



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO

INDICE

1. Introducción
2. Objetivo
3. Objetivos específicos
4. Atenciones incluidas
5. Atención del primer periodo del parto
6. Atención del expulsivo posparto
7. Atención del alumbramiento
8. Atención del puerperio inmediato
9. Kit de Emergencia obstétrica
10. Guía de medicamentos –Dosificación
11. Activar código rojo obstétrico
12. Bibliografía
13. Control de cambios



70-44.06

1-INTRODUCCIÓN

El parto asistido es un modelo de atención al parto que pretende generar cambios en el cuidado de los profesionales de la salud y brindar a la gestante un momento especial, con plenitud, en condiciones de dignidad humana, protagonismo y libertad para la toma de decisiones sobre las condiciones en las que quiere parir, tratando de disminuir sensaciones de miedo e inseguridad por medio de su acompañamiento por el personal de salud basado en el cuidado humanizado y del bienestar de la gestante y familia.

En Colombia la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna.

La atonía uterina y hemorragias posparto pueden llegar a ser hasta el 70% de las causas de estas muertes. Por esto, su tratamiento inmediato debe ser rápido y adecuado. En la actualidad para el tratamiento de hemorragia obstétrica se debe adaptar el código rojo, guía para la atención sistémica del choque hemorrágico.

2-OBJETIVO GENERAL:

Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso del parto humanizado, basada en el enfoque de derechos humanos, reducir y controlar los eventos que coloquen en riesgo al binomio madre-hijo antes, durante y después del parto, prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.

3-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Atención personalizada a la gestante promoviendo una correcta interrelación madre y recién nacido durante el proceso de pre parto, parto y pos parto.

Proporcionar a la gestante espacio íntimo, autónomo, seguro y acogedor.

Involucrar a la familia en el proceso fisiológico vivido por la usuaria, respondiendo al concepto de humanización en salud.

Permitir el acompañamiento de la persona significativa para la gestante durante el trabajo de parto, parto y posparto.

Favorecer el apego del binomio madre e hijo con su familia.

Adaptar el código rojo, guía para la atención sistémica del choque hemorrágico.

Aplicar profilaxis de la atonía uterina en casos que sea necesario.

4-ATENCIÓNES INCLUIDAS:

Admisión de la gestante en trabajo de parto: Identificar factores y condiciones de Riesgo Obstétrico y Perinatal y definir si se admite para la atención del parto

Anamnesis sobre identificación y el motivo de consulta: Se registran y/o verifican datos de: Identificación de la paciente, verificando que se trata de la paciente correcta, preguntando nombre completo y documento de identidad. (Barrera de Seguridad: el facturador y la auxiliar debieron haberlo realizado también).



70-44.06

Se registra el motivo de consulta de la usuaria, registrando las palabras textuales.

2 anamnesis sobre aspectos relacionados con el embarazo: Pregunte y registre sobre el control prenatal realizado, la FUR, la FPP, el número de embarazos, si ha sido valorada por Gineco Obstetra y tiene orden de atención de parto en baja, mediana o alta complejidad, calcule la edad gestacional con la FUR confiable o con ecografía temprana.

1.3 Anamnesis sobre aspectos relacionados con el parto actual: Hora de inicio de contracciones uterinas, indague cada cuento le dan y aproximadamente cuento le duran, pregunte y registre sobre la percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.

Recuerde ampliar los hallazgos relevantes, por ejemplo, si refiere ruptura de membranas, la hora, la cantidad, el color.

Anamnesis sobre síntomas y signos de alarma: Pregunte y registre presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia:

- Cefalea
- Visión borrosa
- Tinnitus
- Fosfenos
- Epigastralgia
- Vómitos en el III trimestre
- 1.5 Anamnesis sobre antecedentes: Revise e interroge sobre los antecedentes personales y familiares, especialmente: antecedentes patológicos (HTA, DM, preeclampsia previa), quirúrgicos (con fecha del procedimiento), alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y en familiares antecedentes de preeclampsia en la madre y hermanas.
- 1.6 Anamnesis sobre síntomas por sistemas: Interrogue y registre síntomas relevantes tanto negativos como positivos

Exámen físico aspecto general incluye medidas antropométricas y signos vitales: Registre el aspecto general de la paciente, si hay palidez o no, su estado de hidratación y el estado de conciencia.

