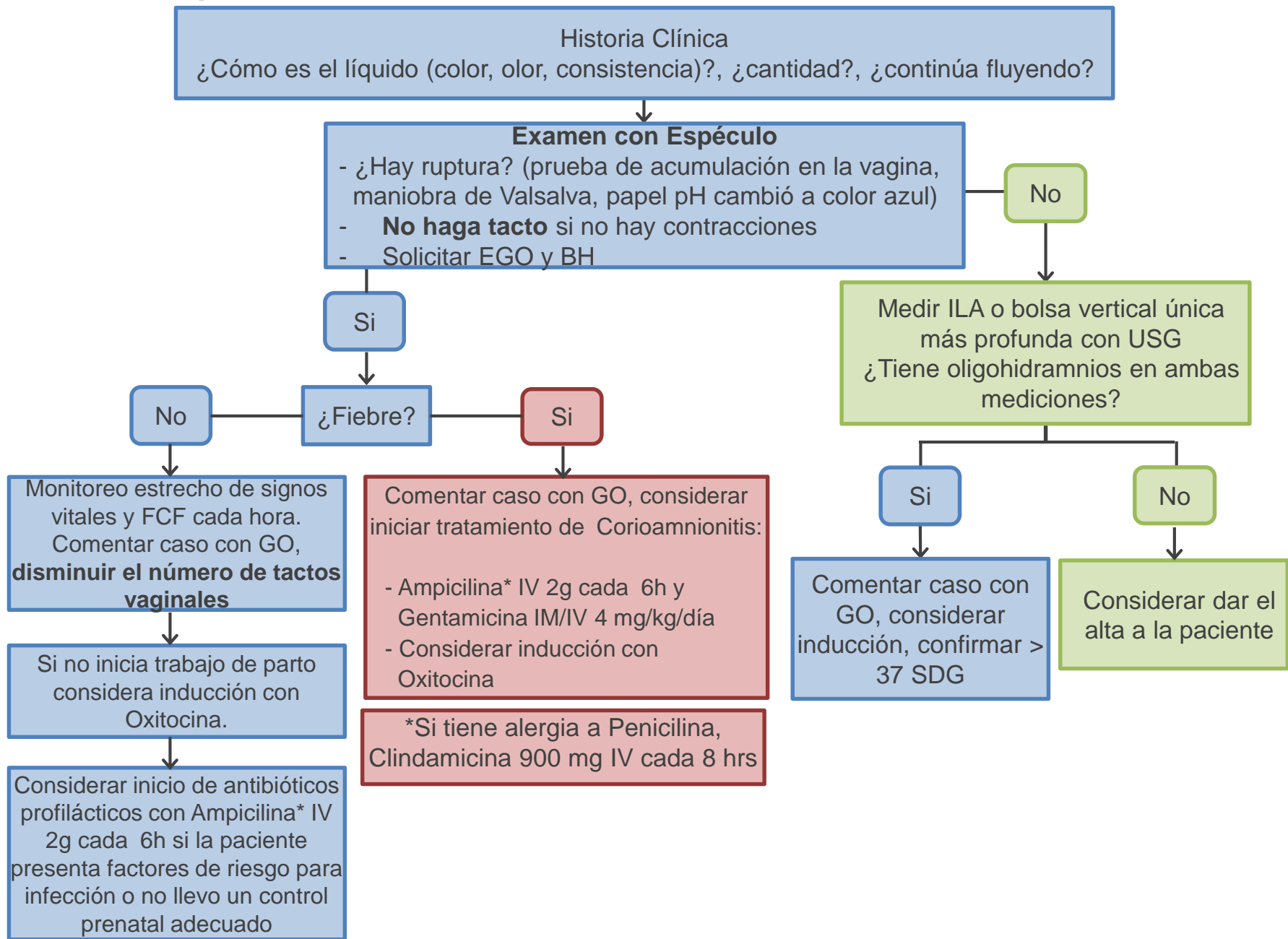
