarazo es muy difícil que el bebé cambie de posición. Si en el noveno mes el bebé no está en posición cefálica, la paciente debe ser referida al hospital para dar a luz.

5. Análisis de la información obtenida y definición de acciones

Toda la información obtenida debe ser utilizada para definir con la madre y su familia los pasos a seguir: informe los hallazgos con lenguaje sencillo, verifique si tiene las tres dosis de vacuna de tétanos, proporcione hierro y ácido fólico. Acuerde con la mujer su próxima visita de seguimiento y refuerce la importancia de la atención prenatal.



Señales de peligro en el Recién nacido*

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Bajo peso o pretérmino
- ☐ Hipotermia
- ☐ Cianosis
- ☐ No mama
- ☐ Flacidez
- ☐ Convulsiones

* Este tema será tratado en la unidad correspondiente al Recién Nacido.

7. Plan de emergencia

Ayudar a la futura madre y a la familia a hacer un **plan de emergencia**, ya que constituye una estrategia de acción que tiene impacto para **salvar las vidas de madres y sus recién nacidos**. Toda mujer embarazada debe ser orientada por el(a) proveedor(a) de salud sobre su **plan de emergencia**, el cual debe incluir:

- ☐ Fecha probable
- ☐ Dónde ir
- ☐ Quién la acompañará
- ☐ Cómo se trasladará
- ☐ Quién se hará cargo de la casa, niños y animales
- ☐ Cuánto dinero necesitará para los gastos de atención, transporte y otros.
- ☐ Qué hacer si se presenta una emergencia y su esposo/compañero no se encuentra en la casa.

NOTAS



Preparamos el Plan de Emergencia con mi familia



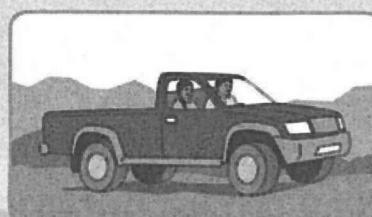
¿A dónde ir?



¿Cuánto dinero tenemos listo?



¿Quién me acompaña?



¿Cómo ir?



Busco al comité de mi comunidad para que me ayude en caso de una emergencia.



¿Quién cuida mi casa y a mis otros hijos?



a) Cuidado de la salud y alimentación materna ⁷

Explique a todas las embarazadas que deben tomar diariamente una pastilla que contiene hierro y ácido fólico para evitar la anemia. Además, el ácido fólico previene malformaciones del tubo neural. Explique que la anemia en el embarazo la hará sentirse muy cansada y es peligrosa para ella y el feto.

- Explique a la embarazada que coma todos los días cereales como arroz, tortillas, mosh para tener más energía. También debe comer frijoles, verduras, frutas y hierbas.
- Por cada tortilla debe comer una cucharada de frijol.
- Al menos dos veces por semana coma un huevo, un pedazo de queso o un vaso de leche o Incaparina.
- Al menos una vez por semana coma un pedazo de hígado de res o pollo, carne de res, de pollo o pescado.
- Para aliviar las náuseas, coma algo tan pronto como se levante por la mañana (una tortilla, pan tostado o galleta). Si tiene acidez o agruras reparta sus comidas en seis tiempos, así serán más pequeñas las cantidades que tendrá que comer sin afectar su nutrición.
- La actividad física no debe excederse en las mujeres embarazadas, especialmente en el último trimestre.



⁷ El tema de la nutrición materna será ampliado en otra Unidad.

EJERCICIO INTRATEXTO I

Los ejercicios que hallará a lo largo de esta Unidad, tienen el propósito de reforzar su aprendizaje.

Si presenta dificultad para resolverlos, se recomienda volver a leer el tema del ejercicio.

1. Elabore un cuadro que le permita explicar a los proveedores comunitarios de salud, las diferencias que hay entre la **atención prenatal personalizada** y la tradicional.

Atención Prenatal	
Personalizada	Tradicional

2. Haga una pequeña encuesta a 10 proveedores de salud del nivel comunitario o en 10 madres, preguntando qué señales de peligro reconocen en el embarazo:
 - a) Marque con una X en la columna “sí” las señales de peligro que el(a) encuestado(a) menciona espontáneamente.
 - b) Si el(a) encuestado(a) reconoce otras señales/síntomas que no aparecen en el cuadro, anótelos en los espacios en blanco.
 - c) Pregunte con qué nombre conocen en su comunidad todos los términos listados en el cuadro (explíqueles cada uno de ellos utilizando palabras sencillas cuando sea necesario).

Términos	Lo reconoce como señal de peligro		Con qué otros nombres se conoce este término en la comunidad
	Sí	No	
Hemorragia vaginal			
Dolor de cabeza intenso			
Visión borrosa			
Dolor en la boca del estómago (epigástrico)			
Dificultad para respirar			
Fiebre			
Ruptura prematura de membranas			
Cesárea previa			
Trabajo de parto prematuro			
Feto en podálica o transversa			
Embarazo gemelar			

3. Haga un trifoliar para los promotores del centro de salud que explique los siete pasos para la **atención prenatal personalizada**.



B. Principios en la Asistencia del Parto

1. Apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y el parto

- Aliente a la madre para que cuente con el apoyo personal de una persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto.
- Aliente a la persona elegida por la madre para que brinde su apoyo.
- Proporcione a la persona un asiento al lado de la madre.
- Aliente al acompañante para que brinde el apoyo adecuado a la madre durante el trabajo de parto y el parto (frotarle la espalda, limpiarle la frente con un trapo húmedo, ayudarla a moverse y asistirle en todo lo que ella necesite).
- Asegúrese de que haya una comunicación y un apoyo satisfactorios por parte del personal:
 - ➔ Explique a la madre todos los exámenes, solicite la autorización correspondiente y converse con ella sobre los hallazgos.
 - ➔ Propicie una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respeto hacia los deseos de la madre.
 - ➔ Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- Mantenga el aseo de la madre y del ambiente que la rodea:
 - ➔ Anímela para que se lave, se bañe o se duche al inicio del trabajo de parto.
 - ➔ Limpie las áreas vulvar y perineal antes y después de cada examen.
 - ➔ Lávese las manos con jabón antes y después de cada examen.
 - ➔ Asegúrese de la limpieza de las áreas destinadas al trabajo de parto y el parto.
 - ➔ Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.

NOTAS



○ Asegure la movilidad:

- ➔ Anímela para que se mueva libremente.
- ➔ Manifieste su apoyo por la posición que la madre elige para el parto.

a) **Posiciones que puede adoptar la madre durante el trabajo de parto**



- Anímela para que orine con regularidad (**no administre un enema de rutina a las madres en trabajo de parto**).
- Anímela para que coma y tome líquidos. Si está visiblemente desnutrida o se cansa durante el trabajo de parto, asegúrese de que se alimente. Las bebidas nutritivas son importantes, aun en las etapas finales del trabajo de parto (puede ofrecérsele atoles de mosh, Incaparina, otros cereales).
- Enséñele las técnicas respiratorias para el trabajo de parto y el parto. Anímela a que exhale (sacar el aire) con mayor lentitud que la habitual y a que se relaje con cada espiración.
- Asista a la madre que está ansiosa, atemorizada o con dolor durante el trabajo de parto:
 - ➔ Elógiela, anímela y tranquilícela.
 - ➔ Infórmele sobre el proceso y el progreso del trabajo de parto.
 - ➔ Escúchela y sea sensible a sus sentimientos.
 - ➔ Si la madre está **muy afectada por el dolor**, sugiera cambios de posición.
 - ➔ Anímela para que se mueva, fomente el uso de las técnicas respiratorias, anímela para que tome un baño con agua tibia,



NOTAS



aliente al acompañante para que le dé masaje en la espalda, le sostenga la mano y le pase un paño húmedo por la cara entre una contracción y otra.

b) Diagnóstico

El diagnóstico del trabajo de parto incluye:

- El diagnóstico y la confirmación del trabajo de parto.
- El diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto.
- La evaluación del encajamiento y descenso del feto.
- La identificación de la presentación y la posición del feto.

Un diagnóstico incorrecto del trabajo de parto puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarios.

NOTAS



c) Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto (cuadro 1)

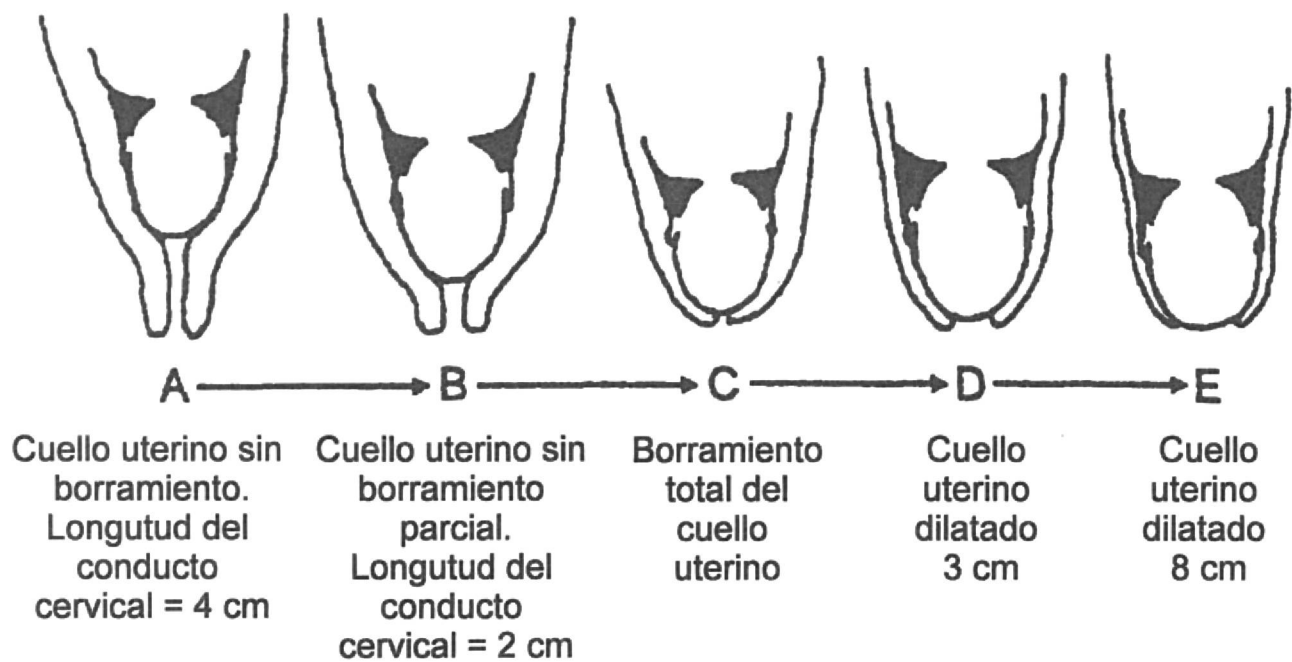
- Sospeche o anticipe el trabajo de parto si la madre tiene:
 - ➔ Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación.
 - ➔ Dolor frecuente asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso).
 - ➔ Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de sangre.

Si hay presencia de sangre, sin secreción mucosa No haga tacto vaginal. Considere otras causas.

- Confirme el inicio del trabajo de parto si hay:
 - ➔ Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto, y
 - ➔ Dilatación del cuello, es decir, aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.



BORRAMIENTO Y DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO



CUADRO I
DIAGNÓSTICO DEL PERÍODO Y LA FASE
DEL TRABAJO DE PARTO

Signos y Síntomas	Período	Fase
● Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso; no hay trabajo de parto	
● Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer	Latente
● Cuello uterino dilatado de 4-9 cm ● Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más ● Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
● Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) ● Continúa el descenso fetal ● No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana (no expulsiva)
● Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) ● La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis ● La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada (expulsiva)



NOTAS

El tercer período del trabajo del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta.



a) Descenso

○ Palpación abdominal

- ➔ Mediante palpación abdominal evalúe el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis.

PALPACIÓN ABDOMINAL DEL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL



A. La cabeza está flotante por encima de la sínfisis del pubis = 5/5



B. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de cinco dedos por encima de la sínfisis del pubis



C. La cabeza está 2/5 por encima de la sínfisis del pubis.



D. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de dos dedos por encima de la sínfisis del pubis.

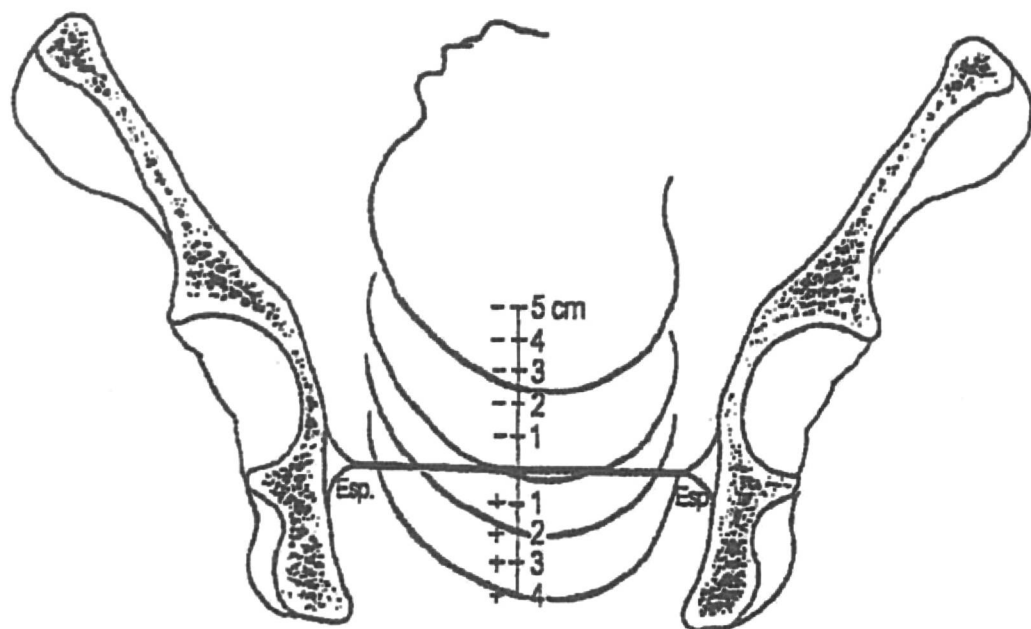
NOTAS



○ Examen vaginal

- ➔ Si es posible, se puede realizar un examen vaginal para evaluar el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espinas isquiáticas de la pelvis de la madre.