Tome y registre los signos vitales y el peso y la talla.

Exámen físico de los sistemas excepto la valoración obstétrica; Exámen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica y la evaluación de los reflejos osteotendinosos, registrando cuantas cruces presenta.

9 Exámen físico valoración obstétrica: En este punto se registra:

- La frecuencia e intensidad de la actividad uterina (la inicial debe realizarla el médico en compañía de enfermera profesional y en caso de no contar con enfermera profesional de turno se realiza con auxiliar de enfermería de partos).

Maniobras de Leopold, describiendo en la historia clínica el resultado de las 4 maniobras: situación, posición, situación, presentación y el grado de encajamiento y actitud.



70-44.06

Exámen físico valoración ginecológica: Se deben valorar los genitales externos además de la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia de cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica.

1.11 Ordenes de exámenes paraclínicos: Los paraclínicos que se deben tener en cuenta y se deben realizar son:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado es positivo solicitar VDRL o RPR.
- Hematócrito y hemoglobina.

En caso de no haberse realizado los siguientes exámenes en el control prenatal solicitar:

- Hemoclasificación.
- Prueba rápida para VIH en caso de no habérsela realizado en el III trimestre
- Antígeno de superficie de Hepatitis B sino cuenta con tamizaje durante la consulta del control prenatal.
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Resultado esperado: paciente con identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas que sugieran posibilidad y necesidad de traslado a un nivel de mayor complejidad.

CRITERIOS DE INGRESO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

- Dinámica uterina regular
- Borramiento cervical > 50%
- Dilatación de 4 cm

TIPS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE-CRITERIOS DE REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD MAYOR COMPLEJIDAD

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada
- Cualquier trastorno hipertensivo
- Hemoglobinopatias o Hb < 11 g/dl
- Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor
- Antecedentes de trastornos tromboembólicos
- Purpura trombocitopenica inmune o plaquetas por debajo de 150.000
- Enfermedad de Von Willebrand
- Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto
- Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido
- Hepatitis B/C
- Portador de infección por el VIH
- Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento



70-44.06

- Infección actual activa o sospechada de sífilis, varicela, rubeola, herpes genital en la mujer o él bebe.
- Tuberculosis
- Lupus eritematoso sistémico inmune
- Esclerodermia
- Enfermedades no especificadas del tejido conjuntivo
- Hipotiroidismo no controlado
- Hipertiroidismo
- Diabetes
- Pacientes con función renal anormal

Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista

- Epilepsia
- Miastenia gravis
- Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa
- Enfermedad hepática
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis
- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual
- Uso de drogas psicoactivas o dependencia del alcohol
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización
- Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado
- Antecedente de cirugía ginecológica mayor
- Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación
- Presencia de miomas o fibromas uterinos
- Asma bronquial no controlada
- Fibrosis quística
- Multiparidad mayor de 4 partos
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 38
- Ausencia de control prenatal
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de las 24 semanas)
- IMC en la admisión superior a 30
- Embarazo múltiple
- Placenta previa
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo
- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto
- Desprendimiento de placenta
- Muerte intrauterina confirmada



70-44.06

- Inducción del parto
- Diabetes gestacional
- Distocias de presentación (presentación de pelvis o situación transversa)
- Hemorragia anteparto recurrente
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil 10 o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía)
- FCF anormal / Doppler anormal
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios
- Recién nacidos previos macrosómicos 4 kg o más
- Muerte fetal o muerte neonatal inexplicable previa en relación con dificultad intraparto
- Muerte fetal o muerte neonatal previa con causas conocidas no recurrentes
- Antecedente de bebé con encefalopatía neonatal
- Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión
- Preeclampsia / Eclampsia previa
- Ruptura uterina previa
- Hemorragia post parto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión
- Placenta retenida que haya requerido la extracción manual
- Cesárea previa
- Distocia de hombros en partos previos
- Antecedente de miomectomía
- Antecedente de histerotomía

TIPS DE HUMANIZACIÓN

A las usuarias que no cumplan criterios de remisión ni de admisión, valore las condiciones de acceso como distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, ansiedad, soporte familiar, factores cognitivos, hora de la atención y otros que considere importantes para tomar la decisión de observar u hospitalizar a pesar de no cumplir criterios antes mencionados.