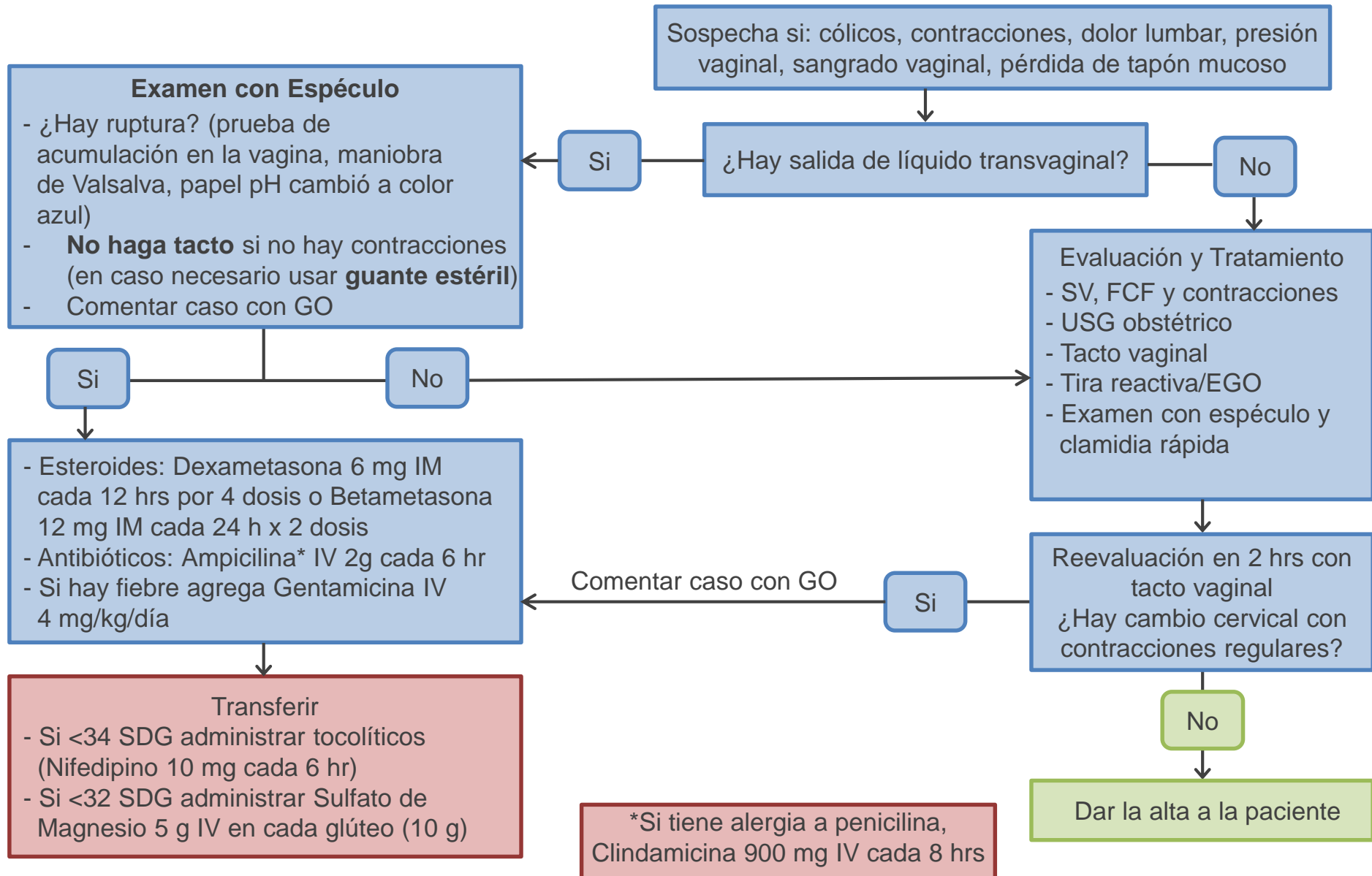


Ruptura Prematura de Membranas >37 SDG



Parto Pretérmino o Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino <37 SDG



Preeclampsia

*Toxicidad por Sulfato de Magnesio

- Detener Sulfato de Magnesio si hay pérdida de reflejos o disminución de orina < 100 ml/ 4 h
- Si FR baja a <12 administrar Gluconato de Calcio 1g IV en 3-5 min y detener Sulfato de Magnesio

Criterios de severidad

TA >160/110

- Síntomas: cefalea persistente, alteraciones visuales, dolor persistente en CSD
- Laboratorios: Cr >1.1, PFH doble de normal, Plaquetas <100,000, LDH >600

Sospechar Preeclampsia (o Eclampsia) si:
TA > 140/90mmHg en 2 ocasiones o síntomas preocupantes

Estudios: BH, Cr, PFH, LDH, EGO/tira
¿Cumple con criterios de severidad?

Si

No

No

¿Tiene > 37 SDG?

Si: iniciar inducción

- Maduración pulmonar: Dexametasona 6 mg IM cada 12 hrs por 4 dosis o Betametasona 12 mg IM cada 24 h x 2 dosis
- Consultar caso con médico(a)/CES
- Considerar transferir paciente

- Profilaxis de convulsiones:
 - Sulfato de Magnesio IM:
Dosis inicial: 5 g IM en cada glúteo (10 g)
Dosis mantenimiento: 5 g IM cada 4 hrs (5 g) Ó
 - Sulfato de Magnesio IV:
Dosis inicial: 4 g en 250 ml IV en 20 min
Dosis mantenimiento: 1 g cada hora en infusión continua
- Colocar 2 vías intravenosas
- Colocar sonda y monitorear orina*
- Vigilar reflejo patelar y FR y auscultación pulmonar*
- Repetir laboratorios cada 6 horas
- Continuar Sulfato de Magnesio 24 hrs Postparto

- Monitoreo de TA, tratar si >160/110 mmHg:
Hidralazina IM/IV 5-10 mg cada 20 min o
Nifedipino 10 mg cada 20 min

- > 37 SDG: inducción y vigilancia de criterios de severidad
- < 37 SDG: consultar caso con médico(a)/CES

- En caso de convulsiones, administrar Sulfato de Magnesio a dosis de impregnación o 2 g IV en 100 ml en 5 min si está en dosis de mantenimiento
- Si continúa convulsionando, administrar Diazepam 5-10 mg IV cada 5-10 min. Máximo 30 mg

Inducción y aumento del TDP

Complicaciones de la inducción

- Taquisistolia con cambios en la FCF: >5 contracciones en 10 min x 30 min **
- Contracción tetánica (**duración >2min**)
- Corioamnionitis
- Prolapso del cordón

En estos casos: **detener** la oxitocina, considerar referir a la paciente.

La inducción aumenta el riesgo de hemorragia postparto.

¿Tiene indicaciones para inducción?
RPM a término, óbito o >4 horas en TDPFA sin cambios cervicales, sin otras comorbilidades.

Otras indicaciones: DMG, HTA, oligohidramnios, RCIU, RPM pretérmino, >41 sdg validadas.

Si

No

Intenta trasladarla a Villa Flores

¿Existe alguna contraindicación?
Presentación anormal, placenta previa, herpes vaginal activo, cirugía uterina previa (cesárea), FCF con alteraciones (normal 110-160)

Si

TRASLADO A VILLA FLORES

No

Calcular **PUNTUACIÓN DE BISHOP (A)**
¿Cérvix maduro (> 6 multíparas o > 8 primíparas)?

Si la mujer es multigesta, la cabeza está encajada en II Hodge y > 6 cm de dilatación **considerar amniotomía**

No

Si

PROTOCOLO DE GLOBO FOLEY (C)

PROTOCOLO DE OXITOCINA (B)

Reevaluar puntuación de Bishop c/4 horas y empezar oxitocina sí el cérvix es favorable

Monitoreo del patrón de contracciones

FCF c/15 min (durante toda la contracción y 1 min después)

Quitar el globo Foley después de 12 hrs en caso de que no haya salido de forma espontánea

Inadecuada

Adecuada

Taquisistolia o contracción tetánica

Normal

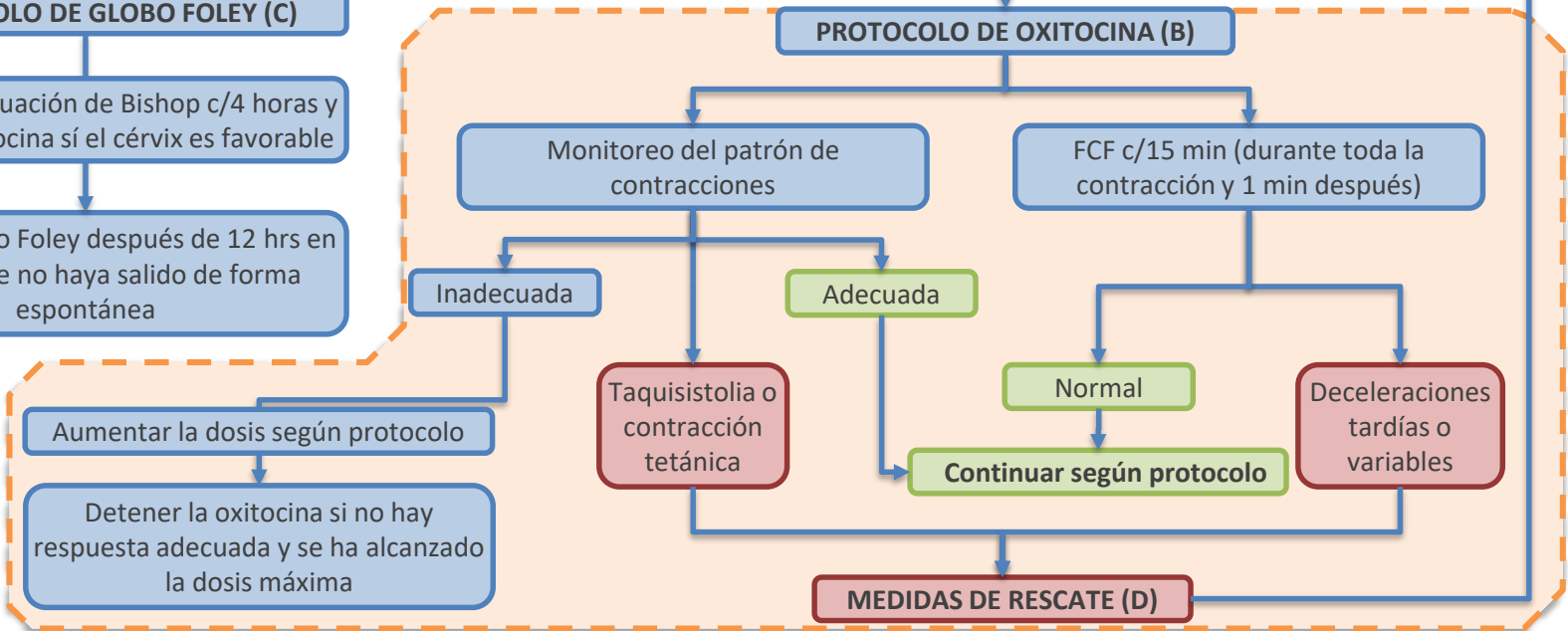
Deceleraciones tardías o variables

Continuar según protocolo

Aumentar la dosis según protocolo

Detener la oxitocina si no hay respuesta adecuada y se ha alcanzado la dosis máxima

MEDIDAS DE RESCATE (D)



Inducción y aumento del TDP

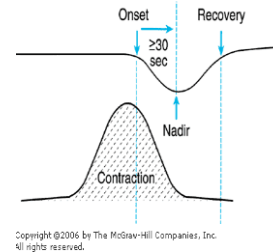
(A) ESCALA DE BISHOP	Puntos			
	0	1	2	3
Posición	Posterior	Medio	Anterior	
Consistencia de cérvix	Duro	Medio	Suave	
Borramiento	0-30%	31-50%	51-80%	>80%
Dilatación	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	>5 cm
Estación fetal	I	II	III	IV

>8 para primípara = cérvix favorable
>6 para multípara = cérvix favorable

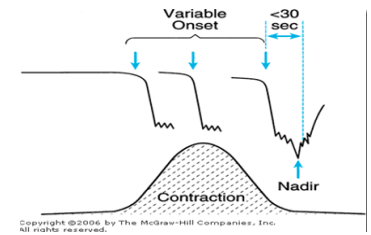


(B) PROTOCOLO DE OXITOCINA

1. Preparar dosis IV: 10 u/1 L (10mU/ml; 20 gotas/ml; 0.5 mU/gota)
 2. Empezar a 1 mU/min que son 2 gotas/min
 3. Aumentar 1-2 mU (2-4 gotas) cada 30 min
- Evaluar progresión: FCF cada 15 min y patrón de contracción
META: 3-4 contracciones /10 min
Detener la oxitocina si no hay respuesta adecuada y se ha alcanzado la dosis máxima: 20 mU/min (40 gotas/min)



Desaceleraciones tardías



Desaceleraciones variables

(C) PROTOCOLO GLOBO FOLEY

Contraindicaciones: ruptura de membranas o sospecha de infección

Materiales: Foley con globo de 30 ml , 40 ml agua estéril o solución salina, guates estériles, espéculo estéril, doppler.

Técnica: explicar el procedimiento a la paciente, anotar la hora a la que se coloca.

1. Preparar el material necesario.
2. Usando el espejo vaginal, insertar la sonda Foley a través del orificio cervical interno
3. Inflar el globo con 40 ml de solución estéril.
4. Asegurar la sonda al muslo de la paciente, con tracción suave.
 - Cada 30 min: revisar y reajustar la tracción y la FCF.
 - Se deja máximo 12 hrs

Riesgo: ruptura de membranas y corioamnionitis

(D) MEDIDAS DE RESCATE

En caso de una contracción tetánica (duración >2min), desaceleraciones variables o tardías, o taquisistolia:

1. Continuar monitoreo de la FCF
 2. Detener la oxitocina
 3. Realizar tacto vaginal
 4. Reposicionar a la paciente: lado izquierdo
 5. Administrar oxígeno
 6. Solución salina normal (bolo de 250 ml)
 - En caso de contracción tetánica: si no hay recuperación, considerar otra causa (ej. desprendimiento de placenta)
 - En caso de taquisistolia considerar tocolítico: cuál?
- Si no hay recuperación en 20 min, considerar referir a la paciente

Fiebre Intraparto

Piensa en Corioamnionitis
hasta que se compruebe lo contrario

¿Presenta fiebre, dolor pélvico, taquicardia
materna o fetal, flujo vaginal?

Si

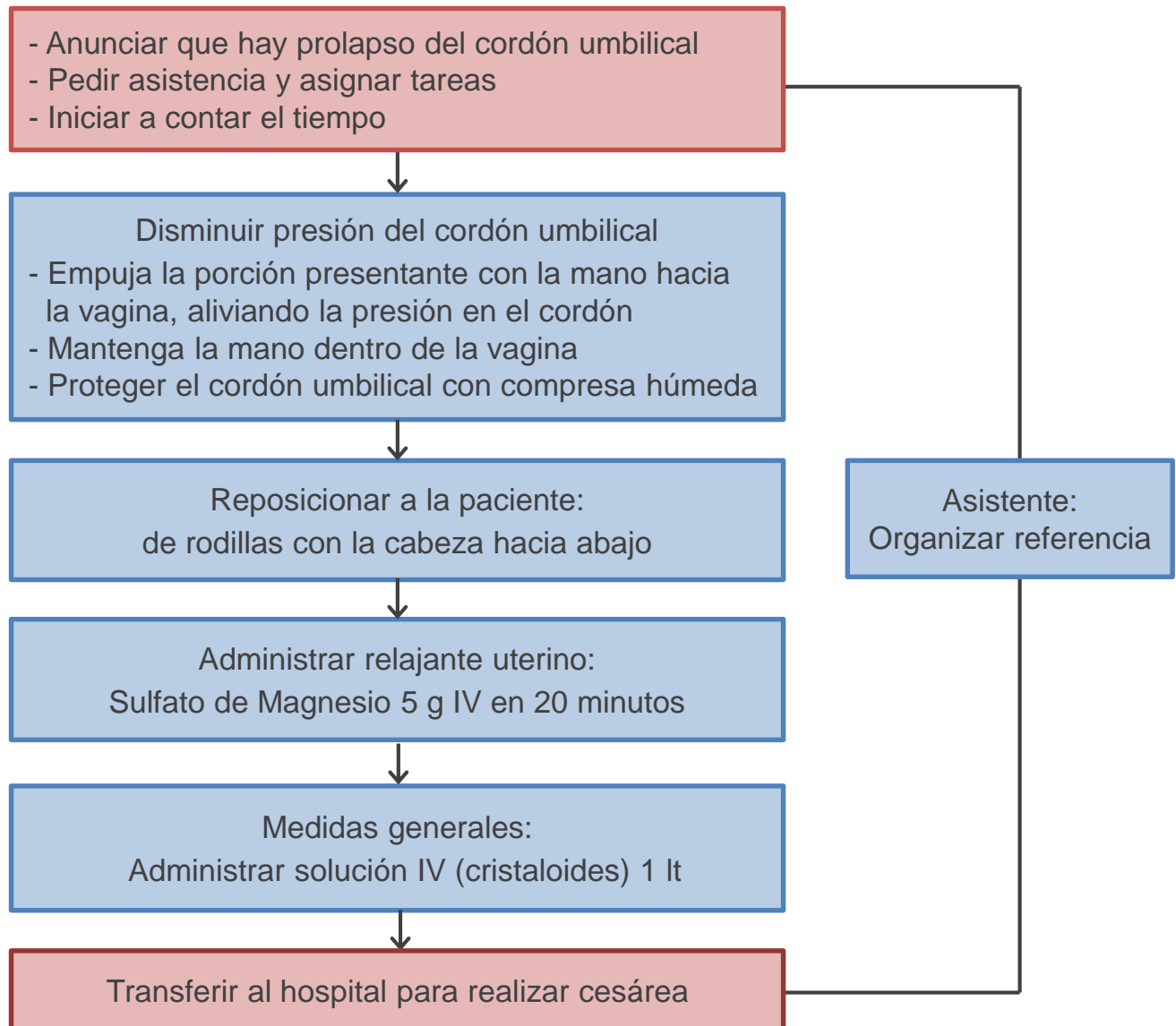
Tratamiento con antibióticos y antipiréticos

- Ampicilina IV 2 g cada 6 h
- Gentamicina IV/IM 4 mg/kg/día
* Hasta que esté afebril por 24 h
- Paracetamol 1 g cada 6 h
- Solución IV (cristaloides) 1 lt en bolo

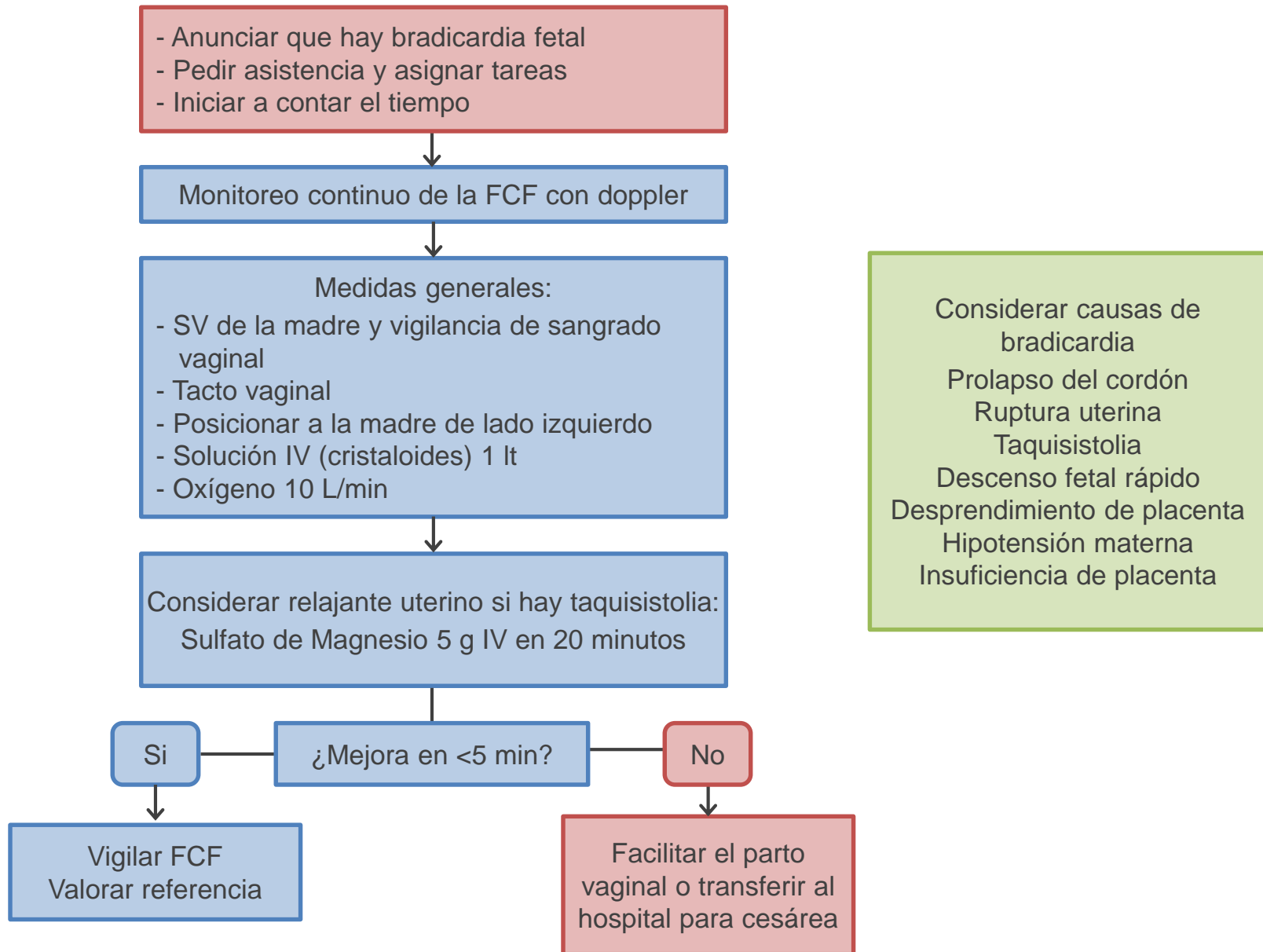
Monitoreo fetal cada 15 min y registrar

*Si tiene alergia a penicilina, usar
Clindamicina 900 mg IV cada 8 hrs

Prolapso del cordón umbilical



Bradicardia Fetal (<110 lpm)



Distocia de hombro

- Anunciar que hay una distocia de hombros
- Pedir asistencia y asignar tareas
- Iniciar a contar el tiempo

Intentar cada maniobra por 15 a 30 seg

Decir a la paciente que deje de pujar y no jalar fuerte la cabeza

Hiperflexión de las caderas con presión suprapúbica en dirección de la cara del bebé

Girar el hombro más accesible hacia el pecho y el otro hombro hacia la espalda en "tornillo". Si no funciona intenta en dirección contraria

Valorar episiotomía si requiere más espacio
Administrar anestesia local

Extraer el brazo posterior del bebé pasando por el frente de su tórax

Posicionar paciente en manos y rodillas (en cuatro puntos)

Repetir todas las maniobras

Expulsión exitosa

Intentar quebrar la clavícula

Expulsión no exitosa

Revisión cuidadosa de laceraciones vaginales/sangrado y del recién nacido

- Administrar Sulfato de Magnesio 5 g IV en 20 minutos
- Regresar la cabeza del bebé en dirección al útero y transferir para cesárea

Hemorragia Postparto

Sospecha hemorragia si:

- Continúa sangrando
- Índice de choque > 0.8
- Pérdida de sangre estimada > 500 ml

Medidas generales:

- Anunciar que hay hemorragia postparto, pedir asistencia, asignar tareas e iniciar conteo de tiempo
- Monitorear SV, vigilar respiración y circulación
- Canalizar 2 vías y administrar solución IV (cristaloides) 1 Lt en bolo
- Solicitar laboratorios: BH, grupo/Rh y realizar tubo seco
- Control del dolor con Tramadol 50 mg IM