EVALUACIÓN DEL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL MEDIANTE EL EXAMEN VAGINAL; LA ESTACIÓN 0 (CERO) ESTÁ AL NIVEL DE LA ESPINA ISQUIÁTICA

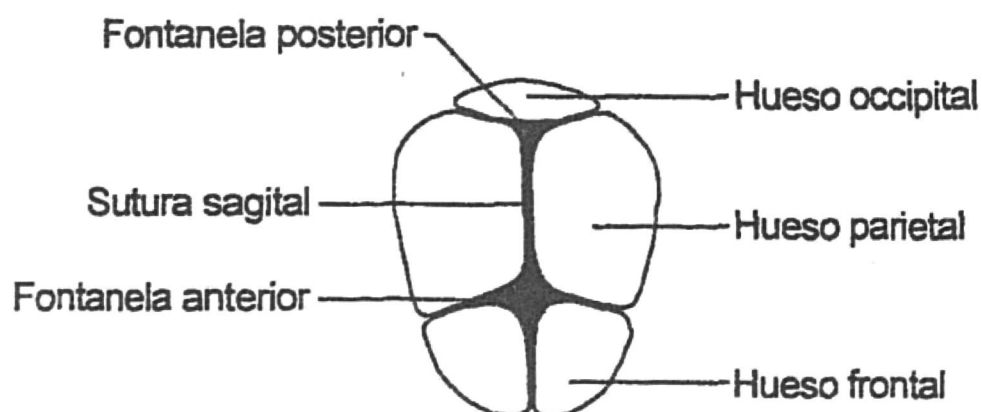


Nota: Cuando hay un grado significativo de caput o moldeamiento, la evaluación mediante palpación abdominal usando los quintos de cabeza palpable es más útil que la evaluación mediante el examen vaginal.

b) Presentación y posición

- Determine la parte que se presenta
- ➔ El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Si el vértice no es la parte que se presenta, maneje igual que si se tratara de una mala presentación y refiera a la madre al hospital.
- ➔ Si el vértice es la parte que se presenta, use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre.

PUNTOS DE REFERENCIA DEL CRÁNEO FETAL



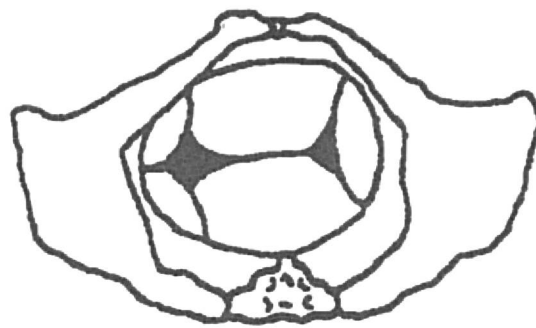
NOTAS



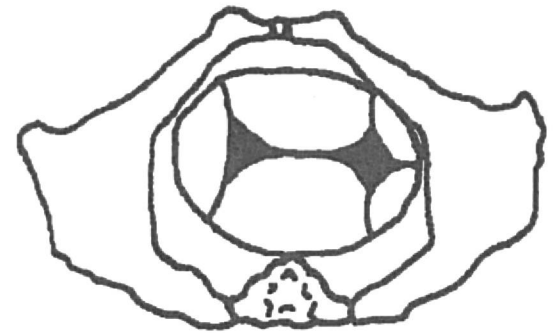
○ Determine la posición de la cabeza fetal

- ➔ La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición occipucio transversa, es decir, con el occipucio del feto transversal en la pelvis materna.

POSICIONES OCCIPUCIO TRANSVERSAS



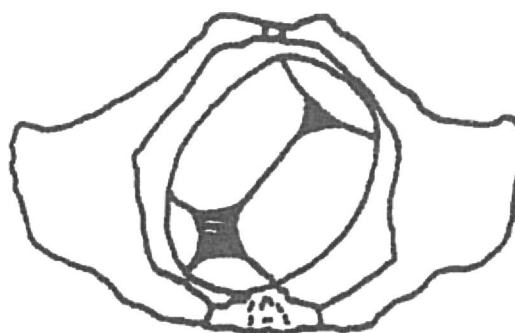
Occipucio transversa izquierda



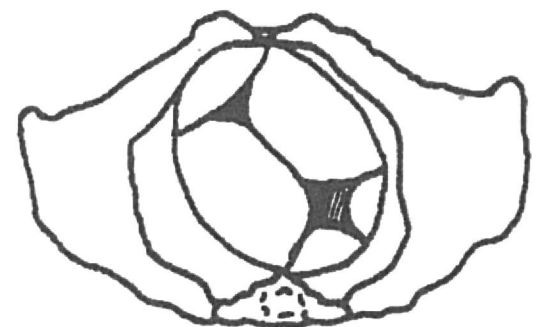
Occipucio transversa derecha

- ➔ Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna (posiciones occipucio anteriores). La ausencia de rotación de una posición occipucio transversa a una posición occipucio anterior, debe manejarse como si se tratara de una posición occipucio posterior.

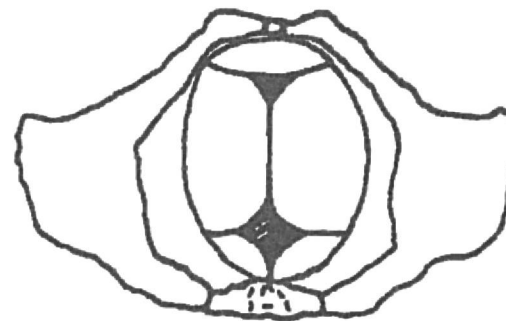
POSICIONES OCCIPUCIO ANTERIORES



Occipucio anterior izquierda



Occipucio anterior derecha

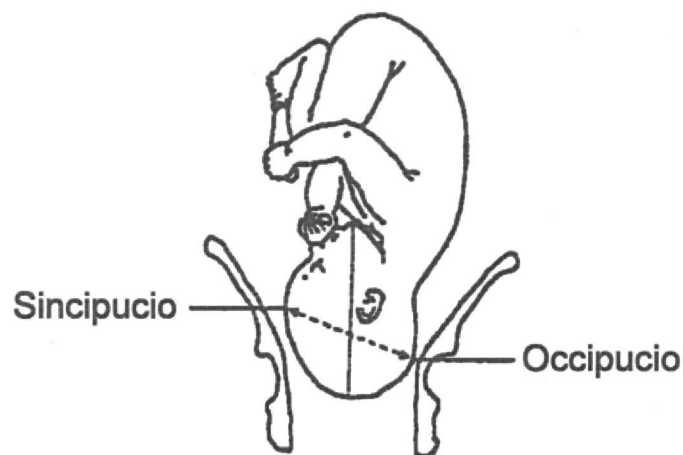


Occipucio anterior

- ➔ Otra característica de una presentación normal es un vértice bien flexionado, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

NOTAS





c) Evaluación del progreso del trabajo de parto

Una vez diagnosticado el trabajo de parto, su evolución se evalúa mediante:

- La medición de los cambios en el **borramiento** y la dilatación del cuello uterino (ver figura de cuellos, página 20) durante la fase latente.
- La medición de la **tasa de dilatación** del cuello uterino y del descenso fetal durante la fase activa o primer período.
- La evaluación del **descenso fetal** adicional durante el segundo período.

El progreso del primer período del trabajo de parto (fase activa) debe registrarse gráficamente en un **partograma** (ver más adelante), una vez que la madre entra en la fase activa del trabajo de parto. Otra alternativa es trazar un gráfico simple de la dilatación del cuello uterino (en centímetros) en el eje vertical, contra el tiempo transcurrido (en horas) en el eje horizontal.

○ Tactos vaginales

Los exámenes vaginales se deben realizar por lo menos una vez cada cuatro horas durante el primer período del trabajo de parto y después de la rotura de las membranas. Registre gráficamente los hallazgos en un partograma.

- En cada tacto vaginal, registre lo siguiente:

- El color del líquido amniótico.
- La dilatación del cuello uterino.
- El descenso (también puede evaluarse abdominalmente).



NOTAS



- Si en el primer examen el cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo de parto.
- Si **persisten las contracciones**, examine nuevamente a la madre después de cuatro horas para detectar cambios en el cuello uterino. En esta etapa, si hay **borramiento y dilatación**, la madre está en trabajo de parto; si no hay ningún cambio, el diagnóstico es trabajo de parto falso.
- En el segundo período del trabajo de parto, realice exámenes vaginales una vez cada hora.

2. Uso del Partograma

El partograma de la OMS se ha modificado para que sea más sencillo y más fácil de usar. Se ha eliminado la fase latente y el registro gráfico en el partograma **comienza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.**

Registre la siguiente información en el partograma:

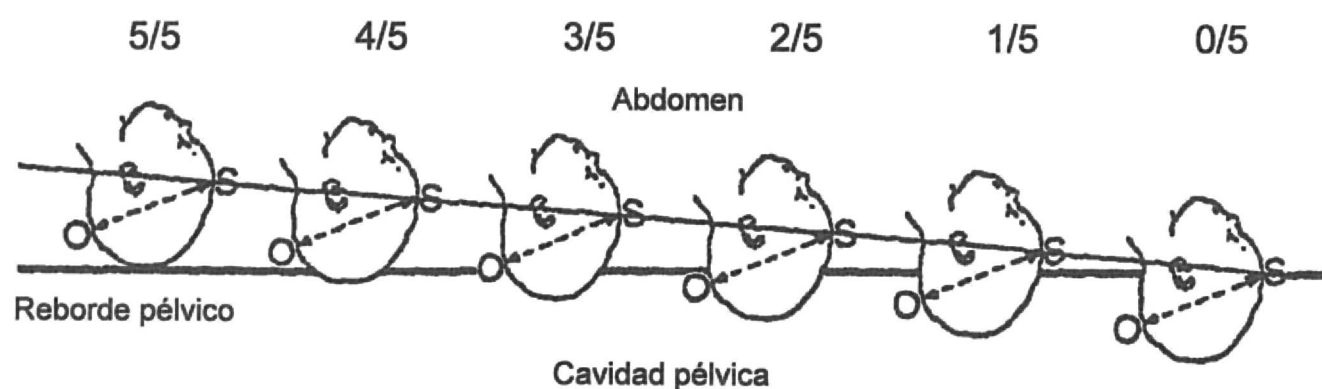
- **Información sobre la madre:** nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, si las membranas están completas o el tiempo transcurrido desde la ruptura de las mismas.
- **Frecuencia cardíaca fetal:** registre cada media hora
- **Líquido amniótico:** registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal, colocando las iniciales I, R, C, M o S para describir el estado de las membranas o la presencia de meconio o sangre en el líquido (note la palabra en negrita para relacionarla con la inicial correspondiente).
 - **I:** membranas **intactas**
 - **R:** momento de la **rotura** de las membranas
 - **C:** membranas rotas, líquido **claro**
 - **M:** líquido con manchas de **meconio**
 - **S:** líquido con manchas de **sangre**
- **Moldeamiento:** anote el número 1, 2 ó 3 de acuerdo al estado en que palpe las suturas del cráneo fetal.

NOTAS





- 1: suturas lado a lado
 - 2: suturas superpuestas, pero reducibles
 - 3: suturas superpuestas y no reducibles
- **Dilatación del cuello uterino:** evalúe en cada examen vaginal y marque con una "X". A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.
- **Línea de alerta:** se inicia la línea de alerta a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de **1 cm por hora**.
- **Línea de acción:** es paralela a la línea de alerta y cuatro horas a la derecha de la misma.
- **Evaluación del descenso mediante palpación abdominal:** se refiere a la parte de la cabeza (dividida imaginariamente en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis. Se registra como un círculo (○) en cada tacto vaginal. A 0/5, el sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.



Completamente por encima	Sincipucio alto, occipucio fácilmente palpable	Sincipucio fácilmente palpable, occipucio palpable	Sincipucio palpable, occipucio apenas palpable	Sincipucio palpable, occipucio no palpable	Ninguna parte de la cabeza palpable
--------------------------	--	--	--	--	-------------------------------------

- **Número de horas:** se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto.
- **Hora:** registre el tiempo real.
- **Contracciones:** registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones a los 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. (Use el siguiente modelo para marcar en el partograma.

- Menos de 20 segundos
- Entre 20 y 40 segundos
- Más de 40 segundos



NOTAS



NOTAS



- **Oxitocina:** cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.
- **Medicamentos administrados:** registre cualquier medicamento adicional que se administre.
- **Pulso:** registre cada 30 minutos y marque con un punto (●)
- **Presión arterial:** registre cada cuatro horas y marque con flechas.
- **Temperatura:** registre cada dos horas.
- **Proteína, acetona y volumen:** registre cada vez que la madre orine (si se cuenta con los recursos).

a) Progreso del primer período del trabajo de parto

- Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el primer período del trabajo de parto son:
 - ➔ las contracciones regulares, y frecuencia y duración que aumentan progresivamente;
 - ➔ una tasa de dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma);
 - ➔ el cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta.
- Los hallazgos que sugieren un **progreso insatisfactorio** en el primer período del trabajo de parto son:
 - ➔ las contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
 - ➔ una tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo del parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta);
 - ➔ el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta.
- El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado. Si esto ocurre, refiera a la madre para dar a luz en el hospital.

b) Progreso del segundo período del trabajo de parto

- Los hallazgos que sugieren un **progreso satisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:
 - ➔ el descenso constante del feto por el canal de parto;
 - ➔ el inicio de la fase expulsiva (deseo de pujar).
- Los hallazgos que sugieren un **progreso insatisfactorio** en el segundo período del trabajo de parto son:
 - ➔ la ausencia de descenso del feto por el canal de parto;
 - ➔ la falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

c) Progreso del estado del feto

- Si hay **irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal** (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal. En este caso, refiera a la madre al hospital o esté preparado(a) para reanimar al neonato (este tema se tratará en otra unidad).
- En el trabajo de parto, cualquier presentación que no sea cefálica, se considera mala presentación y debe ser referida al hospital.
- Si se sospecha **progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado**, refiera a la madre pronto a un hospital.

d) Progreso del estado de la madre

Evalúela para detectar signos de sufrimiento, por ejemplo:

- Si **el pulso de la madre se está acelerando**, puede estar deshidratada o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación vía oral o IV y bríndele todo su apoyo físico y emocional para disminuir la tensión causada por el dolor. La última alternativa es el uso de analgesia por los efectos en el recién nacido.
- Si **la presión arterial de la madre desciende**, sospeche hemorragia. Canalice una vía IV y refiera a la madre al hospital; acompañela al hospital si le es posible.



NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 2

USO DEL PARTOGRAMA EN UN TRABAJO DE PARTO NORMAL

El siguiente ejercicio le ayudará a aplicar lo anterior y a ejercitarse en el uso del partograma en un trabajo de parto normal. Con la información siguiente, use el partograma en blanco que aparece en la página 31. Compare sus respuestas con las del partograma de la página 32.

A las 05:00

- ☐ Primigrávida admitida en la fase latente del trabajo de parto
- ☐ Cabeza fetal 4/5 palpable
- ☐ Cuello uterino dilatado 2 cm
- ☐ Tres contracciones en 10 minutos, cada una de 20 segundos de duración
- ☐ Estado de la madre y el feto normales
- ☐ Membranas intactas

A las 09:00

- ☐ Cabeza fetal 3/5 palpable
- ☐ Cuello uterino dilatado 5 cm.
- ☐ Cuatro contracciones en 10 minutos, cada una de 40 segundos de duración
- ☐ La dilatación del cuello uterino progresó a razón de 1 cm por hora

A las 14:00

- ☐ Cabeza fetal 0/5 palpable
- ☐ Cuello uterino totalmente dilatado
- ☐ Cinco contracciones en 10 minutos, cada una de 40 segundos de duración
- ☐ El parto vaginal espontáneo se produjo a las 14:20

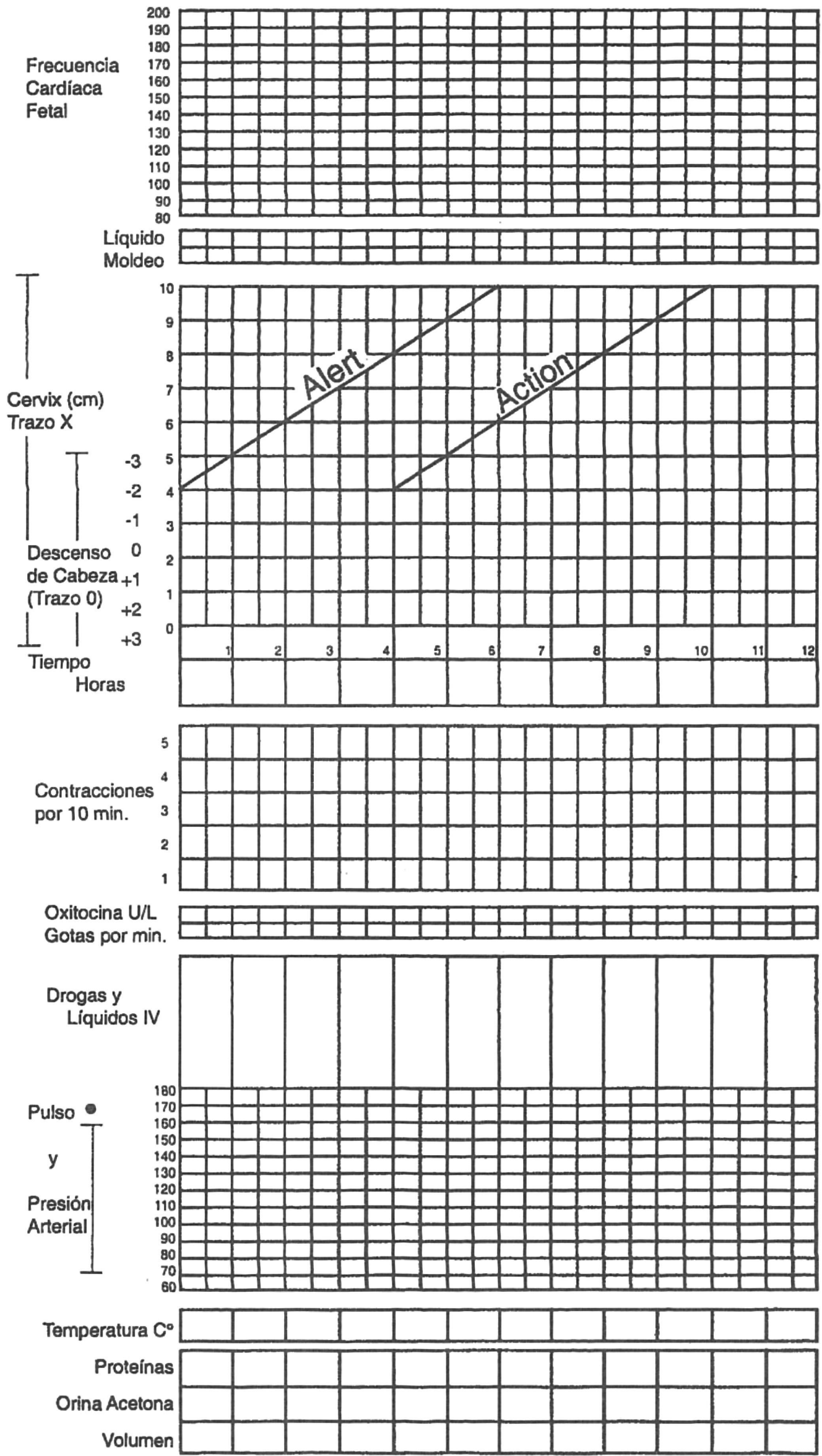
NOTAS



PARTOGRAMA

Nombre _____ Embarazos _____ Partos _____ Hospital _____

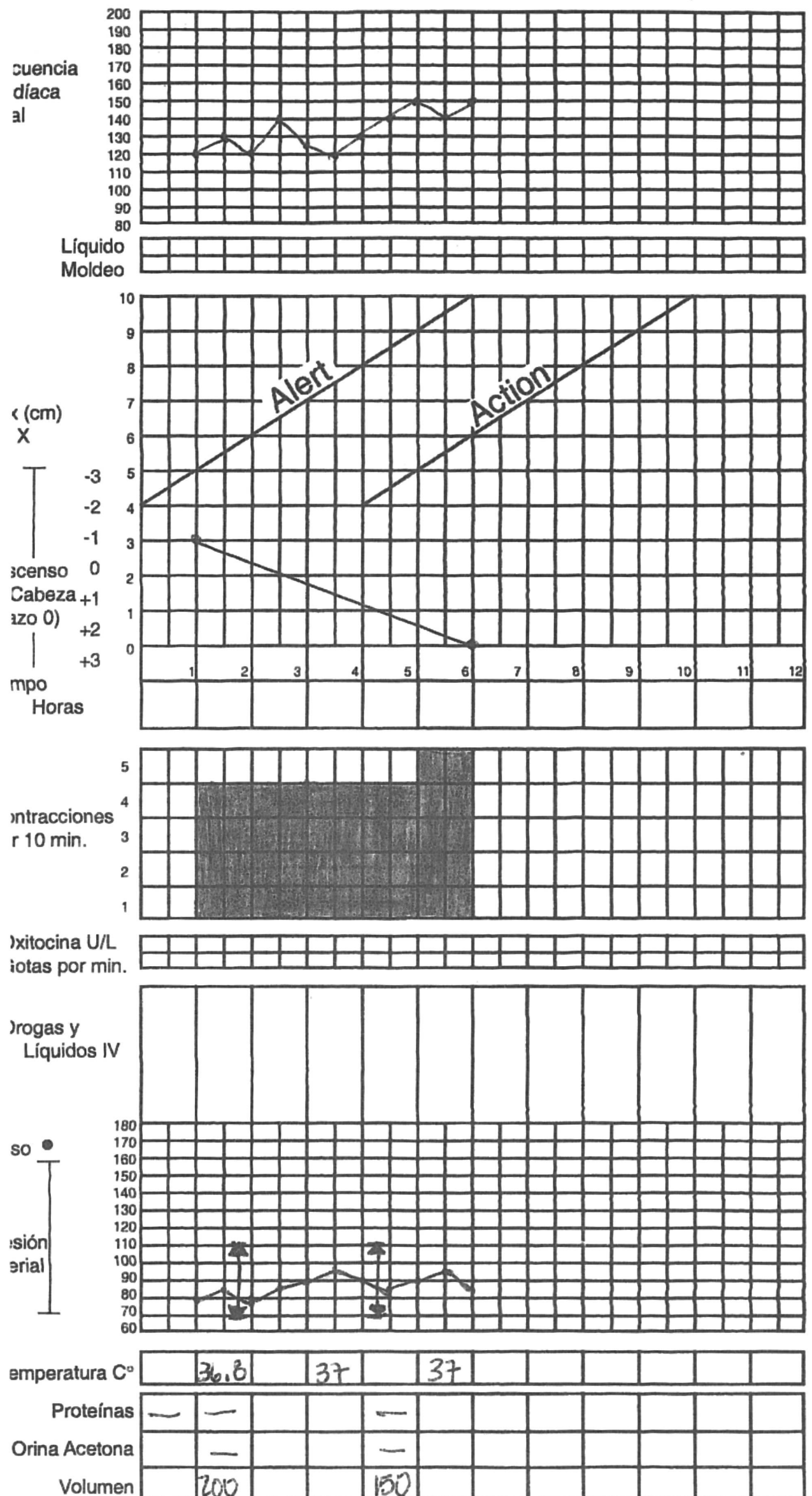
Fecha de Admisión _____ Hora de Admisión _____ Ruptura de membranas _____ Horas _____



RESPUESTA EJERCICIO INTRATEXTO 2

PARTOGRAMA

Embarazos 3 Partos 2 Hospital Monte Real
2000 Hora de Admisión 5:00 A.M Ruptura de membranas 1 Horas



Parto Normal

El apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto son sumamente útiles para ayudar a la madre a que tolere mejor los dolores del trabajo de parto.

- Una vez que **el cuello uterino está totalmente dilatado** y la madre está **en la fase expulsiva del segundo período**, anímela para que adopte la posición que prefiera.



Nota: La episiotomía ya no se recomienda como procedimiento de rutina. No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. En realidad la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal.

La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de:

- Emergencias que impiden el traslado oportuno de la madre a un hospital, por ejemplo, un parto inminente y complicado (feto en podálica, distocia de hombro).
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
- Sufrimiento fetal.

e) Expulsión de la Cabeza

- Pídale a la madre que jadee o que dé sólo pequeños soplos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.



NOTAS



NOTAS



- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada (inclinada).
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pídale a la madre que deje de pujar.
- Aspire la boca y la nariz del bebé.
- Verifique con los dedos que el cordón umbilical no esté alrededor del cuello del bebé:
 - ➔ Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
 - ➔ Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo en dos lugares y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

f) Finalización del parto

- Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente.
- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé. Dígale a la madre que puxe suavemente con la próxima contracción.
- Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Mueva hacia atrás la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.
- Si hay **dificultad en la extracción de los hombros**, sospeche una distocia de hombros (ver anexo 2, manejo de distocia de hombros).
- Levante la cabeza del bebé hacia adelante para extraer el hombro posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia afuera.

- **Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre.** Seque al bebé por completo y **retire** los trapos húmedos, cúbralo con trapos secos, límpiele los ojos y evalúe su respiración.

Nota: La mayoría de los bebés comienzan a llorar o respiran espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.

- Si **el bebé llora o respira** (elevación del tórax por lo menos 30 veces por minuto), deje al bebé piel a piel con la madre, cúbralo y continúe estimulándolo manualmente.
- Si **el bebé no comienza a respirar dentro de los 30 segundos**, adopte los pasos necesarios para reanimar al bebé. (Este tema se tratará con detalle en la unidad referente a cuidados del recién nacido).

Prevea la necesidad de reanimación y prepare un plan para conseguir ayuda para todos los bebés, pero especialmente si la madre tiene antecedentes de eclampsia, sangrado, trabajo de parto prolongado u obstruido, partos antes de término o infección.

- Pince y corte el cordón umbilical.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una frazada o mantilla y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor. Estimule a la madre a colocárselo al pecho, no succionará pero lamerá el pezón y esto estimulará la bajada de la leche (apego inmediato).
- Si **la madre no está bien**, pida que un asistente atienda al bebé.
- Palpe el abdomen para descartar la presencia de uno o más bebés y proceda con el **manejo activo del tercer período**.

3. Manejo activo del tercer período del parto

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo del tercer período del trabajo de parto se incluyen:



NOTAS



NOTAS



- La confirmación de que no hay uno o más bebés
- La administración inmediata de oxitocina
- La tracción **controlada** del cordón umbilical
- El masaje uterino

a) Oxitocina

- Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen de la madre para **descartar la presencia de uno o más bebés** y administre 10 unidades de Oxitocina IM.
- La oxitocina se prefiere porque produce efecto de 2 a 3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres.

b) Tracción controlada del cordón umbilical

- Pince el cordón umbilical cerca del perineo.
- Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la madre, estabilice el útero aplicando contratracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).
- Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe aplicando contratracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón, sino:
 - ➔ Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, pince el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.

- ➔ Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contratracción.

Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar contratracción (empujar) por encima del pubis con la otra mano.

- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
- Hale lentamente para completar la extracción.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles y utilice una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición (ver más adelante, página ____).
- Si se ha arrancado el cordón umbilical, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta (ver anexo 3).

c) Masaje uterino

- Masajée de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la madre hasta conseguir que el útero se contraiga.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras dos horas.
- Asegúrese que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.



NOTAS

- Examine a la madre cuidadosamente en busca de cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina y refiérala al hospital para su manejo si presenta alguno de estos problemas.



EJERCICIO INTRATEXTO 3

Usted es invitado a capacitar a un grupo de estudiantes de quinto año de Medicina, sobre “El manejo activo del tercer período del parto”. Usted elabora un cartel para ilustrar su clase y resume la información más relevante sobre cada paso del manejo activo.

“MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO”

Escriba los pasos y elabore un dibujo que ilustre la técnica de la tracción controlada del cordón y la contratracción.

RESPUESTA EJERCICIO INTRATEXTO 3

Usted es invitado a capacitar a un grupo de estudiantes de quinto año de Medicina, sobre “El manejo activo del tercer período del parto”. Usted elabora un cartel para ilustrar su clase y resume la información más relevante sobre cada paso del manejo activo.

“MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO”

Escriba los pasos y elabore un dibujo que ilustre la técnica de la tracción controlada del cordón y la contracción.