Así mismo recuerde brindar información a la paciente, familiares y acompañantes de quienes no cumplen criterios de admisión, sobre signos los de alarma que deben tener presentes, cuando deben volver a consultar y pregunte si tienen alguna duda o inquietud, estable una buena comunicación con la paciente y la familia.

Recuerde siempre llamar a la paciente por su nombre.

5-ATENCIÓN DEL PRIMER PERÍODO DEL PARTO

Objetivo: Identificar oportunamente alteraciones en el trabajo de parto para intervenir a tiempo y reducir el riesgo de complicaciones materno perinatales



Responsable: Médico

Evidencia: Historia clínica y Partograma

Fase latente: periodo del parto que transcurre entre el inicio de trabajo de parto y los 6 cm de dilatación.

Fase activa: periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 cm y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular

Tomar signos vitales a la madre cada media hora MÍNIMO CADA HORA: frecuencia cardiaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.

Diligenciar el Partograma A TODAS LAS PACIENTES.

Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico ante la sospecha o presencia de

Complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujo. Se sugiere realizar un máximo de 3 tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto.

Se debe auscultar la FCF en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente, cada medición de la FCF debe tomarse durante 1 minuto completo CADA 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo de parto (periodo expulsivo)

No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo y no se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto.

Se recomienda evitar la deshidratación durante el trabajo de parto, administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, EVITAR la Dextrosa en agua destilada para PREVENIR la hipoglucemia del recién nacido.

TIPS DE HUMANIZACIÓN

Recuerde tratar de manera HUMANIZADA a la gestante y su familia, evite frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer que se encuentra en trabajo de parto, por el contrario, permanentemente exprésele aliento y apoyo durante todo el proceso del trabajo de parto y resuélvale las dudas e inquietudes que presente ella o la familia, evite términos técnicos y entienda que es un momento trascendental de la mujer y la familia.

El Hospital Santa Margarita E.S.E. del municipio de La Cumbre- Valle se encuentra comprometida con la Atención Segura y Humanizada del Parto, NO SE TOLERA NINGÚN TIPO DE MALTRATO hacia la mujer gestante que está siendo atendida durante su embarazo y en atención del parto.



70-44.06

La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija, por políticas del servicio en lo posible de género femenino.

TIPS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE-CRITERIOS DE REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD

Recuerde que el diligenciamiento del Partograma es obligatorio y **RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA** del médico, diligencie, interprete y esté atento por si se cruza la línea de alerta o de acción; explíquele a la gestante y a la familia que es un instrumento que permite ayudar al personal de salud a detectar tempranamente situaciones que sólo se pueden observar durante el transcurso del trabajo de parto y que aunque se espera que todo salga muy bien, en algún momento puede darse la situación de requerir remisión a un nivel de mayor complejidad.

6-ATENCIÓN DEL EXPULSIVO POSTPARTO

Objetivo: Atender el expulsivo y reducir el riesgo de complicaciones materno perinatales

Responsable: Médico

Evidencia: Historia clínica y Partograma

Expulsivo: es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal, tiene 2 fases:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo expulsivo activo: cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

El pujo voluntario solo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones.

Una vez se da el nacimiento, en los casos en los que NO ESTÁ INDICADO el pinzamiento inmediato del cordón umbilical, se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical tras constatar los siguientes criterios:

- Interrupción del latido del cordón umbilical
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido

Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento

TIPS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- NO SE DEBE REALIZAR de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller).



70-44.06

- La episiotomía NO ESTA INDICADA de forma RUTINARIA.

Las INDICACIONES para el pinzamiento inmediato son:

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Ruptura uterina
- Desgarro del cordón
- Paro cardiaco materno

TIPS DE HUMANIZACIÓN

Durante este periodo es de vital importancia el CONTACTO VISUAL Y VERBAL con la gestante para disminuir su ansiedad.

Una vez se da el nacimiento, sino está contraindicado se debe PERMITIR INMEDIATAMENTE EL CONTACTO PIEL A PIEL de la madre con el recién nacido.