Índice de Choque:
FC/TA sistólica
> 1.2: choque
0.8 - 1.2: anormal
< 0.8: normal

Tono

Masaje uterino bimanual
Vaciar vejiga con sonda

- Oxitocina 40U en 1lt IV (500 ml a chorro)
- Misoprostol 600 mcg sublingual
- Carbetocina 100 mcg IV lento
- Ergonovina 0.2 mg IM (si no hay HTA)

Tejido

Revisión manual de cavidad uterina y placenta

- Extracción manual de productos retenidos
- Administrar Ampicilina IV 2 g (si hay alergia Clindamicina)

Trauma

Exploración de vagina y cérvix en busca de laceraciones

- Reparar desgarros
- Si no se puede reparar, empacar la vagina

Trombina

Prueba de coagulación: coloca sangre en un tubo vacío y pega a la pared con la hora
Anormal: >7 min para coagular

Transferir para transfusión

- Colocar preservativo ligado a una sonda con seda y llenar con solución hasta que pare el sangrado (medir cantidad)
- Pinzar arterias uterinas

PLACENTA RETENIDA

¿Presenta placenta no expulsada después de 30 minutos de manejo activo?

Paciente estable sin hemorragia patológica

Hemorragia activa severa

Examen físico (con ultrasonido si hay dudas)

- Referir al algoritmo de hemorragia postparto
- Anticipar traslado urgente

Placenta atrapada:

La placenta se ha despegado pero se queda atrapada detrás del cérvix (el cordón se alarga con salida de sangre, el útero tiene forma de globo, a veces el borde de la placenta es visible):

- continuar tracción del cordón y masaje uterino
- considerar extracción manual sencilla

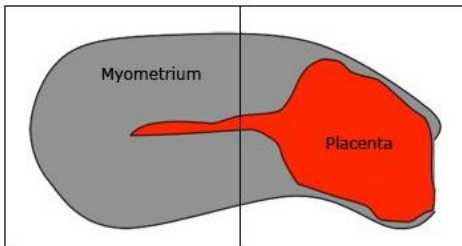
Placenta adherente:

- Tratar la atonía con masaje y uterotónicos según el algoritmo de hemorragia postparto.
- Si la paciente se mantiene estable y sin hemorragia, el manejo expectante puede ser extendido a 1 hora.
- Si no expulsa espontáneamente, preparar su **TRASLADO**

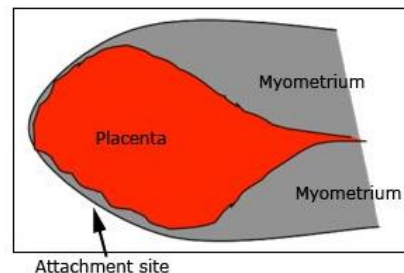
- Pedir ayuda: notifique al médico y enfermeros
- Control de dolor: tramadol IM 50-100 mg
- Profilaxis con antibiótico: ampicilina 2 gr IV
- Realizar extracción manual
- Usar uterotónicos: oxitocina, misoprostol, carbetocina, etc.

Si la hemorragia sigue, **TRASLADO**

Placenta atrapada



Placenta adherente



Inversión Uterina

- Anunciar que hay una inversión uterina
- Pedir asistencia y asignar tareas
- Iniciar a contar el tiempo

Medidas generales:

- Monitorear SV, vigilar respiración y circulación
- Canalizar 2 vías y administrar solución IV (cristaloides) 1 lt en bolo
- Solicitar laboratorios: BH, grupo/Rh
- Suspender la administración de oxitocina
- Control del dolor con Tramadol 50 mg IM

No se redujo

Intentar reducción manual del útero

Si se redujo

Relajación uterina:

- Sulfato de Magnesio 5 g IV en 20 minutos
- Intenta reducir de nuevo

No se redujo con segundo intento, transferir

Si se redujo

- USG para descartar presencia de productos retenidos
- Administrar Ampicilina 2 g IV
- Administrar Oxitocina 10 U IM