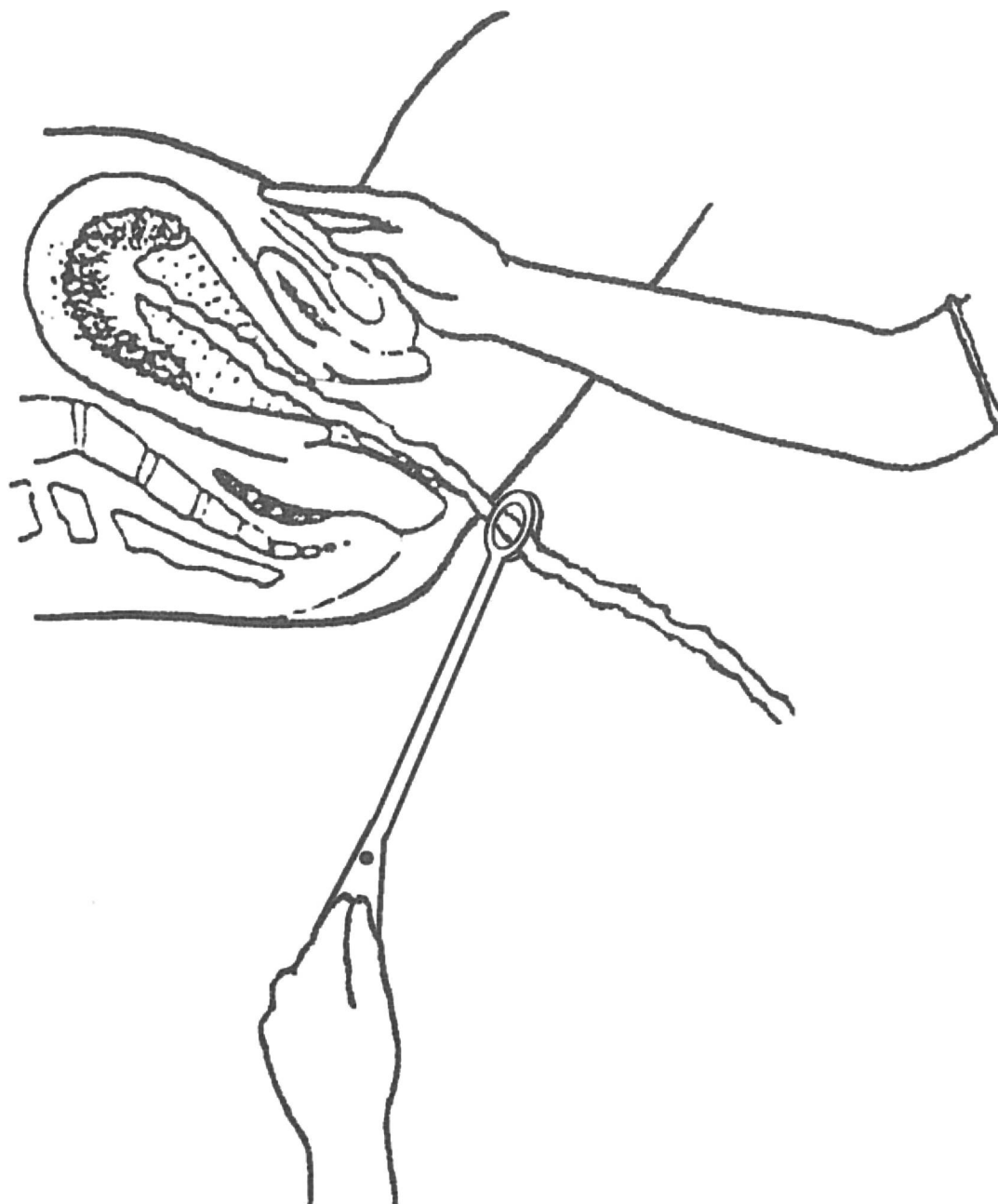
PASOS:

1. Asegurarse que no hay otro bebé (palpar abdomen).
2. Si no hay otro bebé: inyectar 10 unidades de oxitocina IM.
3. Pinzar el cordón cerca del perineo.
4. Sostener el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
5. Colocar la otra mano sobre el pubis de la madre.
6. Mantener tensión leve y esperar que el útero se contraiga fuertemente (de 2 a 3 minutos).
7. Al alargarse el cordón, **halar** hacia abajo con **delicadeza** para extraer la placenta.

NO ESPERE QUE SALGA UN CHORRO DE SANGRE
ANTES DE APLICAR TRACCIÓN AL CORDÓN

8. Con la otra mano continúe aplicando contracción sobre el útero.

TÉCNICA DE TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL Y CONTRATRACCIÓN



4. Atención después del parto

Es la atención que se le da a la madre desde el momento que da a luz hasta seis semanas después, con el propósito de poder hacer una detección y prevención temprana de problemas, dar un tratamiento apropiado y, de ser necesario, referir al hospital.

Al igual que en la atención prenatal, refiérase a la madre y a su acompañante con respeto y delicadeza. Anímela a resolver sus dudas.

La madre **debe ser atendida estrechamente en las primeras seis horas postparto** (donde ocurre la mayor mortalidad) y en las siguientes 48 horas postparto. Debe informársele sobre las señales de peligro en el período postparto y citarla al servicio de salud al finalizar el período postnatal.

a) ¿Qué preguntas debe hacer a la madre en la atención postnatal?

- ☐ Fecha del parto
- ☐ Tipo de parto
- ☐ Lugar del parto
- ☐ Quién asistió el parto

Preguntar si ha presentado señales de peligro o problemas de salud:

- ☐ Fiebre
- ☐ Hemorragia
- ☐ Flujo vaginal con mal olor
- ☐ Dolor en el abdomen
- ☐ Problemas en los pechos
- ☐ Condición del recién nacido (señales de peligro)

b) ¿Qué comprende el examen físico de la madre en la atención postnatal?

- ☐ Tómese la temperatura, pulso y presión arterial y registre los hallazgos.
- ☐ Examine genitales y determine presencia de flujo con mal olor.
- ☐ Examine el abdomen y determine la presencia de dolor.
- ☐ Examine mamas y determine presencia de mastitis u otro problema.



NOTAS



NOTAS



c) Criterios de referencia

- Las madres que muestren signos de infección o hemorragia deben ser referidas al hospital.

d) Al completar el examen físico

Dar orientación sobre:

- Señales de peligro después del parto.
- Higiene personal.
- Descansar en la medida de sus posibilidades.
- Cuidados especiales del recién nacido (cuidados de los ojos, y del cordón umbilical, succión, expulsión del aire y estado general).
- Alimentación en el período de lactancia, debe aumentar el consumo de los alimentos disponibles, especialmente de alto valor nutricional como tortilla y frijol, huevo, Incaparina, semillas como maní, y productos cárnicos si están disponibles.
- Técnicas para la lactancia materna.
- A todas las madres se les debe dar multivitaminas y complementos de hierro después del parto y durante la lactancia.

Aclarar en forma sencilla y cortés, las dudas que la madre presente.

IV. MANEJO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA



A. Manejo de Shock

Shock es la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. El shock es una **afección potencialmente mortal** que requiere **tratamiento inmediato e intensivo**.

Sospeche o prevea el shock si se presenta al menos una de las siguientes manifestaciones:

- Sangrado en la etapa inicial del embarazo (aborto, embarazo ectópico o molar).
- Sangrado en la etapa avanzada del embarazo o en el trabajo de parto (por ejemplo, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura uterina).
- Sangrado después del parto (por ejemplo, rotura uterina, útero atónico, desgarros del tracto genital, retención de placenta o de fragmentos placentarios).
- Infección (por ejemplo, aborto realizado en condiciones de riesgo o séptico, amnionitis, metritis, pielonefritis).
- Traumatismo (lesión del útero o intestino durante el aborto, rotura uterina, desgarros del tracto genital).

1. Signos y síntomas

Diagnosticque shock si están presentes los signos y síntomas siguientes:

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg).

Entre otros signos y síntomas del shock se incluyen:



NOTAS



NOTAS



- Palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca).
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más).
- Ansiedad, confusión o inconciencia.
- Producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora).

2. Manejo inmediato

- Movilice urgentemente a todo el personal disponible.
- Busque transporte para trasladar a la madre a un hospital.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).
- Acuete a la madre sobre su costado izquierdo para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite para asegurar que la vía aérea esté despejada.
- Mantenga a la madre abrigada pero sin acalorarla puesto que el exceso de calor aumentará la circulación periférica y disminuirá el suministro de sangre a los centros vitales.
- Eleve las piernas de la madre para aumentar el retorno de la sangre al corazón. (Si posible, eleve la parte de los pies de la cama).

3. Manejo específico

- Inicie infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Rápidamente administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) inicialmente a razón de 1 litro en 15-20 minutos.



Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). **No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.**

- Administre al menos 2 litros de dichos líquidos en la primera hora. Esto es más que los líquidos de reposición para las pérdidas progresivas.
- En el caso del shock como consecuencia de un sangrado, la infusión debe realizarse a un ritmo más rápido. Fíjese como meta reponer de 2 a 3 veces la pérdida de líquido estimada.

No administre líquidos por vía oral a una madre en shock.



NOTAS

B. Manejo de Complicaciones en el Embarazo y Parto

1. Hemorragia Vaginal en etapa avanzada del embarazo y durante el trabajo de parto

Cualquier sangrado vaginal después de las 22 semanas o cualquier sangrado vaginal durante el trabajo de parto debe ser considerado como placenta previa o desprendimiento de placenta, hasta que no se demuestre otra causa.

a) Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos

- **Placenta previa**
 - Hemorragia sin dolor
 - Útero blando
 - Condición fetal normal
 - Prevea shock y maneje como tal



NOTAS



○ Desprendimiento prematuro de placenta

- Hemorragia,
- Dolor abdominal intermitente o constante
- Útero duro y tenso,
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Sufrimiento fetal o ausencia de latidos cardíacos fetales
- **Prevea shock y maneje como tal**

b) Manejo

- Movilice urgentemente a todo el personal disponible.
- Realice una evaluación rápida del estado de la madre, incluyendo los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).
- **NO realice un examen vaginal en esta etapa.**
- Inicie solución intravenosa con aguja de mayor calibre disponible (solución salina normal o lactato de Ringer).

c) Criterios de Referencia

Cualquier cantidad de hemorragia vaginal durante el embarazo es anormal. Por lo tanto, **todas las embarazadas que tienen hemorragia vaginal deben ser referidas al hospital.** La cantidad de sangre que se ve por fuera no representa las complicaciones internas que puedan existir. Es posible que se vea muy poca hemorragia por fuera, pero que exista una hemorragia interna.

Para hacer la referencia:

- Explique a la familia con delicadeza todo lo que está sucediendo, utilice un lenguaje sencillo.
- Acompañe a la madre al hospital.
- Recueste a la madre sobre su lado izquierdo.
- Busque o solicite dos personas que puedan donar sangre.

Si la familia no acepta la referencia:

- Explique a la familia y a la comadrona con mucha delicadeza que tanto la madre como el niño corren mucho peligro de morir si no van al hospital.

- Acompañe a la madre al hospital y continúe la solución IV en el camino.
- Vaya preparado/a para asistir un parto en el camino, si la hemorragia es profusa.



No dar líquidos por vía oral a una madre con shock.

2. Preeclampsia

La preeclampsia se manifiesta por medio de: cefalea, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia, presión arterial elevada.

a) Problemas

- Una mujer embarazada o que **ha dado a luz recientemente se queja de dolor de cabeza intenso o visión borrosa.**
- Una mujer embarazada o que **ha dado a luz recientemente es encontrada inconsciente o presenta convulsiones** (ataques).
- Una **mujer embarazada presenta la presión arterial elevada.**

b) Manejo general

- Si una mujer está inconsciente o presenta convulsiones, movilice urgentemente a todo el personal disponible.
- Realice una evaluación rápida del estado general de la madre incluyendo los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) mientras simultáneamente averigua los antecedentes de sus afecciones presentes y pasadas a través de ella o su acompañante.

Si está inconsciente:

- Verifique las vías aéreas y la temperatura
- Colóquela sobre su costado izquierdo

Si tiene convulsiones:

- Colóquela sobre su lado izquierdo para reducir riesgo de aspiración de secreciones, vómito y sangre.



NOTAS



NOTAS



- Protéjala de lesiones, pero no intente restringir sus movimientos.
- Manténgala bajo supervisión constante.
- Maneje como **eclampsia**.

El **sulfato de magnesio** es el medicamento de elección para prevenir y tratar las convulsiones en la preeclampsia grave y en la eclampsia.

c) Esquema de administración del sulfato de magnesio para la preeclampsia grave y la eclampsia

- Inicie solución IV (solución salina normal o lactato de Ringer).

Dosis inicial

- Solución de sulfato de magnesio al 50%, 4g más 16 cc de agua tridestilada IV en un lapso de cinco minutos.
- Administre 10 g de solución de sulfato de magnesio al 50%, 5 g en cada glúteo por vía IM profunda, con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa.
- Explique a la madre que sentirá calor al recibir el sulfato de magnesio.
- Si se repiten las convulsiones después de 15 minutos, administre solución de sulfato de magnesio al 50%, 2 g más 16 cc de agua tridestilada IV en un lapso de cinco minutos.
- Refiera a la madre al hospital indicando el tratamiento administrado y acompañela si le es posible.

Una proporción pequeña de mujeres con eclampsia tiene presión arterial normal. Trate a todas las mujeres con convulsiones como si tuvieran eclampsia hasta que no se confirme otro diagnóstico.

Recuerde:

- La preeclampsia leve a menudo no tiene ningún síntoma.
- Una proteinuria creciente es un signo de empeoramiento de la preeclampsia.

- El edema de los pies y las extremidades inferiores **no** se considera un signo confiable de preeclampsia.

d) Diagnóstico de los trastornos hipertensivos

Los trastornos hipertensivos del embarazo incluyen la hipertensión inducida por el embarazo y la hipertensión crónica (elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación).

Las cefaleas, la visión borrosa, las convulsiones y la pérdida del conocimiento a menudo **están asociadas** con la hipertensión inducida por el embarazo, pero **no** son necesariamente síntomas específicos de la misma.

- La presión **diastólica** es un buen indicador del pronóstico para el manejo de los trastornos hipertensivos durante el embarazo.
- La presión diastólica se toma en el punto en que el sonido arterial desaparece:
 - ➔ Se obtiene una lectura falsamente alta si el manguito no rodea al menos tres cuartas partes del diámetro del brazo.
 - ➔ Debe usarse un manguito más largo cuando el diámetro superior del brazo es de más de 30 cm.
 - ➔ La presión diastólica mide la resistencia periférica y **no** varía con el estado emocional de la mujer en la medida en que lo hace la presión sistólica.
- Si la **presión diastólica es 90 mm de Hg** o más en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de cuatro o más horas de separación, diagnostique hipertensión.
- Si la **presión diastólica es de 90 a 110 mm Hg** y la madre presenta algún síntoma (cefalea, visión borrosa) inicie dosis de sulfato de magnesio.
- Si la **presión diastólica es de 110 mm Hg**, aun sin cefalea, visión borrosa u otro, inicie dosis de sulfato de magnesio o si la **presión diastólica es de 110 mmHg o mayor**, manejar como hipertensión con Hidralazina 5 mg IV o Nifedipina 5 mg sublingual.



NOTAS



- Si la hipertensión se produce **después de las 20 semanas de gestación, durante el trabajo de parto y/o en las 48 horas después del parto**, se le clasifica como hipertensión inducida por el embarazo.

La presión diastólica por sí sola es un indicador exacto de la hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, sin embargo, definen la preeclampsia.

La preeclampsia grave y la eclampsia se manejan de manera similar, salvo que **en la eclampsia** el parto debe producirse dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de las convulsiones. **Todos los casos de preeclampsia grave deben recibir manejo activo del tercer período.** Los signos y síntomas de “eclampsia inminente” (visión borrosa, hiperreflexia), son poco confiables y no se recomienda el manejo conservador y expectante. **Todas las mujeres con preeclampsia leve o grave deben tener su parto en el hospital.** (Este tema y su manejo será ampliado en la siguiente unidad).

NOTAS



3. Ruptura prematura de membranas

a) Problema

- Secreción vaginal acuosa después de las 22 semanas de gestación.

b) Manejo general

- Confirme la exactitud de la edad gestacional calculada, si fuera posible.
- Use un espéculo esterilizado para evaluar la secreción vaginal (cantidad, olor, color) y excluir la incontinencia urinaria.

Si la madre se queja de sangrado en la etapa avanzada del embarazo (después de las 22 semanas), no realice tacto vaginal.

La ruptura prematura de membranas es la rotura de membranas antes que haya empezado el trabajo de parto. La rotura prematura de membranas puede ocurrir cuando el feto no ha madurado (pretérmino o antes de las 37 semanas o cuando ha madurado (a término).

El olor característico del líquido amniótico confirma el diagnóstico. Si la rotura de membranas no es reciente o si la pérdida es gradual, la confirmación del diagnóstico puede ser difícil:

- Coloque una compresa vaginal por encima de la vulva y examínela una hora después visualmente y por el olor.
- Use un espéculo esterilizado para el examen vaginal:
 - ➔ Se puede observar líquido proveniente del cuello uterino o que se acumula en el fondo de saco posterior.
 - ➔ Pídale a la madre que tosa; esto puede provocar la salida de un chorro de líquido.

No realice tacto vaginal puesto que no ayuda a establecer el diagnóstico y puede introducir infección.

- Si hay **sangrado vaginal con dolor abdominal intermitente o constante**, sospeche desprendimiento prematuro de la placenta y refiera inmediatamente.
- Si hay **signos de infección** (fiebre, secreción vaginal con mal olor), inicie dosis de antibiótico como para una **amnioítis**:
 - ➔ Ampicilina 2g IV cada 6 horas, más
 - ➔ Gentamicina 5 mg/kg peso corporal IV cada 24 horas, **y refiera al hospital**
- Si no hay **ningún signo de infección** y el **embarazo es de menos de 37** semanas (cuando es más probable que los pulmones no hayan alcanzado la maduración), administre antibióticos para reducir la morbilidad por infección materna y fetal y para retardar el parto:
 - ➔ Eritromicina base 250 mg vía oral tres veces al día por siete días, más
 - ➔ Amoxicilina 500 mg vía oral tres veces al día por siete días
- Administre corticosteroides a la madre para mejorar la maduración de los pulmones del feto:



NOTAS



NOTAS



- ➔ Betametasona, 12 mg IM, dos dosis con una separación de 12 horas, o
- ➔ Dexametasona, 6 mg IM, cuatro dosis con una separación de seis horas

- Refiera a la madre al hospital para la atención del recién nacido.
- Extraiga al bebé a las 37 semanas.

Los corticosteroides no se deben usar en presencia de una infección franca.

- Si hay **contracciones palpables y secreción mucosa con manchas de sangre**, sospeche trabajo de parto pretérmino.
- Si **no hay ningún signo de infección y el embarazo es de 37 semanas o más**:
- Si las membranas se han roto hace más de 18 horas, administre antibióticos profilácticos para reducir la infección por estreptococo del grupo B en el recién nacido:
 - ➔ Ampicilina 2 g IV cada 6 horas
 - ➔ Penicilina G 2 millones de unidades IV cada seis horas hasta el momento del parto
- Si **no hay ningún signo de infección después del parto**, interrumpa los antibióticos. Evalúe el cuello uterino:
 - ➔ Si el **cuello uterino es favorable** (blando, delgado, parcialmente dilatado) y no hay trabajo de parto, refiera a la madre para dar a luz en el hospital.

c) Prolapso del cordón umbilical

○ Problemas

- ➔ El cordón umbilical se encuentra en el conducto del parto debajo de la parte del feto que se presenta.

- ➔ El cordón umbilical es visible en la vagina después de la rotura de las membranas.

○ Manejo

Cordón umbilical pulsátil refiera a la madre al hospital.

- Si hay pulso en el cordón umbilical, el feto está vivo:
 - ➔ Diagnostique el período del trabajo de parto mediante un examen vaginal inmediato.
 - ➔ Si el parto es inminente, realice episiotomía.
 - ➔ Prepárese para reanimar al recién nacido.
- Si la madre está en **el primer período del trabajo de parto**, utilizando guantes estériles, introduzca una mano en la vagina y empuje hacia arriba la parte que se presenta para disminuir la presión sobre el cordón y desalojar dicha parte de la pelvis:
 - ➔ Coloque la otra mano sobre el abdomen a la altura de la región suprapúbica para mantener la parte que se presenta fuera de la pelvis.
 - ➔ Una vez que la parte que se presenta está firmemente sostenida encima del reborde pélvico, retire la otra mano de la vagina. Mantenga la mano sobre el abdomen hasta llegar al hospital para una cesárea.

4. Malas presentaciones fetales

Las malas presentaciones son todas aquellas presentaciones del feto que no son de vértice.

a) Problema

El feto está en una posición o presentación anormal que puede ocasionar un parto prolongado u obstruido.



NOTAS

[illegible]



NOTAS



b) Manejo general

- Haga una evaluación rápida del estado general de la madre incluidos los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).
- Evalúe el estado del feto: ausculte la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de una contracción y evaluar si hay sufrimiento fetal.
- Refiera a la madre al hospital inmediatamente para dar a luz ahí, o para cesárea. En caso de parto inminente y presentación podálica, deben conocerse algunas indicaciones que se tratarán en la siguiente unidad.

5. Trabajo de parto prolongado

a) Problemas

- La fase latente dura más de ocho horas.
- En el partograma la dilatación del cuello uterino está a la derecha de la línea de alerta.
- La madre ha sufrido dolores de trabajo de parto durante 12 horas o más, sin que se produjera el parto (**trabajo de parto prolongado**)

b) Manejo general

- Realice una evaluación rápida del estado de la madre y del feto y brinde apoyo emocional a la madre y familia.
- Revise el partograma.

Refiera a la madre al hospital inmediatamente.

C. Manejo de Complicaciones Después del Parto

1. Hemorragia vaginal (cuadro 2)

Un sangrado vaginal de más de 500 ml después del parto se define como hemorragia postparto. Esta definición, sin embargo, presenta algunos problemas:

- La estimación de la pérdida de sangre es notoriamente baja, a menudo la mitad de la pérdida real. La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y a veces con la orina. Se dispersa en esponjas, toallas y artículos de tela, en los baldes y en el piso.
- La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la madre. Una madre con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

Aun las mujeres sanas, sin anemia, pueden sufrir una pérdida de sangre catastrófica.

- El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la madre entre repentinamente en shock.

La evaluación de los riesgos en la etapa prenatal no permite pronosticar con eficacia qué mujeres sufrirán hemorragia postparto.

El manejo activo del tercer período debe practicarse en todas las mujeres en trabajo de parto, ya que reduce la incidencia de hemorragia postparto causada por el útero atónico. Es necesario monitorear estrechamente a todas las mujeres durante el postparto para determinar cuáles presentan hemorragia durante este período.

a) Definiciones

- **Hemorragia postparto inmediato:** un aumento del sangrado vaginal **dentro** de las primeras 24 horas después del parto.
- **Hemorragia postparto tardío:** un aumento del sangrado vaginal **después** de las primeras 24 horas de ocurrido el parto.



NOTAS



El sangrado lento y continuo o el sangrado repentino constituyen una emergencia; intervenga cuanto antes y con decisión.

b) Manejo general

- Movilice urgentemente a todo el personal disponible.
- Realice una evaluación rápida del estado general de la madre incluyendo los signos vitales (pulso, presión arterial, respiraciones, temperatura).
- Si **sospecha shock**, inicie tratamiento inmediatamente. Aun si no hay signos de shock presentes, téngalo en mente mientras evalúa a la madre puesto que su estado general puede empeorar rápidamente. Si **se desarrolla shock**, es importante iniciar el tratamiento de inmediato.
- Masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos. Los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces.
- Administre oxitocina 10 unidades IM. **No administre oxitocina si hay inversión del útero.**
- Verifique si la placenta ha sido expulsada y examínela para tener la certeza de que está íntegra.
- Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros.
- **REFIERA INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.**

NOTAS



CUADRO 2
DIAGNÓSTICO DE SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO



Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable
○ Hemorragia postparto inmediata ○ Útero blando y no contraído	○ Shock	○ Útero atónico
○ Hemorragia postparto inmediata	○ Placenta íntegra ○ Útero contraído	○ Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo
○ No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto	○ Hemorragia postparto inmediata ○ Útero contraído	○ Retención de placenta
○ Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas	○ Hemorragia postparto inmediata ○ Útero contraído	○ Retención de fragmentos placentarios
○ No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal ○ Dolor leve o intenso	○ Inversión uterina visible en la vulva ○ Hemorragia postparto inmediata	○ Inversión uterina
○ Se produce sangrado más de 24 horas después del parto ○ Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	○ Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor ○ Anemia	○ Hemorragia postparto tardía
○ Hemorragia postparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal) ○ Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura)	○ Shock ○ Abdomen sensible ○ Pulso materno rápido	○ Rotura uterina



NOTAS



El sangrado puede ser leve si hay un coágulo que bloquea el cuello uterino o si la madre está acostada de espaldas.

Puede no haber sangrado con la inversión uterina completa.

c) Manejo del útero atónico

Un útero atónico no logra contraerse después del parto:

- Continúe masajeando el útero.
- Use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial (cuadro 3).

CUADRO 3
USO DE LOS MEDICAMENTOS OXITÓCICO

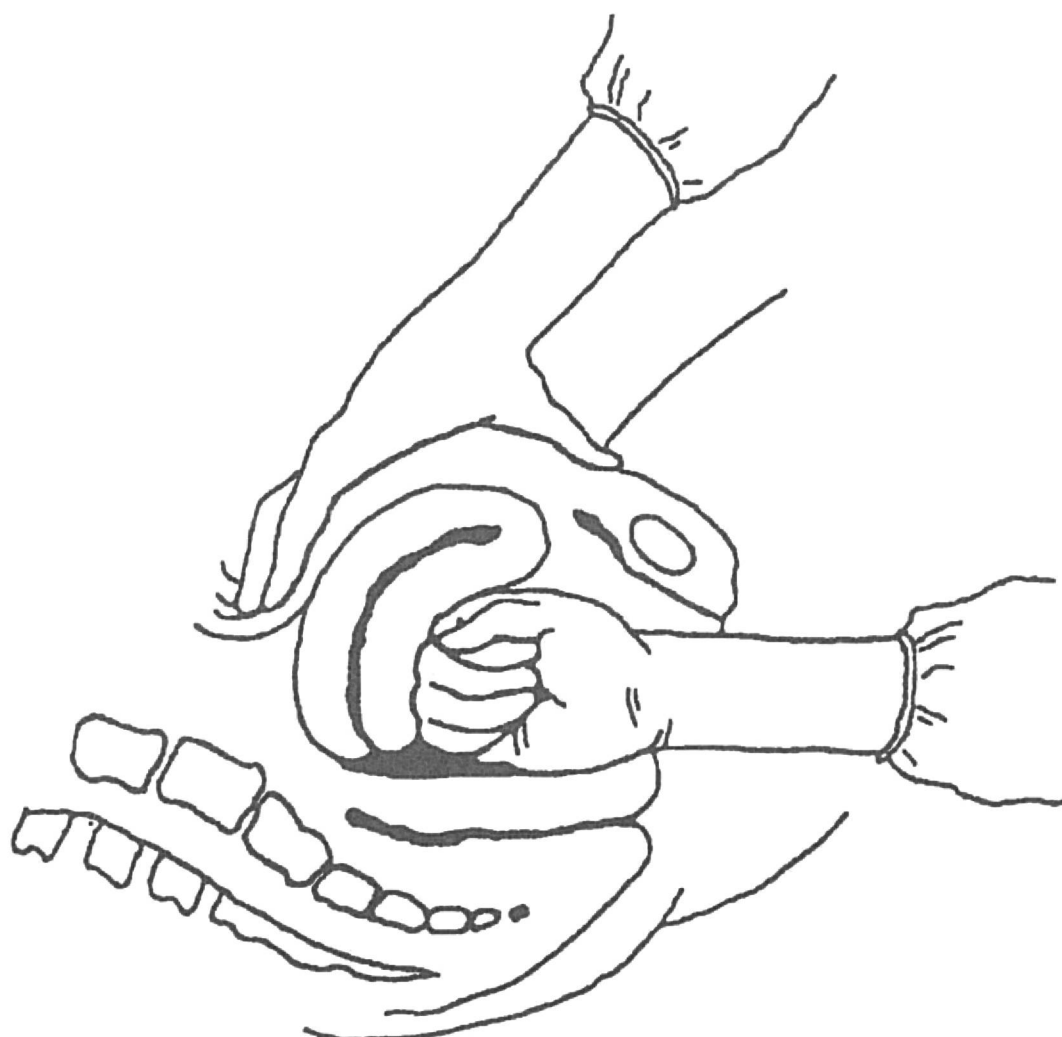
Procedimiento	Oxitocina	Ergometrina/ Metilergometrina
Dosis y vía de administración	○ IV: infunda 20 unidades en 1 l de líquidos IV a 60 gotas por minuto ○ IM: 10 unidades	○ IM o IV (lentamente): 0,2 mg
Dosis continua	○ IV: infunda 20 unidades en 1 l de líquidos IV a 40 gotas por minuto	○ Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos. ○ Si se requiere, administre 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada cuatro horas
Dosis máxima	○ No más de 3 l de líquidos IV que contengan oxitocina	○ Cinco dosis (un total de 1,0 mg)
Precauciones/contraindicaciones		
No administre en bolo IV si hay: ○ Preeclampsia ○ Hipertensión ○ Cardiopatía		

NOTAS



- Prevea la necesidad de sangre tempranamente y **refiera a la madre** al hospital para transfundir según la necesidad.
- **Si el sangrado continúa:**
 - ➔ Verifique nuevamente si la placenta está íntegra.
 - ➔ Si hay **signos de retención de fragmentos placentarios**, extraiga el tejido placentario residual (anexo 3 “remoción manual de la placenta”).
- Si **el sangrado continúa** a pesar del manejo arriba mencionado, realice la compresión bimanual del útero:
 - ➔ Usando guantes estériles, introduzca una mano en la vagina y forme un puño.
 - ➔ Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
 - ➔ Con la otra mano, presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
 - ➔ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO



NOTAS



NOTAS



- Como alternativa, comprima la aorta abdominal:
 - ➔ Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal:
 - ✓ El punto a comprimir queda justo por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
 - ✓ Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.
 - ➔ Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
 - ✓ Si **el pulso es palpable durante la compresión**, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
 - ✓ Si **el pulso femoral no es palpable**, la presión ejercida es adecuada.
 - ➔ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado (durante el viaje al hospital de referencia).

COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL



Taponar el útero es ineficaz y ocasiona el desperdicio de un tiempo precioso.

d) Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo

Los desgarros del canal del parto son la **segunda** causa más frecuente de hemorragia postparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico. La hemorragia postparto con útero contraído se debe generalmente a un desgarro del cuello uterino o de la vagina.

Examine a la madre cuidadosamente y haga presión con una gaza o trapo durante 10 minutos para tratar de detener la hemorragia, mientras es trasladada al hospital para la sutura adecuada de los desgarros.

e) Retención de la placenta

Puede haber retención de placenta sin ningún sangrado.

- Si **puede ver la placenta**, pídale a la madre que puje de cuclillas para expulsarla.
- Si **puede palpar la placenta en la vagina, extraícala**:
 - ➔ Pídale a la madre que orine para que vacíe la vejiga.
 - ➔ Cateterice la vejiga si fuera necesario.
 - ➔ Si la placenta no es expulsada, administre oxitocina 10 unidades IM, si no le fue administrado ya como parte del manejo activo del tercer período.

No administre Ergometrina porque causa una contracción uterina tónica, la cual puede retardar la expulsión.

- Si **la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con oxitocina y el útero está contraído**, intente la tracción controlada del cordón umbilical empujando con la palma de la mano el útero hacia arriba, sobre la sínfisis del pubis y halar sostenidamente el cordón con la otra mano, siguiendo el curso del canal del parto. **Evite movimientos bruscos.**



NOTAS



NOTAS



- Si la placenta no ha salido en 30 minutos, referir a la paciente al hospital o intentar la extracción manual según técnica (anexo 3).

f) Criterios de referencia

- Retención de placenta por más de 30 minutos sin hemorragia.
- Retención de placenta con hemorragia: **REFERIR INMEDIATAMENTE**, no esperar los 30 minutos.
- Retención de restos placentarios.
- Hemorragia anormalmente abundante ya sea por laceración de cuello uterino o de la vagina.
- Atonía uterina (debido a la falta de contracción del útero).
- Cualquier hemorragia de sangre roja (aunque sea en poca cantidad) o salida de coágulos grandes que hagan que la madre se sienta mareada, con náusea, fría y/o sudorosa (signos y síntomas de shock).

2. Metritis

a) Problema

Una madre presenta fiebre (temperatura de 38 grados C o más) más de 24 horas después del parto.

La infección uterina o **metritis** es una infección del útero después del parto y una de las causas principales de muerte materna. La demora del tratamiento o el tratamiento inadecuado de la metritis puede causar absceso pélvico, peritonitis, shock séptico, trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, infección pélvica crónica con dolor pélvico recurrente y dispareunia, bloqueo de las trompas uterinas e infertilidad.

○ Signos y síntomas típicos

- ➡ Fiebre/escalofríos.
- ➡ Dolor constante en la parte inferior del abdomen (este signo es muy importante —el dolor es diferente al de los entuertos).



➔ Loquios purulentos, con mal olor.

➔ Útero sensible.

○ Signos y síntomas que a veces se presentan

➔ Sangrado vaginal leve (leve: que empapa una compresa o un paño limpio en más de cinco minutos).

➔ Shock.

b) Manejo

El manejo de la infección uterina es hospitalario. Se debe vigilar estrechamente la evolución de la madre, se debe transfundir según necesidad.

○ En el ámbito comunitario:

➔ Fomente el reposo en cama.

➔ Asegure la hidratación adecuada por vía oral o IV

➔ Use medios físicos para ayudar a disminuir la temperatura.

➔ Administre una combinación de antibióticos hasta que la madre esté sin fiebre por 48 horas:

✓ Ampicilina 2 g IV cada seis horas, más:

✓ Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas, más:

✓ Metronidazol 500 mg IV cada ocho horas.

➔ Si la fiebre persiste después de 72 horas de comenzar los antibióticos, reevalúe a la madre y reconsidere el diagnóstico. **REFIERA INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.**



NOTAS



En este punto le recomendamos que regrese a los objetivos de aprendizaje y los vuelva a leer detenidamente...
¿Cree que los alcanzó?

Este análisis le permitirá autoevaluarse y definir si hay temas que debe volver a repasar. Si considera que alcanzó los objetivos propuestos, usted está listo para resolver su hoja de autoevaluación.

V. EVALUACIÓN

Instrucciones

NOTAS



Para obtener los créditos correspondientes a esta unidad, usted debe asistir a la sesión presencial de ésta de acuerdo al calendario y entregar la hoja de respuestas ese día.

Recuerde que la autoevaluación es un ejercicio para que usted refuerce su aprendizaje. Por lo tanto, lea cuidadosamente cada una de las preguntas sin marcar las respuestas. Si usted no conoce las respuestas en varias de ellas, regrese nuevamente a estudiar la unidad. Si no es éste su caso, siga adelante.

Primera Serie

A continuación encontrará 10 preguntas de selección múltiple. Marque una sola respuesta en la hoja de respuestas. Valor de cada pregunta: 6 puntos, para un total de: 60 puntos.

1. En la evaluación inicial rápida de toda mujer que llega a un servicio de salud, el(a) proveedora(a) pregunta por todas las siguientes, excepto:
 - a) Hemorragia vaginal
 - b) Dolor de cabeza
 - c) Visión borrosa
 - d) Dolor de cintura
2. Si usted encuentra por un pasillo del hospital a una mujer embarazada que refiere dolor de cabeza, usted inmediatamente hace lo siguiente:
 - a) La ayuda a encontrar un transporte para que la regrese a su casa a descansar
 - b) Le prescribe que tome Acetaminofén 500 mg cada seis horas
 - c) La conduce a una clínica para tomarle la presión arterial y determinar si está hipertensa
 - d) Le explica con delicadeza que todas las embarazadas sufren dolor de cabeza
3. De los siguientes enunciados, señale el correcto:
 - a) Estudios en muchos países del mundo señalan que más de 20% de mujeres de 15 a 20 años presentan hipertensión en el embarazo
 - b) El enfoque actual sobre la atención de la mujer en edad fértil es promover una maternidad saludable y sensibilizar a la sociedad y familia acerca de que toda mujer embarazada está en riesgo
 - c) Se ha demostrado que las mujeres que asisten por lo menos a cuatro atenciones prenatales son quienes no presentan complicaciones al momento del parto o después del parto
 - d) Todas son correctas



NOTAS



NOTAS



4. Todo lo siguiente apoya la vida de una madre con complicación en las primeras horas postparto, señale la intervención individual más importante de todas:
 - a) Un(a) proveedor(a) competente en la asistencia del parto y después del parto
 - b) Un medio de transporte para traslado de la madre
 - c) Una comité de salud organizado y trabajando para apoyar a la madre
 - d) Una persona encargada de cuidar la casa y a los demás niños

5. Como parte del paso 4 de la Atención Prenatal Personalizada (examen físico obstétrico), hago todo lo siguiente, excepto:
 - a) Explico a la madre lo que le voy haciendo
 - b) Tomo y registro el valor numérico de la presión arterial
 - c) Busco señales de aumento rápido de peso materno
 - d) Determino la posición y el latido cardíaco fetal

6. Los siguientes son comportamientos que reflejan la calidad de la atención, excepto:
 - a) Busco ayuda de alguien si no hablo el idioma de la madre
 - b) La llamo siempre por su nombre, y la escucho con atención
 - c) Permito que entre el esposo de la señora a la consulta
 - d) Permito que entren y salgan otras personas a la consulta

7. Usted es llamado de urgencia para atender en el puesto de salud a una mujer en la etapa avanzada del embarazo, con fuerte dolor a nivel epigástrico y presión arterial diastólica de 110 mmHg. Usted hace lo siguiente:
 - a) Explica a la madre y familia sobre el peligro de convulsiones
 - b) Canaliza una vía IV, y administra primera dosis de Sulfato de Magnesio 4 g IV al 50%, más 16 ml de agua tridestilada en un lapso de cinco minutos
 - c) Hace arreglos para el traslado de la madre al hospital para el manejo adicional
 - d) Todo lo anterior es correcto



8. Al centro de salud llega una madre con 34 semanas de gestación, con hemorragia vaginal, mal estado general, piel fría y sudorosa. Usted hace todo lo siguiente, excepto:
- Recuesta a la madre sobre su lado izquierdo y la abriga sin acalorarla
 - Toma presión arterial y pulso para hacer el diagnóstico de shock hipovolémico
 - Canaliza con angiocat 14 ó 16 y administra 1,000 cc de solución salina a chorro
 - Realiza tacto vaginal para verificar si la hemorragia se debe a placenta previa
9. Usted asiste a la Sra. Guillén en su parto. Ella dio a luz a una niña que pesó seis libras. Antes de aplicar tracción controlada al cordón según su práctica del Manejo Activo del Tercer Estadío del parto, usted debe:
- Administrar oxitocina intramuscular
 - Dar masaje uterino vigoroso
 - Ponerla a pujar de cuclillas
 - Decirle que frote sus pezones
10. Usted asistirá el parto de la Sra. Sol, primigesta con 39 semanas. A las 08:00 presenta 4 cm de dilatación. A las 12:00 tiene 5 cm de dilatación. ¿Dónde ubica este punto en el partograma?
- A la derecha de la línea de alerta
 - Sobre la línea de alerta
 - Sobre la línea de acción
 - Sobrepasando la línea de acción



NOTAS



Segunda Serie

A continuación encontrará cinco preguntas de apareamiento. Escriba dentro del paréntesis la letra que identifica la respuesta al enunciado de la izquierda. Valor de cada pregunta: 4 puntos, para un total de: 20 puntos. Sobran dos respuestas.

NOTAS



- | | | |
|--|--------|---|
| 1. Es el primer paso del manejo activo. | () | a) Confirmar que no hay otro bebé o más. |
| 2. Es un signo de metritis postparto. | () | b) Administración inmediata de oxitocina. |
| 3. Es una señal de peligro de preeclampsia. | () | c) Edema en pies, manos y cara. |
| 4. Es el medicamento de elección para tratar las convulsiones en una mujer embarazada, mientras no se confirme el diagnóstico. | () | d) Temperatura mayor de 38 grados C. |
| | | e) Dolor epigástrico |
| | | f) Solución de Sulfato de Magnesio. |
| 5. Es la principal causa de muerte materna en el mundo. | () | g) Hemorragia postparto inmediato. |
| | () | |
| | () | |

Tercera Serie

A continuación encontrará cinco preguntas de Falso o Verdadero. Escriba dentro del paréntesis **F** o **V** de acuerdo a lo que conoce de cada enunciado. Valor de cada pregunta: 4 puntos, para un total de: 20 puntos.



- | | F | V |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Es un parto humanizado el respetar la posición que la madre desee adoptar para que nazca el niño. | ☐ | ☐ |
| 2. La protección térmica del recién nacido incluye secar adecuadamente al bebé inmediatamente después del parto y dejarle cubierto con los mismos trapos con los que se secó. | ☐ | ☐ |
| 3. Es un parto humanizado colocar al bebé piel a piel con la madre después de haberlo secado correctamente. | ☐ | ☐ |
| 4. Las mujeres no deben beber ni comer nada cuando están en trabajo de parto | ☐ | ☐ |
| 5. Los enemas evacuadores son necesarios para mejorar el descenso fetal. | ☐ | ☐ |



NOTAS

MÓDULO I
UNIDAD 2
Atención Básica de la Mujer durante
el Embarazo, Parto y Postparto: *Nivel
Comunitario*

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____	
_____	No. de Colegiado: _____
Lugar de Trabajo: _____	
_____	Tel.: _____
Nombre del Facilitador: _____	
_____	Departamento: _____

HOJA DE RESPUESTAS

1a. Serie	2a. Serie	3a. Serie	
		F	V
1. ☐	1. ☐		
2. ☐	2. ☐	1. ☐	☐
3. ☐	3. ☐	2. ☐	☐
4. ☐	4. ☐	3. ☐	☐
5. ☐	5. ☐	4. ☐	☐
6. ☐		5. ☐	☐
7. ☐			
8. ☐			
9. ☐			
10. ☐			

MÓDULO I
UNIDAD 2
Atención Básica de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Postparto: Nivel Comunitario

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos:

No. de Colegiado:

Lugar de Trabajo:

Tel.:

Nombre del Facilitador:

Departamento:

HOJA DE RESPUESTAS

1a. Serie		2a. Serie		3a. Serie		
					F	V
1.	☐	1.	☐		☐	☐
2.	☐	2.	☐	1.	☐	☐
3.	☐	3.	☐	2.	☐	☐
4.	☐	4.	☐	3.	☐	☐
5.	☐	5.	☐	4.	☐	☐
6.	☐			5.	☐	☐
7.	☐					
8.	☐					
9.	☐					
10.	☐					



NOTAS



VI. ANEXOS

ANEXO I

GUÍA DE APRENDIZAJE PARA EL EXAMEN FÍSICO PRENATAL' (A ser usada por los(as) participantes)

PREPARACIÓN

1. Prepare el equipo necesario.
2. Diga a la madre lo que se hará y anímela a que haga preguntas.
3. Escuche lo que ella tenga que decir.
4. Felicítela por venir a su atención prenatal.