No se recomienda escuchar música ni generar situaciones que puedan aumentar la ansiedad de la paciente o que lleven a considerar que ella y su bebe no son lo más importante del servicio, recordar que, primero es el bienestar del binomio madre-hijo, posteriormente los asuntos administrativos.

7-ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Objetivo: Atender el alumbramiento y reducir el riesgo de complicaciones materno perinatales

Responsable: Médico

Evidencia: Historia clínica y Partograma

En este periodo se debe realizar el MANEJO ACTIVO del alumbramiento así:

Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento oterotónico OXITOCINA 10 UI IM como medicamento de elección o si existe un acceso venoso permeable 5 a 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos. Cuando la Oxitocina no este disponible se recomienda el uso de 600 mcg de MISOPROSTOL por

- vía sublingual.
- Tracción controlada del cordón.
- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios de la sección anterior.

Al visualizar la placenta, se toma con las 2 manos y se realiza un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublin), RECUERDE revisar la placenta tanto por la cara materna (observar integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes etc); también debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos sanguíneos, normalmente 2 arterias y una vena.

RECUERDE que todo lo anterior debe registrarse completamente en la historia clínica.



TIPS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es importante en este periodo como cuarta actividad a tener en cuenta:

- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

No se recomienda la administración del Misoprostol por vía intra rectal.

ANTE LA DUDA de que haya un alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto normal.

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual ES PRECISO REVISAR LA HEMOSTASIA UTERINA, teniendo en cuenta:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

En caso de presentarse una hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva Y SI ES NECESARIO, deberá remitirse a un nivel de mayor complejidad, PREVIA:

- Identificación de la causa
- Estabilización hemodinámica
- Inicio de tratamiento

Definida y asegurada la institución de referencia.

TIPS DE HUMANIZACIÓN

En este momento del parto, usualmente la paciente se encuentra agotada, por lo que cada vez que tenga la ocasión, dediquele unas palabras de aliento. En cuanto pueda, informe a los familiares y acompañantes del resultado del proceso de atención, sea positivo o negativo, dedique tiempo a escucharlos y resolverle dudas que tengan.

8-ATENCIÓN DEL PUEPERIO INMEDIATO

Objetivo: Prevenir, detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia post parto.

Responsable: Médico

Evidencia: Historia clínica

Este periodo comprende las 2 PRIMERAS HORAS post parto y es EN ESTE PERÍODO en donde se producen LA MAYORÍA DE LAS HEMORRAGIAS, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina teniendo en cuenta:



70-44.06

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.

Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

TIPS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En caso de presentarse una hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva Y SI ES NECESARIO, deberá remitirse a un nivel de mayor complejidad, PREVIA:

- Identificación de la causa
- Estabilización hemodinámica
- Inicio de tratamiento
- Definida y asegurada la institución de referencia.

RECUERDE NO DESCUIDAR LA PACIENTE POR ESTAR CONCENTRADA EN ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, LO MÁS IMPORTANTE ES LA PACIENTE Y SU BEBÉ.

TIPS DE HUMANIZACIÓN

Hágale saber a la nueva madre que como institución y como equipo de trabajo, estamos para atenderle y servirle, recuerdele el nombre de las personas que participaron en la atención y que estarán atentos para resolver cualquier duda a ella y a la familia.

REITERELE a la paciente que si nota algo anormal, llame inmediatamente al médico, la enfermera profesional o la auxiliar de enfermería.

9-KIT DE EMERGENCIA OBSTETRICA

Insumo	cantidad
ACIDO TRANEXANICO 500MGS AMPOLLAS	8
SULFATODE MAGNESIO AMPOLLA 2GMS 10 ML	20
OXITOCINA 10 UI AMPOLLAS	20
METHERGIN 0.2 MGS AMPOLLAS	5
BETAMESONA 4 MGS AMPOLLAS	6
HIDRALAZINA 20 MGS AMPOLLA	1
LABETALOL 100 MGS FRASCO AMPOLLA	1
AMPICILINA +SULBACTAM 1.5 GMS AMPOLLA	1
GLUCONATO DE CALCIO 10%	2



70-44.06

AMPOLLA 10 ML	
NIFEDIPINO 10 MGS TABLETAS	30
NIFEDIPINO 30 MGS CAPSULAS	30
MISOPROSTOL 200 MCG TABLETA FRASCOX28	28
SOLUCION HARTMAN O RINGER 500 CC	10
SOLUCION SALINA 0.9% 500 CC	10
ANGIOCATH # 16	5
ANGIOCATH # 18	5
EQUIPO DE MACROGOTEZO	5
EQUIPO DE MICROGOTEZO	5
TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMATICO	1
BALON HIDROSTATICO DE BAKRI	1

10: GUÍA DE MEDICAMENTOS-DOSIFICACIÓN

Ácido tranexámico: ampolla 500mgs/5ml

Dosis: una ampolla endovenosa diluida cada 8 horas.

Para pacientes de alto riesgo de sangrado, discutido su uso

1 gramo endovenoso en infusión rápida cada 30 minutos máximo 4 ampollas.

Sulfato de Magnesio: ampolla de 2 gr/10 ml

Impregnación: dosis inicial 4 a 6 gramos (100 ml) en 20 minutos.

Mantenimiento: dosis de 1-2 gamos/hora en infusión continua por bomba de infusión, continuar infusión hasta 24 horas postparto/postcesarea.

En presencia de síndrome de Hellp o eclampsia: continuar infusión por 48 horas postparto/postcesarea.

Oxitocina: ampolla 10 UI

20-40 unidades en 500 cc de solución a 60cc por hora por bomba de infusión, DOSIS MAXIMA: 6 ampollas en 24 horas (60UI).

Metilergonovina o methergin: ampollas 0.2 mg/ml

Luego del parto 0.2 miligramos IM cada 20 minutos las dos primeras dosis y luego cada 4-6 horas, DOSIS MAXIMA: 5 ampollas en 24 horas **Contraindicado en Hipertensión, cefalea migraña y coronariopatías.**

ADVERTENCIA: Uno de los efectos secundarios importantes es su respuesta vasomotora, que produce un aumento en la presión arterial de hasta 20mm Hg, por eso **NO** debe utilizarse intravenoso, ya que conlleva riesgos de accidentes cerebrovasculares y en pacientes con cardiopatía coronaria ocurre vasoespasmo que genera dolores anginosos.

Hidralazina: ampolla 20 mg/1 ml

Inicio de acción: 5 minutos.



70-44.06

Pico de acción: 10-20 minutos.

Bolos cada 20 minutos hasta control de tensión arterial

Posología: 5 mgs inicial y continuar 5-10 mgs hasta dosis máxima:25 mg/24 horas.

Labetalol: ampolla 100 mgs/20 mililitros

Inicio de acción: 2-5 minutos

Pico de acción: 15-20 minutos

Aplicar directo: NOTA: NO DILUIR EN BOLOS CADA 20 MINUTOS hasta control de la tensión arterial.

Posología: 5 mgs inicial y continuar 5-10 mgs hasta dosis máxima: 25 mgs/24 horas.

Gluconato de calcio: ampolla 1000 mgs/10 ml**TOXICIDAD POR MAGNESIO**

Control de diuresis, poco probable con gasto mayor a 20 ml/hora.

Monitoreo de frecuencia respiratoria y reflejo rotuliano.

Magnesio 8-10 mEq/Desaparece reflejo rotuliano

Magnesio > 10 mEq/l: cardiotoxicidad: prolongación PR-complejo QRS-QT

Magnesio > 12 mEq/Depresión respiratoria

Meta de magnesio sérico: 5-<10mEq/l, con control de reflejo y frecuencia respiratoria.

Posología: una ampolla endovenosa c/2-5minutos hasta control de clínica.

Nifedipino:

Liberación rápida: tabletas de 10 mgs:

Inicio de acción: 10 minutos

Pico de acción: 30 minutos

Posología: 10 mgs vía oral cada 20 minutos por 3 dosis hasta tener control de tensión arterial.

Liberación sostenida: tabletas de 30 mgs.

Inicio de acción: 30-45 minutos

Pico de acción: 60-120 minutos

Posología: 30 mg vía oral cada 6-8-12 horas a dosis máxima de 180 mg/día.

Misoprostol: Tableta 200 mcg (caja x 28).