Examen Físico (observe/palpe)

1. Pregunte a la madre si desea orinar. De ser necesario, guarde la orina para hacer exámenes.
2. Observe el aspecto general de la madre (postura /deformidades esqueléticas, palidez, cansancio, preocupación).
3. Ayude a la madre a subir a la camilla y colóquele una almohada debajo de la cabeza y parte superior de los hombros.
4. Lávese las manos en forma concienzuda con agua y jabón, y séquelas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.
5. A medida que proceda, explique cada paso del examen físico y aliente a la madre a que haga preguntas.
6. Tómese la presión arterial y registre los hallazgos.
7. Inspeccione la conjuntiva, la lengua, los lechos de las uñas y las palmas de las manos para determinar si hay palidez.
8. Cuente el número de respiraciones en 30 segundos (multiplíquelo por dos).

¹ La Guía de Aprendizaje para el Examen Físico Prenatal se adaptó del material que está siendo utilizado en el proceso de capacitación en Atención Materno Neonatal (AMNE) por el MSPAS y el PSMN. Es importante hacer notar que en los servicios de salud estatales se usará la Ficha Materna Perinatal para registrar los datos de la madre.





NOTAS



9. Examine las mamas:

- ☐ Determine si hay masas/nódulos
- ☐ Inspeccione los pezones para ver si son protráctiles

Examen Abdominal

1. Pida a la madre que coloque los brazos a los lados del cuerpo o que los cruce sobre el pecho, y que doble levemente las rodillas, de requerirse.
2. Observe la forma y el tamaño del abdomen, y determine si hay cicatrices presentes.

Estimación de la Altura del Fondo Uterino (segundo y tercer trimestre)

3. Coloque la línea del cero de la cinta métrica en el borde superior de la sínfisis del pubis.
4. Extienda la cinta métrica a lo largo del contorno del abdomen hasta el tope del fondo uterino.
5. Use la línea abdominal para determinar el número de centímetros que hay desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el tope del fondo uterino:
 - ☐ Después de cerca de 22 a 24 semanas, el número de centímetros debiera ser aproximadamente equivalente a las semanas de gestación.

Determinación de la Situación y Presentación (tercer trimestre)

6. Colóquese de frente a la cabeza de la madre.
7. Coloque sus manos a los lados del fondo uterino y doble los dedos alrededor de la parte superior (tope) del fondo uterino.
8. Palpe la forma, el tamaño, la consistencia y la movilidad.
 - ☐ A la palpación, las nalgas del feto se sentirán irregulares, más grandes o más voluminosas que una cabeza; las nalgas no se pueden delimitar bien; tampoco se pueden mover ni pelotear con facilidad.



- A la palpación, la cabeza fetal se siente rodeada y dura, y la podrá pelotear entre sus manos o entre el pulgar y el índice de una mano.
9. Coloque una mano a cada lado del útero, a mitad de camino entre la sínfisis del pubis y el fondo uterino:
- La espalda fetal se sentirá como una masa continua y uniforme, firme y curvada, que se extiende desde las nalgas hasta el cuello.
10. Aplique presión a un lado del útero, empujando al feto hacia el otro lado del abdomen contra la otra mano (la mano de examen).
11. Mantenga esa presión mientras palpa el otro lado del útero, desde la línea media abdominal hasta el lado externo, y desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino:
- Las manos, los pies, las rodillas y los codos del feto se sentirán como algo pequeño, nudoso e irregular, y se moverán al presionarlos.
12. Repita el mismo procedimiento a la inversa para examinar el otro lado del útero.
13. Ahora use el pulgar y el índice para agarrar la parte inferior del abdomen que se encuentra inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis (asegúrese de no causarle un malestar indebido a la madre).
14. Presione con delicadeza, pero firmemente, hacia adentro del abdomen para palpar la parte presentada que se encuentra debajo y entre sus dedos pulgar e índice.
15. Palpe para sentir la forma, tamaño, consistencia y movilidad con el fin de determinar si se trata de la cabeza o las nalgas:
- Si la parte presentada es la cabeza y no está encajada, se sentirá a la palpación como una masa móvil.
16. Ahora voltéese hacia los pies de la madre.
17. Asegúrese de que la madre tenga aún las rodillas dobladas.



NOTAS



NOTAS



18. Coloque una mano a cada lado del útero, con las palmas justo por debajo del nivel del ombligo y con los dedos dirigidos hacia la sínfisis del pubis.

19. Presione profundamente con las puntas de los dedos hacia adentro del abdomen bajo y mueva los dedos hacia la entrada pélvica:

- Una presentación de vértice estará indicada si una de las manos palpa el sincipucio (masa redonda y dura) del mismo lado del abdomen en que se palparon las partes fetales pequeñas, mientras al mismo tiempo, la otra mano continúa descendiendo hacia la pelvis.
- Una presentación de cara estará indicada si una mano palpa el occipucio (masa redonda y dura) del mismo lado del abdomen donde se palpó la espalda, mientras que, al mismo tiempo, la otra mano continúa descendiendo hacia la pelvis.
- Una presentación de cejas estará indicada si ambas manos palpan el sincipucio y el occipucio, simultáneamente.
- Una presentación de nalgas estará indicada si ambas manos siguen descendiendo hacia la entrada pélvica y experimentan una sensación de “ceder” a lo largo del tronco del feto.

Auscultación del Corazón Fetal (al final del segundo y tercer trimestre)

20. Coloque el estetoscopio fetal sobre el abdomen de la madre en ángulo recto al mismo.

21. Coloque la oreja en contacto estrecho y firme con el estetoscopio.

22. Mueva el estetoscopio por el abdomen hasta el sitio donde se escuche el corazón fetal con mayor claridad.

23. Escuche a través de la espalda del feto (en el caso de presentaciones de vértice y de nalgas).

24. Escuche a través del tórax del feto (en caso de presentaciones de cara).

25. Escuche el corazón fetal sin tocar el estetoscopio con las manos.

Examen de los Genitales Externos

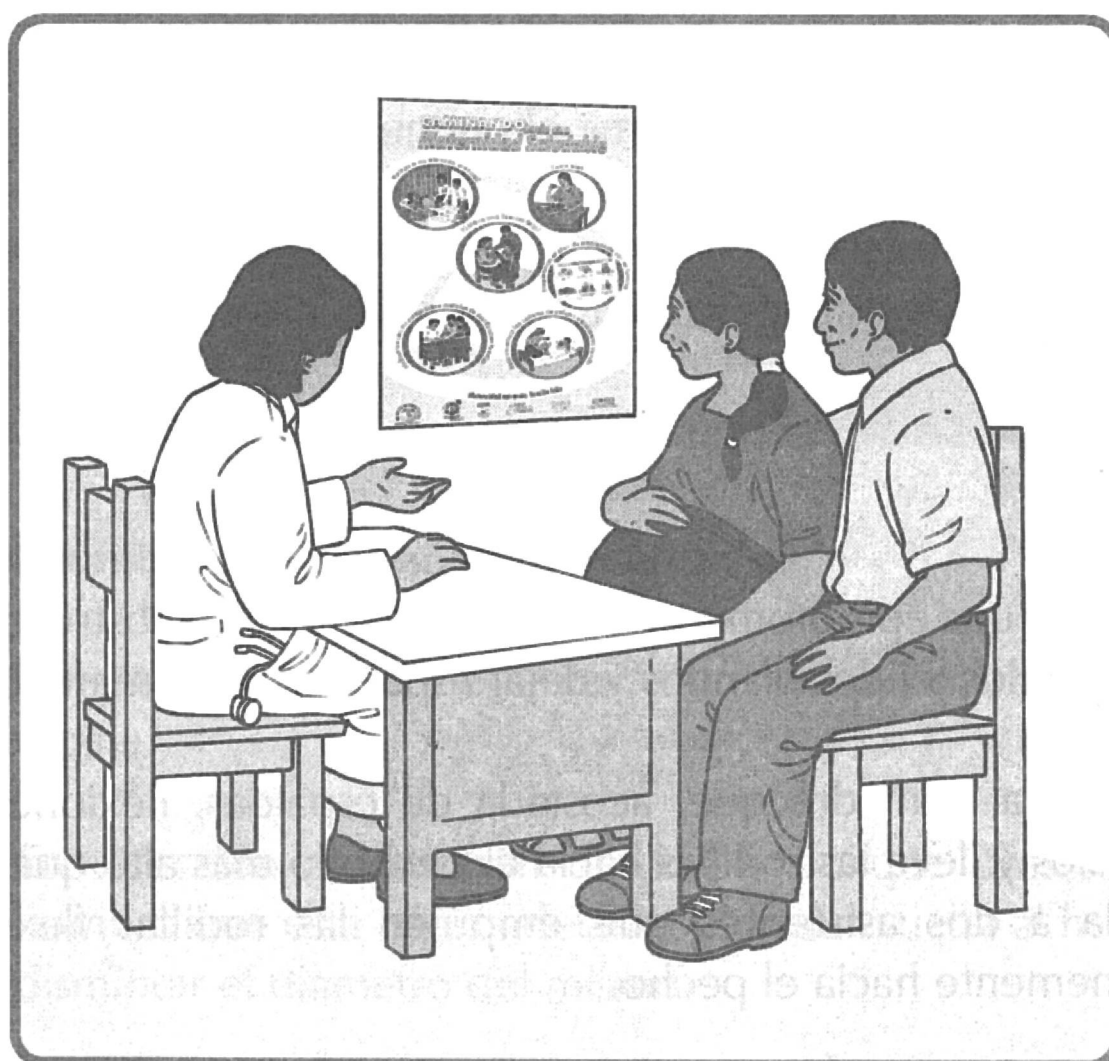
1. Póngase guantes.
2. Inspeccione los genitales externos para determinar si hay llagas e inflamación.
3. Inspeccione el orificio vaginal para determinar si hay sangrado y un flujo anormal.
4. Determine si hay signos de mutilación genital femenina (específico según el país/ población).
5. Sumerja ambas manos enguataadas en una solución de cloro al 0.5%:
 - Quítese los guantes invirtiéndolos.
6. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séquelas con un paño limpio y seco, o déjelas secar en el aire.



NOTAS

Tareas subsiguientes al Examen Físico:

1. Averigüe si la madre tiene alguna otra pregunta.
2. Ayúdele a bajarse de la mesa de examen e invítela a sentarse.
3. Registre todos los hallazgos pertinentes del examen físico.





ANEXO 2

DISTOCIA DE HOMBRO (hombros atorados)

PROBLEMA

- La cabeza del feto ha emergido pero los hombros están atorados y no se pueden extraer.

Manejo General

- Esté preparado para la distocia de hombro en todo los partos, especialmente si se prevé un bebé grande.
- Cuente con varias personas listas para prestar ayuda.

NOTAS



La distocia de hombro no se puede predecir.

Diagnóstico

- La cabeza fetal se ha expulsado, pero sigue adosada a la vulva con firmeza.
- El mentón se retrae y oprime el perineo.
- Aplicando tracción sobre la cabeza no se logra hacer salir el hombro, que está atascado detrás de la sínfisis del pubis.

Manejo

- Realice una episiotomía adecuada para reducir la obstrucción que causan los tejidos blandos y dejar espacio para la manipulación.
- Pídale a la madre que, acostada de espaldas, flexione ambos muslos y lleve las rodillas hacia el pecho lo más alto que pueda. Pida a dos asistentes que empujen las rodillas flexionadas firmemente hacia el pecho.

UNA ASISTENTE EMPUJA LAS RODILLAS FLEXIONADAS FIRMEMENTE HACIA EL PECHO



○ Provisto de guantes estériles:

- ➔ Aplique una tracción firme y continua hacia abajo sobre la cabeza fetal para mover el hombro que está por delante bajo la sínfisis del pubis.

Nota: Evite la tracción excesiva de la cabeza, ya que puede producir una lesión en los plexos braquiales.

- ➔ Pida a un asistente que aplique simultáneamente una presión suprapúbica hacia abajo para ayudar a que el hombro descienda.

Nota: No aplique presión sobre el fondo del útero. Esto encajará aun más el hombro y puede ocasionar rotura uterina.

○ Si el **hombro todavía no ha descendido**:

- ➔ Provisto de guantes estériles, introduzca una mano en la vagina.
- ➔ En dirección al esternón del bebé, aplique presión en el hombro que está hacia adelante para dar vuelta al hombro y disminuir el diámetro del mismo.



NOTAS



NOTAS



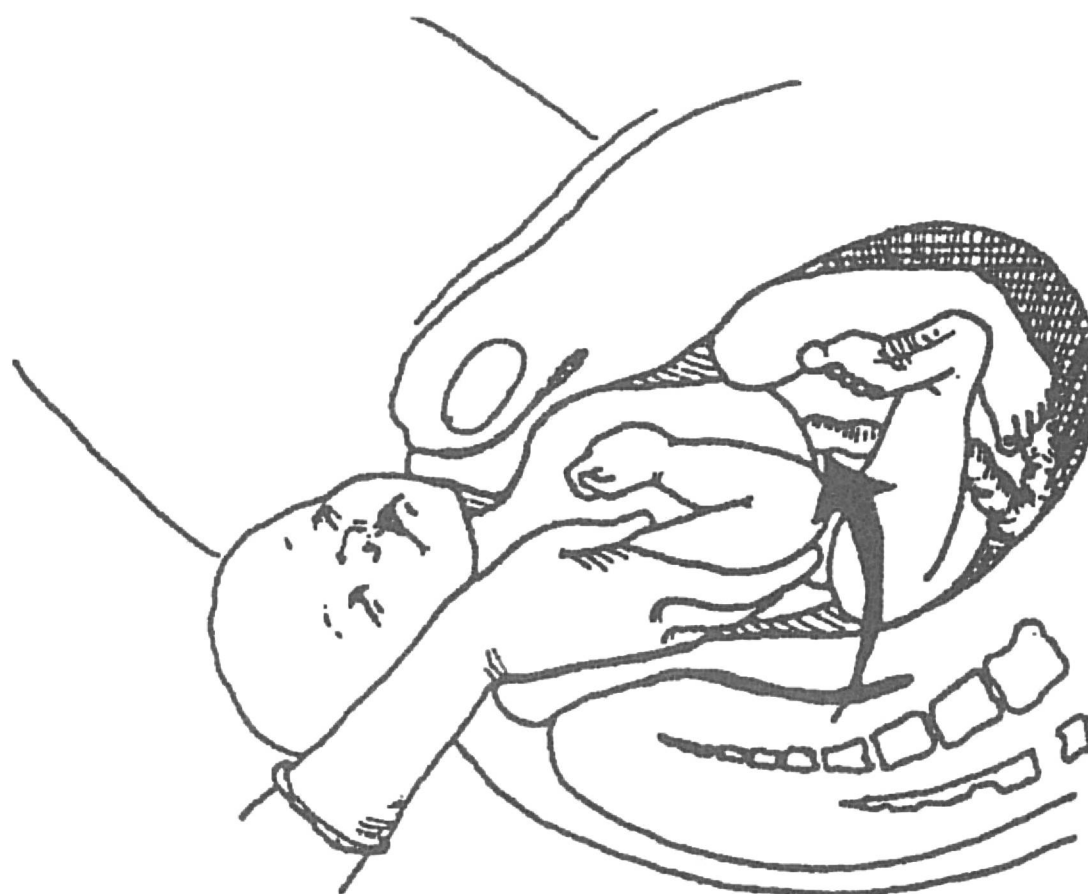
➔ Si es necesario, aplique presión al hombro que está hacia atrás, en dirección al esternón del bebé.

○ Si el **hombro todavía no se ha expulsado a pesar de las medidas anteriores:**

➔ Introduzca una mano en la vagina.

➔ Sujete el húmero del brazo que está posterior y, manteniendo el brazo flexionado en el codo, deslícelo transversalmente sobre el pecho. Esto permitirá que haya espacio para que el hombro que está anterior pueda moverse bajo la sínfisis del pubis.

SE SUJETA EL HÚMERO DEL BRAZO POSTERIOR DEL BEBÉ Y SE DESLIZA EL BRAZO TRANSVERSALMENTE SOBRE EL PECHO



○ Si con **todas las medidas anteriores no se logra expulsar el hombro** habría, entre otras, las opciones siguientes:

➔ Fracturar la clavícula para reducir el ancho de los hombros y liberar el hombro que está anterior.

➔ Aplicar tracción en la axila con un gancho, para extraer el brazo que está posterior.

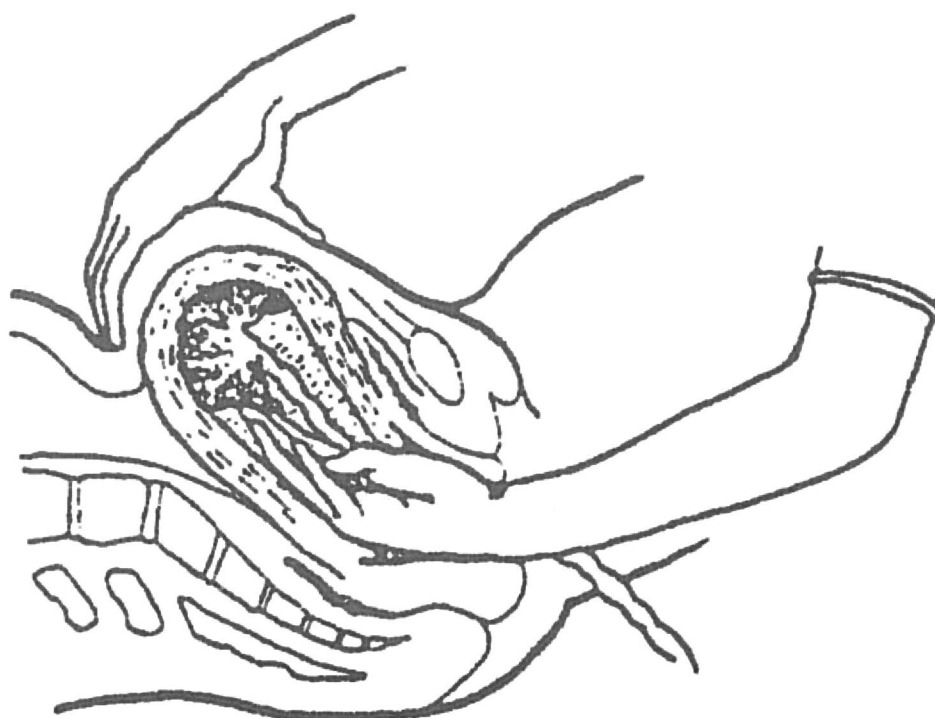


- Suelte el cordón umbilical y coloque la mano hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contracción durante la remoción impidiendo así que se invierta el útero.

Nota: si el útero se invierte, vuelva a colocarlo en posición (ver anexo 5, corrección de la inversión uterina).

- Mueva los dedos de la mano lateralmente hasta que ubique el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue separado antes, inserte una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina.

SE SOSTIENE EL FONDO MIENTRAS SE SEPARA LA PLACENTA



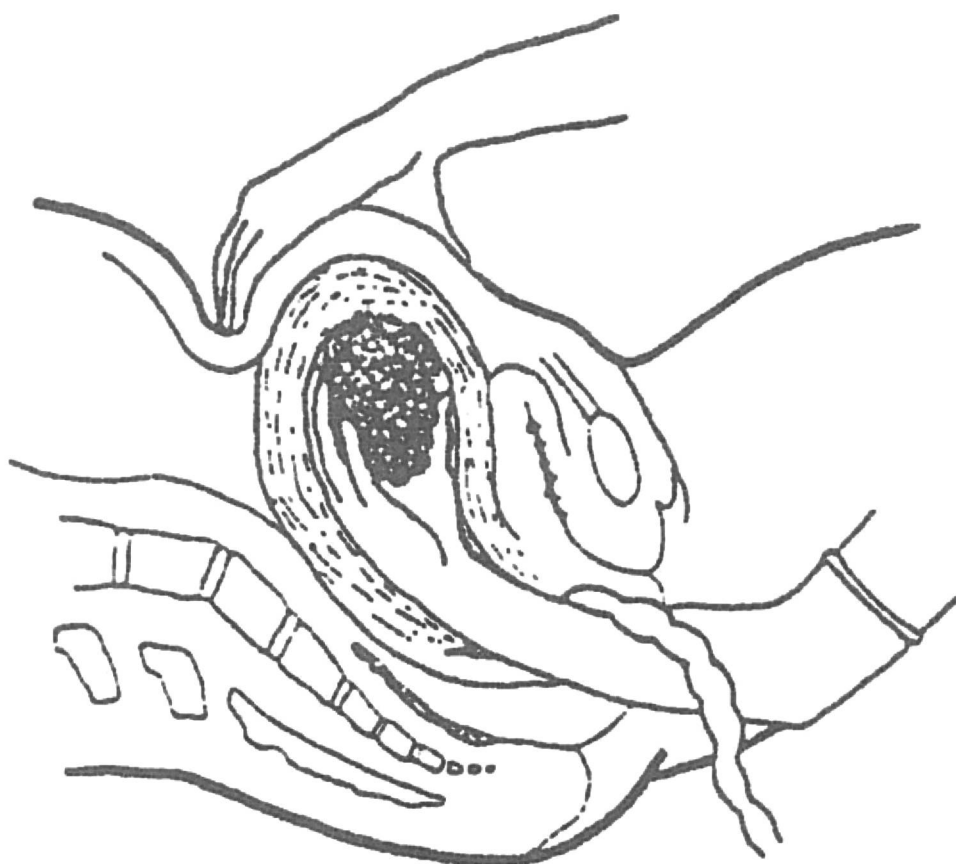
- Separe la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la **placenta no se separa de la superficie del útero** mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche placenta acreta y refiera a la madre al hospital para laparotomía y posible histerectomía subtotal.

NOTAS



- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.

RETIRO DE LA MANO DEL ÚTERO



NOTAS

- Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción al fondo, empujando éste en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.
- Palpe el interior de la cavidad uterina para cerciorarse de que ha extraído todo el tejido placentario.
- Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquido IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por minuto.
- Haga que un asistente masajee el fondo del útero para promover una contracción uterina tónica.
- Si hay sangrado profuso continuo, administre 0.2 mg de Ergometrina IM.
- Examine la cara uterina de la placenta para tener la seguridad de que está íntegra.
- Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina para retirarlo.
- Examine a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina, o repare la episiotomía.



Problemas

- Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible introducir toda la mano en el útero.
- Extraiga la placenta en fragmentos con dos dedos, pinza ovalada o una cureta ancha.

Atención después del procedimiento

- Observe a la madre atentamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la madre esté estable.
- Palpe el fondo del útero para asegurarse que el útero continúa contraído.
- Verifique la presencia de una cantidad excesiva de loquios.
- Continúe la infusión de líquidos IV.
- Transfunda según la necesidad.
- Refiera al hospital para manejo adicional si fuera necesario.
- Brinde apoyo emocional a la madre y familia todo el tiempo, con delicadeza.

NOTAS





ANEXO 4

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ATENCIÓN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

La prevención de infecciones tiene dos objetivos primordiales:

- Prevenir las infecciones graves durante la prestación de los servicios de salud.
- Reducir al mínimo el riesgo de transmisión de serias enfermedades, como la hepatitis B y la infección por el VIH/SIDA, tanto la madre como los proveedores de servicios y al personal, incluidos el personal de limpieza y el de mantenimiento.

Las prácticas recomendadas para la prevención de infecciones se basan en los siguientes principios:

- Toda persona (paciente o miembro del personal) debe considerarse como un agente de infección en potencia.
- El lavado de manos es la técnica más práctica para prevenir la contaminación cruzada.
- Póngase guantes antes de entrar en contacto con superficies corporales húmedas: piel abierta, mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos (secreciones o excreciones).
- Use barreras protectoras (anteojos, máscaras faciales o batas) si se prevén salpicaduras y derrames de cualquier fluido orgánico (secreciones o excreciones).
- Aplique las prácticas de seguridad en el trabajo, como por ejemplo no volver a colocar las cubiertas ni doblar las agujas de las jeringas, esterilizar apropiadamente el instrumental y eliminar los desechos médicos de manera adecuada.



NOTAS

NOTAS



- Restréguese vigorosamente toda la superficie de las manos con abundante espuma de un jabón común o antimicrobiano. Láveselas durante 15-30 segundos y enjuáguese con agua corriendo del chorro o con agua corrida de un balde.
- Lávese las manos:
 - ➔ Antes y después de examinar a la madre (o de cualquier contacto directo con ella).
 - ➔ Después de haber estado expuesto a la sangre u otro fluido orgánico (secreciones o excreciones), aunque hubiese trabajado con guantes.
 - ➔ Después de quitarse los guantes, porque pueden tener orificios.
 - ➔ Secar las manos con toallas desechables idealmente. No se debe compartir el uso de las toallas para secarse las manos.
 - ➔ El lavado de manos para procedimientos quirúrgicos es diferente y no se trata en esta unidad.

ANEXO 5

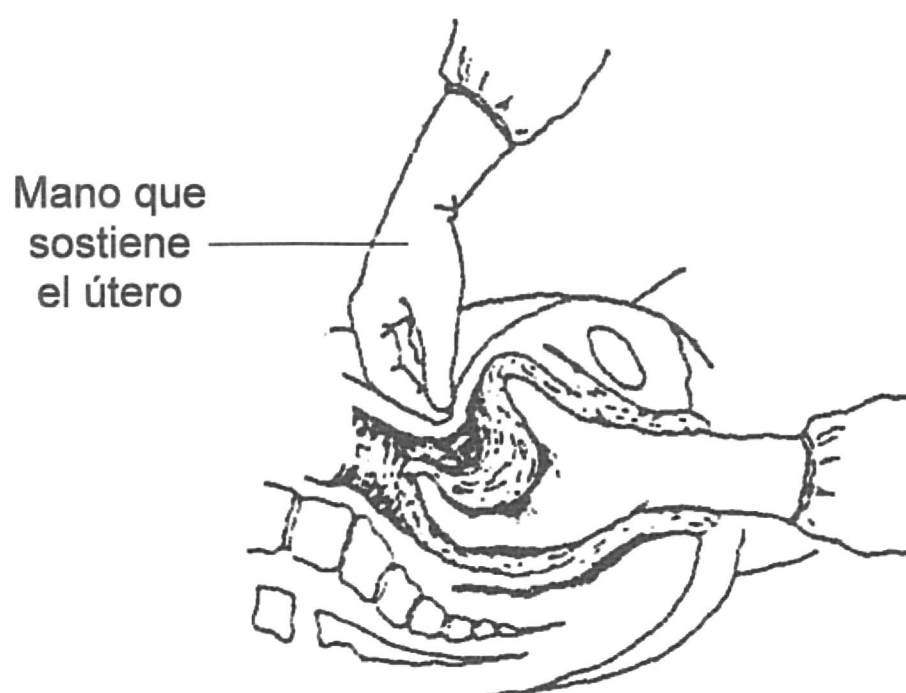
CORRECCIÓN DE LA INVERSIÓN UTERINA

- Revise las indicaciones.
- Revise los principios generales de atención (ver anexo 4).
- Administre Petidina y Diazepam IV lentamente (**no los mezcle en la misma jeringa porque se precipitan; administre primero Petidina y luego el Diazepam**).
- Dosis: Petidina (2 mg/kg de peso IV); Diazepam (5 a 10 mg IV).
- Limpie minuciosamente el útero invertido con una solución antiséptica.
- Aplique compresión al útero invertido con una toalla estéril húmeda y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

Corrección Manual

- Provisto de guantes estériles sujete el útero y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición normal, usando la otra mano para sostener el útero.
- Si la **placenta aún está adherida**, extraígalas manualmente después de la corrección.

REPOSICIÓN MANUAL DE LA INVERSIÓN UTERINA



NOTAS



Es importante que la parte del útero que salió al final (la parte más cercana al cuello uterino), sea la que entre primero.

Nota: La corrección de inversión uterina puede requerir anestesia general y otras técnicas de corrección de manejo hospitalario.

Atención después del Procedimiento

- Una vez corregida la inversión, infunda oxitocina 20 unidades en 500 ml de líquido IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 10 gotas por minuto.
- Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de infusión a 60 gotas por minuto.
- Si el útero no se contrae después de la oxitocina, administre 0.2 mg de Ergometrina.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión uterina:
 - ➔ Ampicilina 2 g IV más Metronidazol 500 mg IV
 - ➔ Cefazolina 1 g IV más Metronidazol 500 mg IV

NOTAS