Posología: 800 microgramos sublingual o 800 mcg intrarectal.

En la fase aguda hasta 1000 mcg por vía rectal dosis única. Luego 400 a 600 mcg cada 3 a 4 horas por 4 dosis. Utilizado como medicamento de segunda línea luego de la oxitocina.

Ampicilina+ sulbactam: frasco ampolla 1.5 gms.

Posología 3 gramos endovenosos

11.ACTIVAR CÓDIGO ROJO OBSTÉTRICO

Llamar por ayuda

Líder medico de turno:

Trate causas:



70-44.06

Tono: atonía uterina

Trauma: cervical, vaginal o uterino.

Tejido: retención placentaria

Trombina: coagulopatías o deficiencias

Verificar tiempo de inicio del sangrado, sangrado acumulado, índice de choque. Colocar el balón intrauterino de Bakry, aplicar traje antichoque no neumático

Remisión inmediata de paciente, informe a familiar sobre situación de paciente.

Enfermero o auxiliar # 1: accesos venosos – medicamentos

Asegurar dos accesos venosos 16G o 18G

Tomar paraclínicos rápidos (hemoglobina, hematocrito, hemoclasificación, plaquetas, pt, ptt, fibrinógeno)

Inicie antibióticos.

Inicie uterotónicos según protocolo

Suministrar Hartman o solución salina precalentadas (1.000 a 2.000ml) y evaluar respuesta.

Enfermero o auxiliar # 2: procedimiento- signos vitales

Inicie oxígeno por cánula a 2 litros para mantener saturación mayor a 90%

Verifique presencia de bolsa recolectora o asegure método de cuantificación del sangrado.

Medir signos vitales cada 5 minutos: frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, índice de shock.

Dar masaje uterino bimanual.

Insertar sonda urinaria.

Taponamiento vaginal de compresas vaginales.

Evite hipotermia.

Inicie antibióticos.

Los principios fundamentales del tratamiento del choque hemorrágico en la gestante son:

- Priorizar la condición materna sobre la fetal.
- Trabajar siempre en equipo previamente capacitado.
- El tiempo es crítico.
- La reposición de volumen se debe hacer con soluciones cristaloïdes: solución salina 0.9% o solución Hartman.
- La reposición volumétrica sea 2 o 3 ml de solución de cristaloide por cada ml de sangre perdida.
- A los 60 min el 20% de la solución electrolítica permanece intravascular, el resto se distribuye en el intersticio, esto obliga a evaluar permanente la reposición de líquidos en busca de un punto de equilibrio.
- La disfunción de la cascada de la coagulación comienza con la hemorragia, si en la primera hora no se ha corregido el estado de choque hemorrágico ya se debe considerar la posibilidad de una CID establecida.
- En caso de choque severo la primera unidad de glóbulos rojos se debe iniciar en un lapso de 15 minutos.



70-44.06

- La hipoperfusión tisular durante el choque y durante la recuperación favorece la microcogulación intravascular, que puede empeorar la situación hemodinámica en la fase de recuperación cuando ocurre la repercusión tisular con microembolos venosos hacia cerebro y otros lechos vasculares.
- Todo el personal de la salud que atiende pacientes obstétricas debe estar familiarizado con los signos clínicos del choque.

La profilaxis de la atonía uterina se debe realizar en: parto gemelar, polihidramios, uteroinhibición previa, macrosomía, parto instrumentado, expulsivo prolongado, amnionitis, cesárea, multíparas, se realiza inmediatamente se produzca el alumbramiento, se aplica metilergonovina y oxitocina.

12. BIBLIOGRAFÍA:

Revista Colombiana de obstetricia y ginecología.2009;6.

Fundamentos de Medicina. Manual de terapéutica. Marco Antonio Gonzalez Agudelo.Willian Dario Lopera Lotero.Alvaro Ignacio Arango Villa. 19^a Edición;2022-2023

Tratado de obstetricia y Ginecología; Fecolsog (federación colombiana de obstetricia y ginecología). 3^a Edición; 2022.Tomo 1, pag;16,21,23.

13. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Urgencias	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	26/08/2025	15	Coordinador Medico	Creación del documento por: Hugo Peña – Coordinador Medico Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente