

Escenario (1)

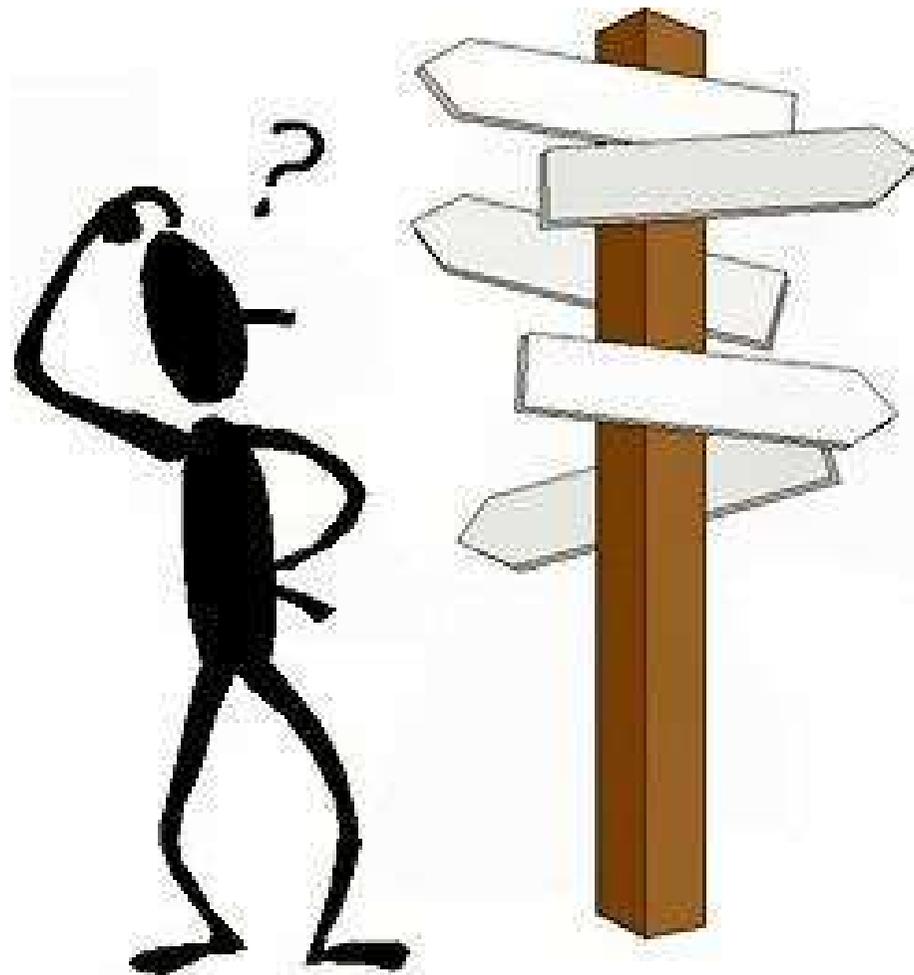
Guía p.10

AE. Leticia visito la casa de una puerpera.....

¿Qué piensa?



Si no hay buen manejo, se originan complicaciones



Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil -PROMATERNI-

Atención Inicial de Urgencia Obstétrica



Índice de la Clase

- 1. ¿Qué es complicación obstétrica?**
- 2. Principios básicos de atención inicial de urgencia obstétrica**
- 3. Preparación para atención inicial de urgencia obstétrica**
- 4. iSAER**

Complicación Obstétrica

Ocurre muy a menudo



Ocurre a veces



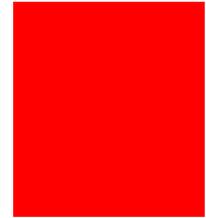
Nunca lo he experimentado



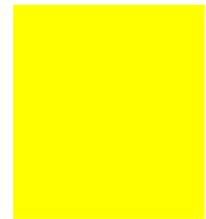
Comparta su experiencia

Complicación Obstétrica

Atención Inicial de Urgencia
Obstétrica es fácil



Atención Inicial de Urgencia
Obstétrica es difícil



1. ¿Qué es complicación obstétrica?

Ocurre complicación → **3 Errores**

Detección oportuna

Retraso en la detección

Tratamiento apropiado

Tratamiento inapropiado

Vivo

Muerte Materna

Detección de complicación obstétrica

Monitoreo de signos vitales

- Conciencia
- Presión Arterial Sistólica (mmHg)
- Pulso
- Respiración
- Temperatura

Cada 15 minutos después del parto

Monitoreo de hemorragia

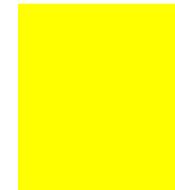
- Hemorragia Obstétrica por hora
- Contracción uterina
- Involución uterina
- Presencia de hematoma vulvar

El monitoreo de los signos vitales debe hacerse hasta después que se presentó la complicación obstétrica.

Verdadero



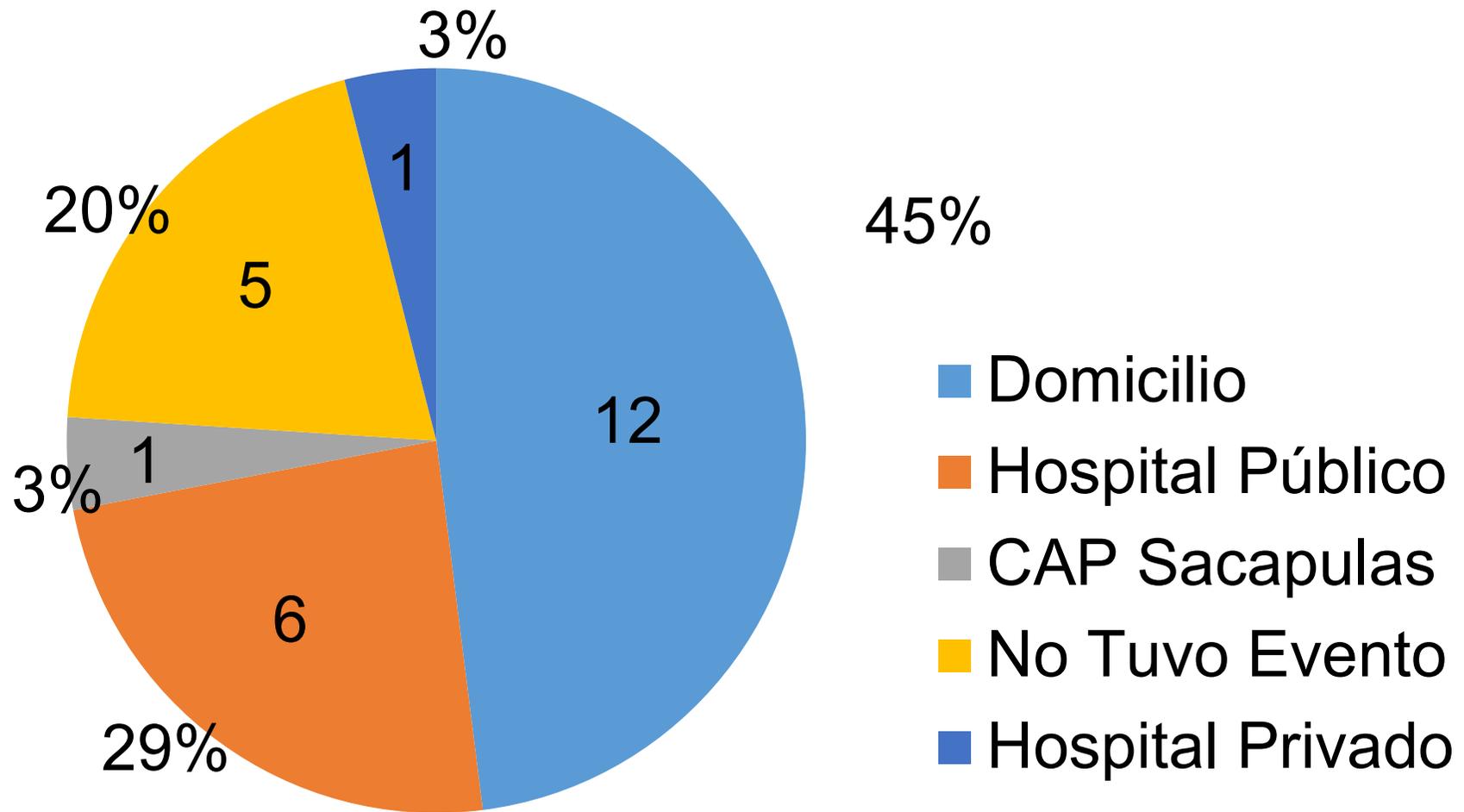
Falso



No se

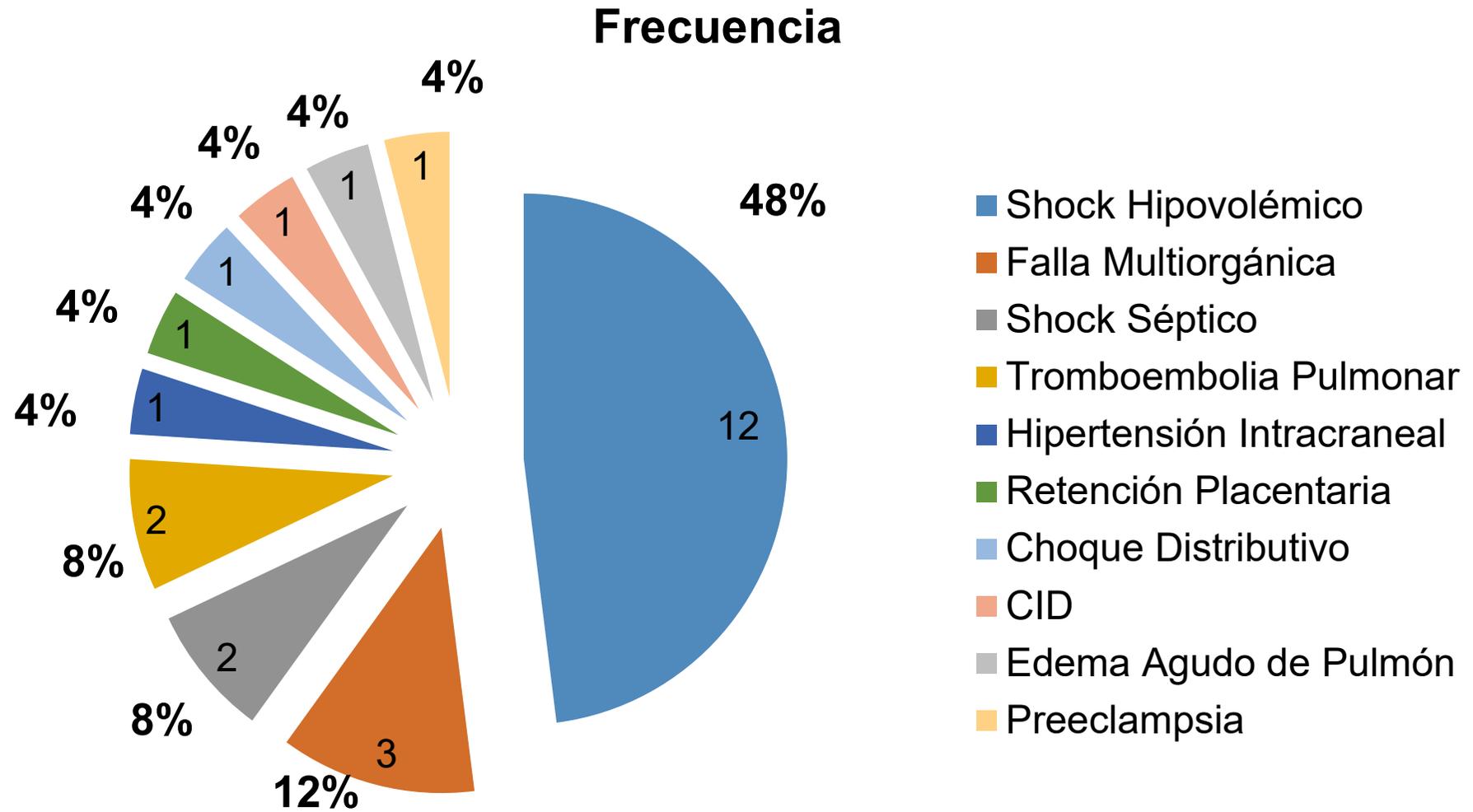


Lugar donde se atendió el evento obstétrico de las MM



Fuente; Base de datos MM. DAS Quiche, 2018

Causas Directas de Muertes Maternas año 2018 nivel área del Quiché

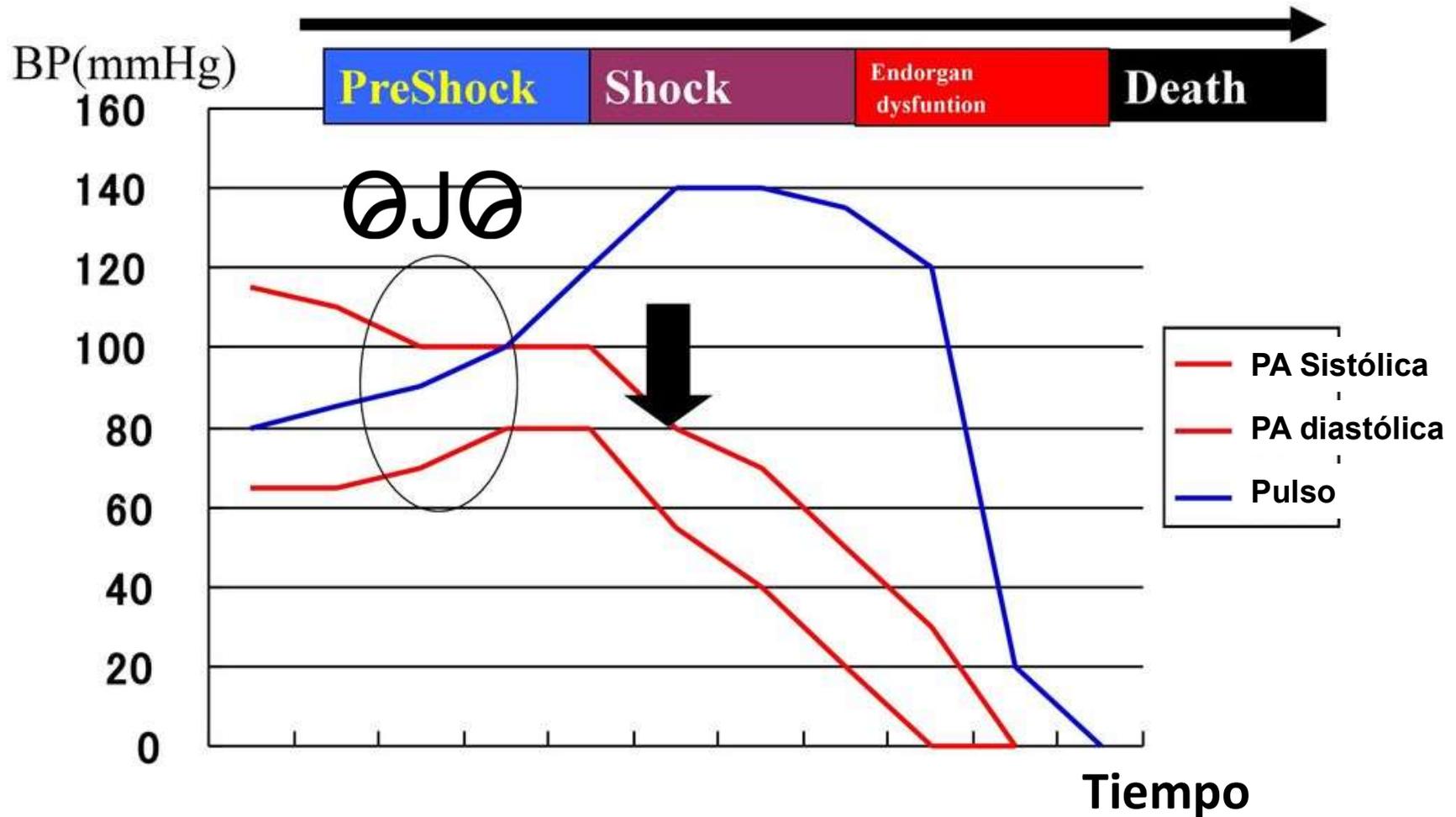


Fuente; Base de datos MM. DAS Quiche

¿Qué es Shock?

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto.

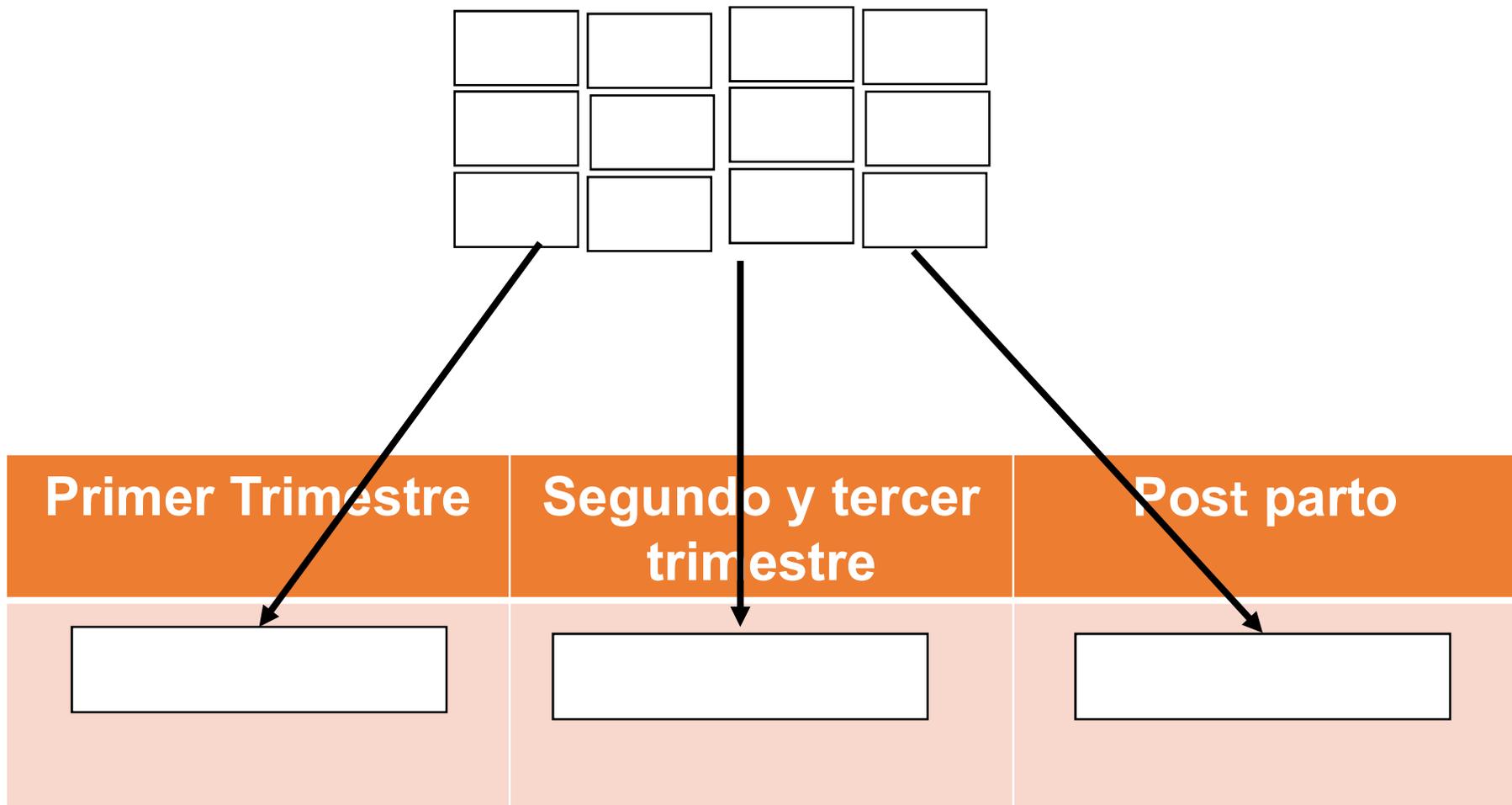
Proceso de Shock



Es demasiado tarde para darse cuenta después de que la presión arterial cae, el pulso simple cambia antes de la presión arterial.

Causa de Hemorragia

Busquen contenidos correspondidos para los cuadros asignados

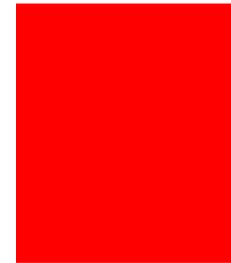


Causa de Hemorragia

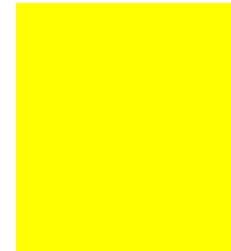
Primer Trimestre	Segundo y tercer trimestre	Post parto
<ul style="list-style-type: none">• Aborto y sus complicaciones• Embarazo ectópico• Mola hidatidiforme	<ul style="list-style-type: none">• Aborto y sus complicaciones• Placenta previa• Desprendimiento de placenta• Ruptura uterina	<ul style="list-style-type: none">• Nemotécnico 4T<ol style="list-style-type: none">① Tono (atonía uterina)② Tejido (retención de placenta o restos placentarios)③ Trauma (lesiones del canal del parto)④ Trombina (alteraciones de la coagulación)

Hemorragia por atonía uterina ocurre después del parto

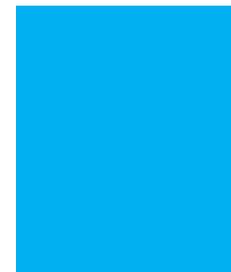
Sí



No



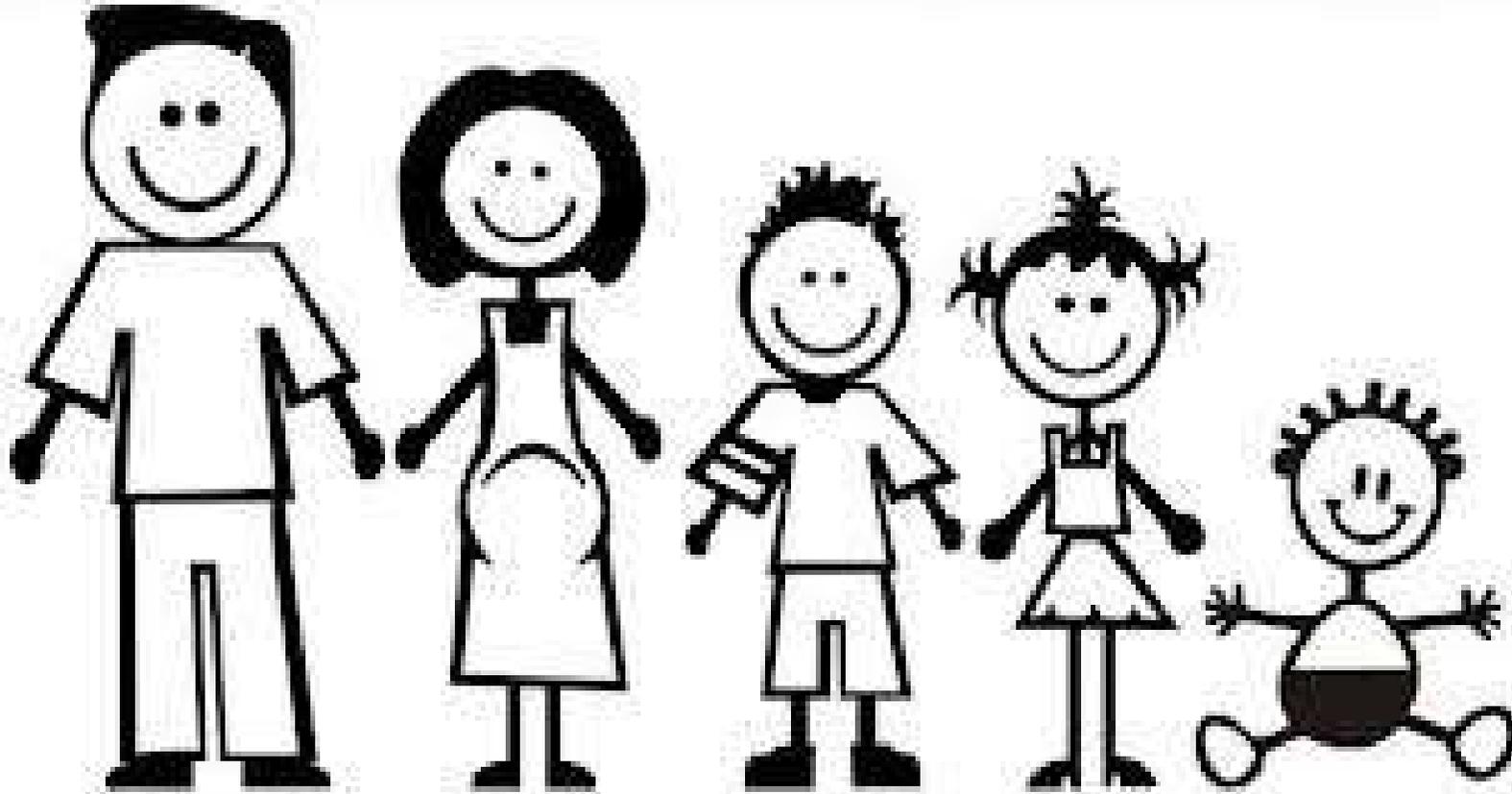
No se



¿Preguntas?



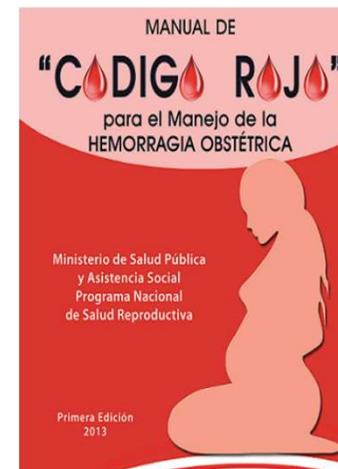
Gracias por su atención



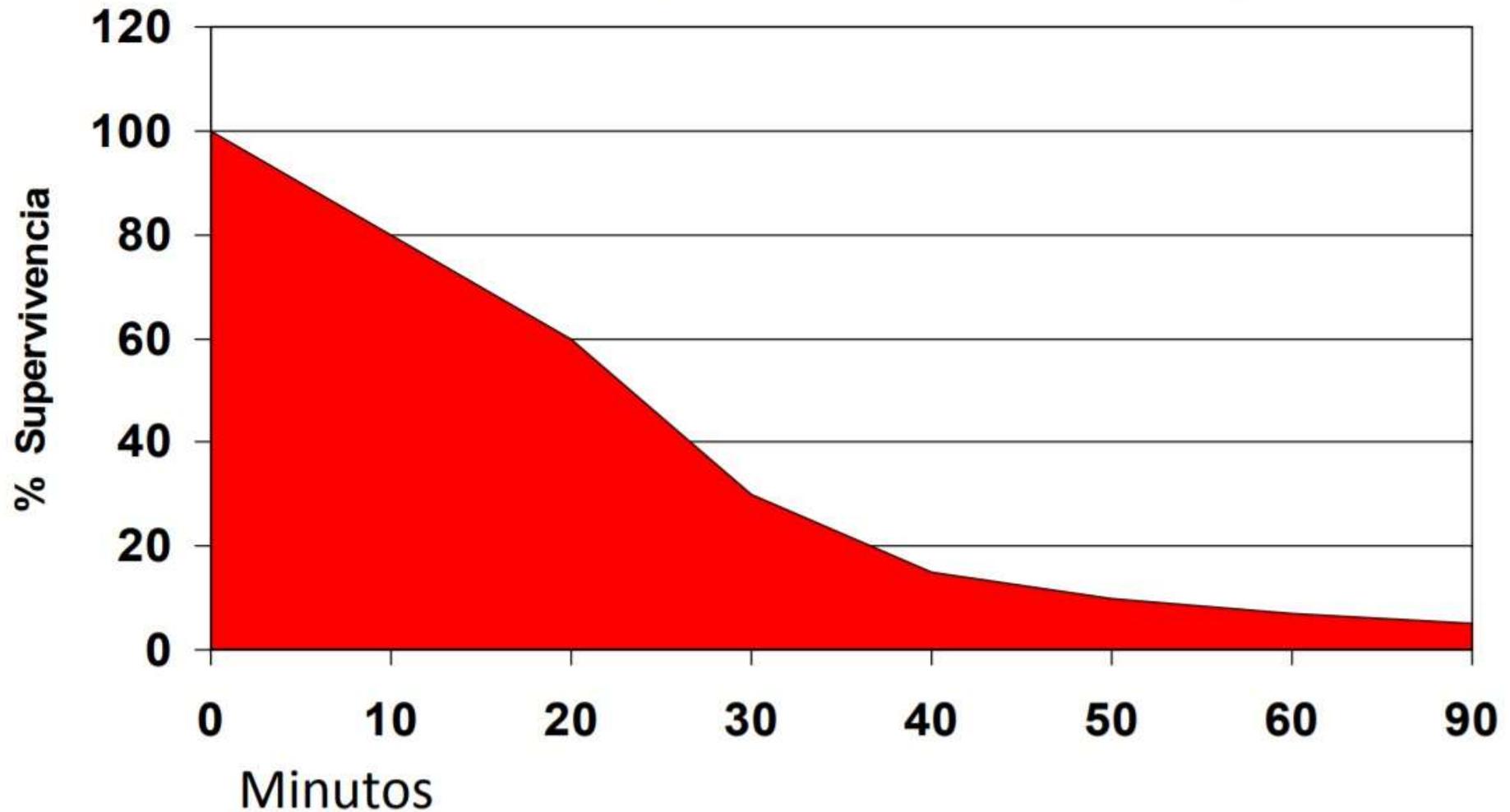
PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil

2.Principios básicos de atención inicial de urgencia obstétrica

Código Rojo Guatemala

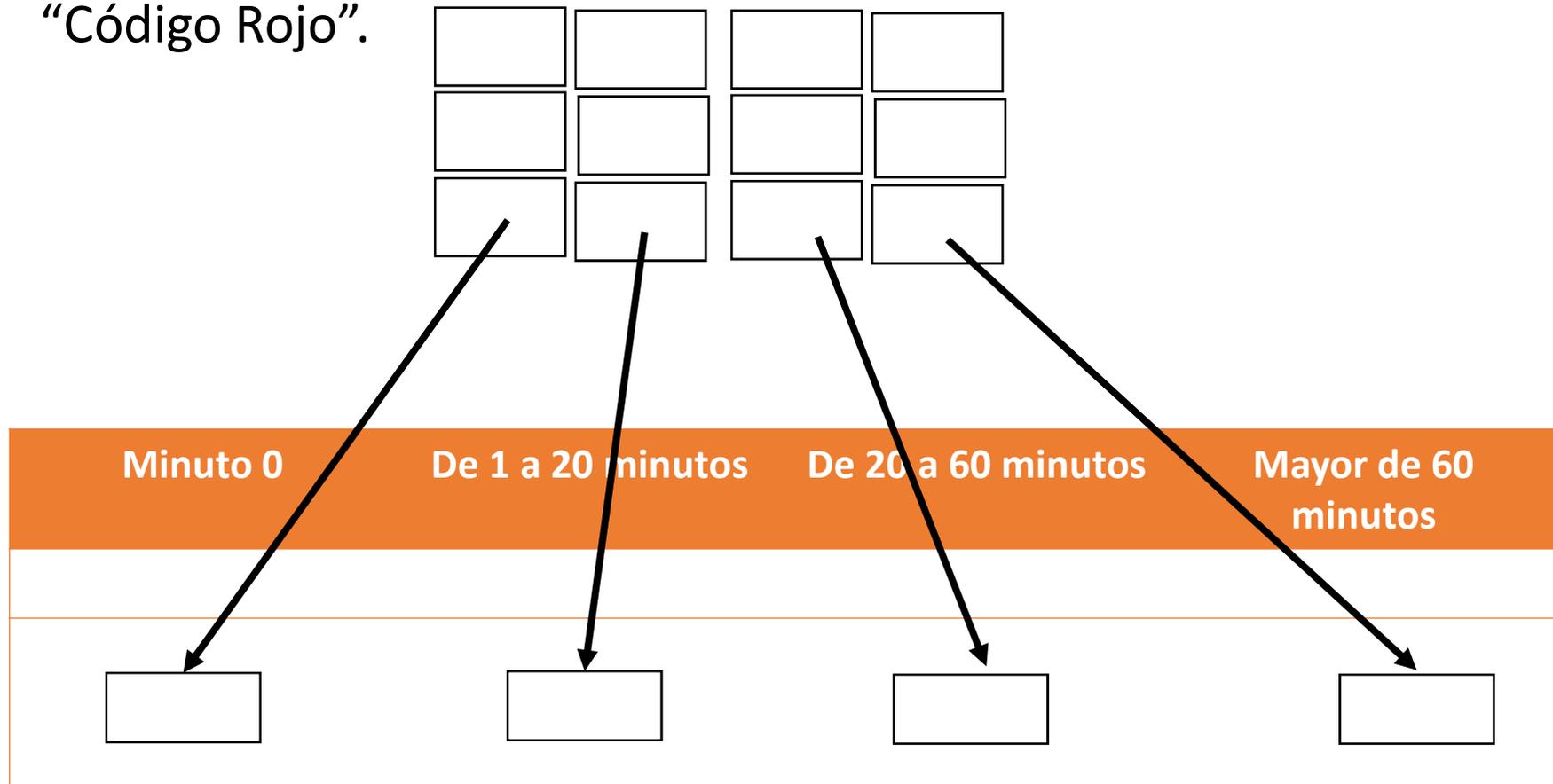


La hora de oro : la supervivencia está relacionada con la severidad y la duración del choque



Manejo del Choque Hipovolémico por Hemorragia Obstétrica “Código Rojo”

Busquen los pasos que puedan realizarse en su lugar de trabajo para manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica, según “Código Rojo”.



Secuencia del Código Rojo



Tiempo Cero

PS,CS/CAP

Ante: hemorragia obstétrica >1000ml
y/o signos de choque hipovolémico.

**¡ Pida ayuda!
Active el
"Código Rojo"**

Asume funciones el
equipo de respuesta.
Alertar al laboratorio,
banco de sangre,
transporte y
camillero

Código Rojo

1. Alerta al servicio de laboratorio y banco de sangre (en donde exista).
2. Alerta al servicio de transporte (CAP, hospital, distritales etc). Si ambulancia está disponible, debe permanecer allí mientras se resuelve el código.
3. El camillero se debe desplazar al servicio donde se activo el código.

¿Como detectar hemorragia obstétrica más de 1000ml?

■ Pesar



■ Medir



¿Si no tiene balanza ni vaso graduado?

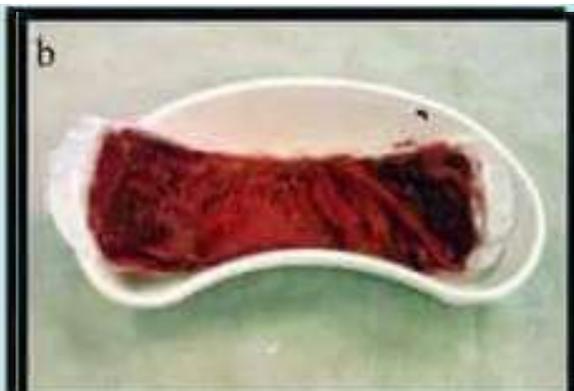
Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica (1)



**Toalla sanitaria manchada
30ml**



**Apósito 10 x 10 cm
Empapado 60ml**



**Toalla sanitaria empapada
100ml**

Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica (2)



**Pañal adulto
250ml**



**Apósito 45 x 45 cm
Empapado 350ml**



**Semi-luna completamente
llena 500ml**

Pictograma para la estimación visual de la hemorragia obstétrica (3)



Hemorragia posparto solo en cama 1000ml



Mancha de sangre en piso 100cm de diámetro 1500ml



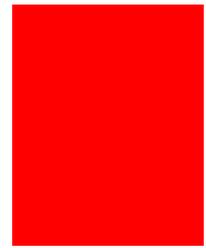
Hemorragia posparto que se demarra a piso 2000ml

Observación: De igual forma, puede estimar la hemorragia, en la cama de la casa de la paciente, o en su corte.

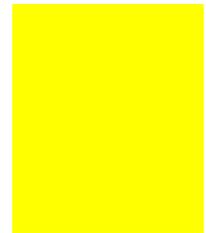
¿Cuántos “ml” de hemorragia obstétrica estimaría?



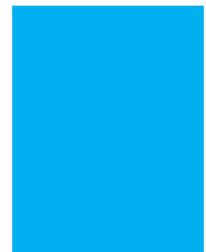
500ml



1000ml



1500ml



**¿Cuáles son
signos de choque?**

¿Cómo detectan la complicación obstétrica?

- Hemorragia obstétrica >1,000ml y/o
- Estado de conciencia: Ansiedad
- Pulso (/minutos): <60, >100
- Presión arterial sistólica (mmHg): < 90



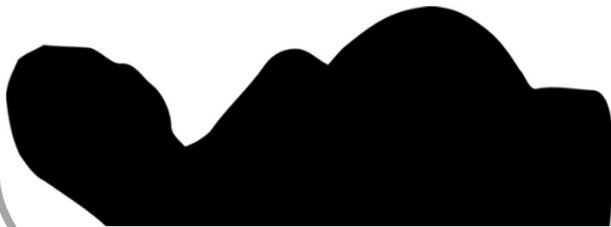
Pida ayuda! Active el Código Rojo

1. Alerta al servicio de laboratorio y banco de sangre (en donde exista).
2. Alerta al servicio de transporte (CAP, hospital, distritales etc). Si ambulancia está disponible, debe permanecer allí mientras se resuelve el código.
3. El camillero se debe desplazar al servicio donde se activo el código.

Ejercicio 1

AE. Laura visito la casa de una puérpera, encontrando los siguientes signos.

- Conciencia : Normal
- Pulso: 114
- Presión: 100/60
- Hemorragia : Si. pero no sé la cantidad



(1) ¿Hay algo anormal?

- Conciencia
- Pulso
- Presión
- Hemorragia



(2) ¿Activará el Código Rojo?

Si
No



Ejercicio 2

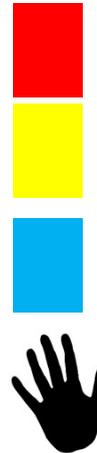
Una mujer puérpera vino al puesto de salud, y AE. Rosa encontró los siguientes signos.

- Conciencia:
Normal
- Pulso: 100
- Presión: 70/50
- Hemorragia
obstétrica
perdida : más de
1000ml



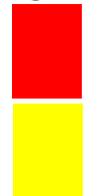
(1) ¿Hay algo anormal?

- Conciencia
- Pulso
- Presión
- Hemorragia obstétrica



(2) ¿Activará el Código Rojo?

Si
No

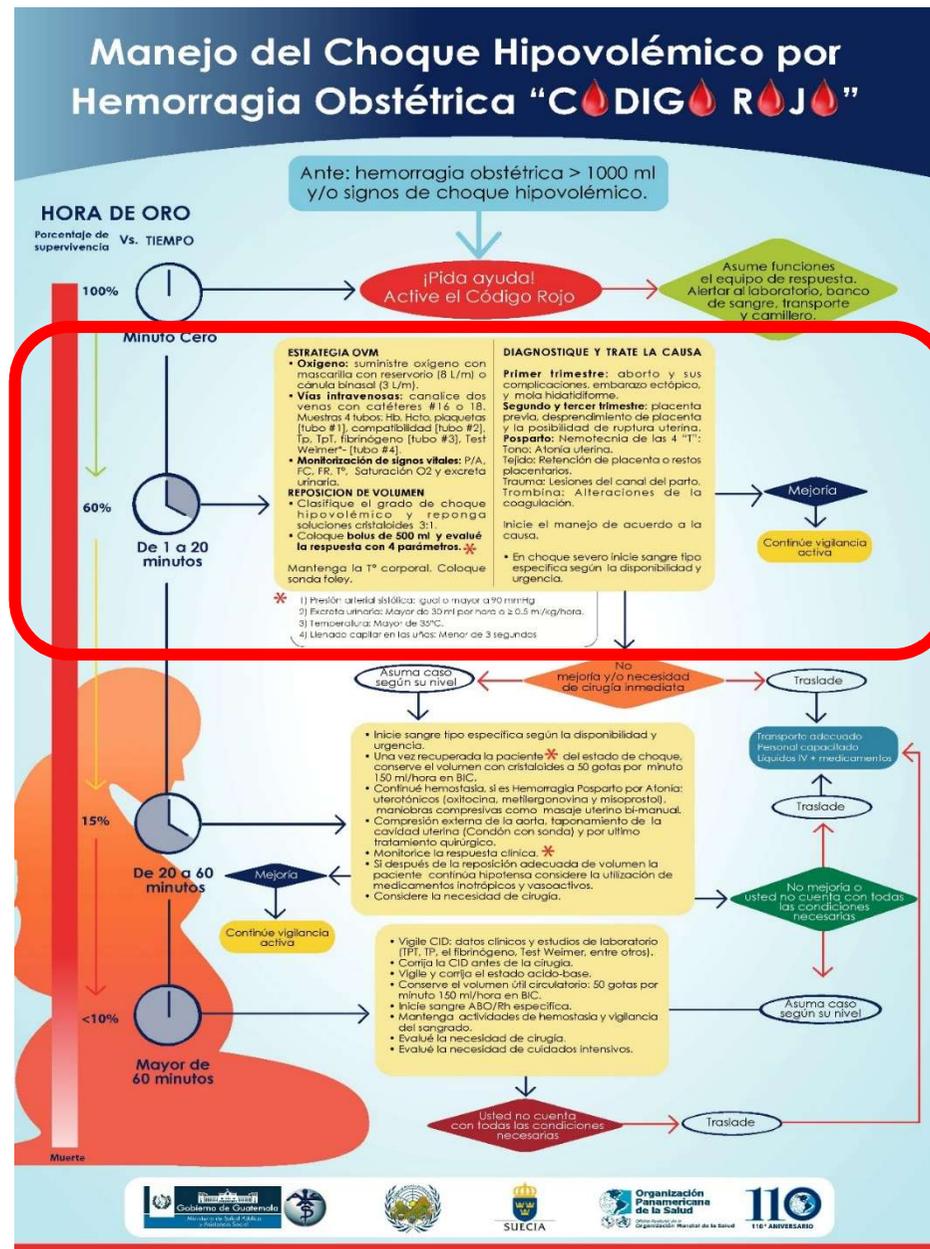


**¿Hay alguna pregunta
sobre “Tiempo Cero” ?**



De 1 a 20 minutos

PS-CS/CAP



Estrategia OVM

- O: Oxígeno
- V: Vías intravenosas
- M: Monitorización de signos vitales

Estabilice y decida

	PS-CS	CAP
▶ Suministre oxígeno (Mascarilla o cánula binasal)	-	●
Canalice dos venas con cateter #16 o 18	●	●
Tome muestras para exámenes	-	-
Monitorización de signos vitales	●	●
▶ Clasifique el estado de choque y reponga con cristaloides 3 a 1	●	●
▶ Coloque bolus de 500ml y evalúe la respuesta con 4 parámetros*	●	●
Mantenga la temperatura corporal	●	●
Coloque sonda Foley.	-	●
▶ Inicie el manejo de acuerdo a la causa	●	●

*4 parámetros

- 1) PA sistólica: Igual o mayor a 90 mmHg
- 2) Excreta urinaria: Mayor de 30ml/hora
- 3) Temperatura : Mayor de 35 grados
- 4) Llenado capilar en las uñas: Menor de 3 segundos

Asegurar ayuda e implementar al mismo tiempo.

Oxígeno

Dar oxígeno con una máscara de oxígeno de 8 litros



Cánula nasal		Máscara de oxígeno		Máscara de reservorio	
L/min	O2 (%)	L/min	O2 (%)	L/min	O2 (%)
1	24	5 - 6	40	6	60
2	28	6 - 7	50	7	70
3	32	7 - 8	60	8	80
4	36			9	90
5	40			10 -	99

¿Qué es clasificación del choque hipovolemico?

Clasificación del Choque Hipovolemico con base a Parámetros Clínicos

Perdida de Volumen en ml	Estado de Conciencia	Perfusión	Pulso (latidos/minuto)	Presión arterial sistolica (mm Hg)	Grado de Choque
500 - 1000 ml	Normal	Normal	60-100	Mayor de 90	Compensado
1000 -1500 ml	Ansiedad	Palidez, frialdad	100-120	80-90	Leve
1500 - 2000 ml	Ansiedad, confusión mental	Palidez, frialdad, sudoracion	120-140	70-79	Moderado
Mayor de 2000 ml	Confusión mental, letargica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar mayor de 3 segundos	Mayor de 140	Menor de 70	Severo

El grado de choque hipovolémico lo establece el parámetro más alterado



Ejercicio de clasificación de choque (1)

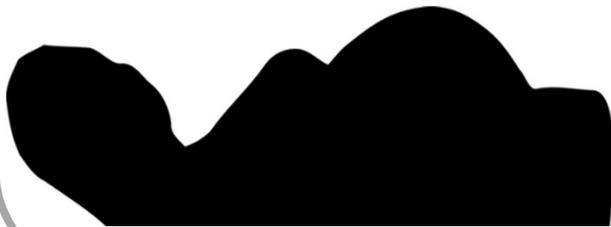
AE. Laura visito la casa de una puérpera y encontró los siguientes signos.

Guía p.12

Conciencia: Normal

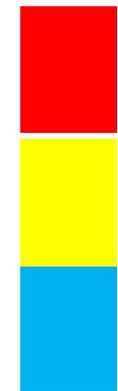
- Pulso: 130
- Presión: 70/50
- Hemorragia : Si.

Pero No sé la cantidad



¿Clasifique el grado del choque?

- Compensado
- Leve
- Moderado
- Severo



Clasificación del Choque Hipovolemico con base a Parámetros Clínicos

Perdida de Volumen en ml	Estado de Conciencia	Perfusión	Pulso (latidos/minuto)	Presión arterial sistolica (mm Hg)	Grado de Choque
500 - 1000 ml	Normal	Normal	60-100	Mayor de 90	Compensado
1000 - 1500 ml	Ansiedad	Palidez, frialdad	100-120	80-90	Leve
1500 - 2000 ml	Ansiedad, confusión mental	Palidez, frialdad, sudoracion	120-140	70-79	Moderado
Mayor de 2000 ml	Confusión mental, letargica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar mayor de 3 segundos	Mayor de 140	Menor de 70	Severo

El grado de choque hipovolémico lo establece el parámetro más alterado



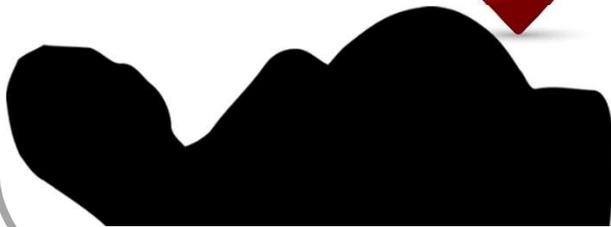
Ejercicio de clasificación de choque (2)

Una puérpera vino a puesto de salud, AE. Rosa encontró los siguientes signos.

Guía p.12

Conciencia: Normal

- Pulso: 118
- Presión: 60/40
- Hemorragia obstétrica : más de 1000ml



¿Clasifique el grado del choque?

- Compensado
- Leve
- Moderado
- Severo



Clasificación del Choque Hipovolemico con base a Parámetros Clínicos

Perdida de Volumen en ml	Estado de Conciencia	Perfusión	Pulso (latidos/minuto)	Presión arterial sistolica (mm Hg)	Grado de Choque
500 - 1000 ml	Normal	Normal	60-100	Mayor de 90	Compensado
1000 - 1500 ml	Ansiedad	Palidez, frialdad	100-120	80-90	Leve
1500 - 2000 ml	Ansiedad, confusión mental	Palidez, frialdad, sudoracion	120-140	70-79	Moderado
Mayor de 2000 ml	Confusión mental, letargica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar mayor de 3 segundos	Mayor de 140	Menor de 70	Severo

El grado de choque hipovolémico lo establece el parámetro más alterado



¿Qué significa 4 parámetros?

4 parámetros sirven para evaluación de administración de soluciones I.V.

1) Presión arterial sistólica: igual o mayor a 90mmHg.

2) Excreta urinaria: Mayor de 30 ml por hora o $\geq 0.5\text{ml/kg/hora}$.

3) Temperatura: Mayor de 35°C .

4) Llenando capilar en las uñas: Menor de 3 segundos.

Prueba del llenado capilar



Se aplica presión al lecho ungueal hasta que se vuelva blanco

La sangre regresa al tejido

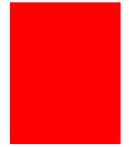


ADAM.

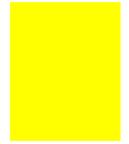
Practique con su compañero/a

¿Cuales son los 4 parámetros?

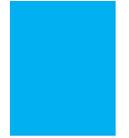
a. Presión arterial sistólica



b. Pulso



c. Temperatura



d. Respiración



Tratamiento diagnóstico en caso de hemorragia posparto según 4T

Tono 70% (atonía uterina)	Tejido 20% (retención de placenta o restos placentarios)	Trauma 9% (lesiones del canal del parto)	Trombina 1% (alteraciones de la coagulación)
<ul style="list-style-type: none"> • Masaje uterino • Compresión bimanual • Compresión aorta • Fármacos uterotónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de cavidad uterina • Legrado uterino instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir inversión uterina • Reparar lesiones de canal de parto • Descartar ruptura uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revertir coagulación, reemplazado factores de coagulación

El manejo de acuerdo a la causa

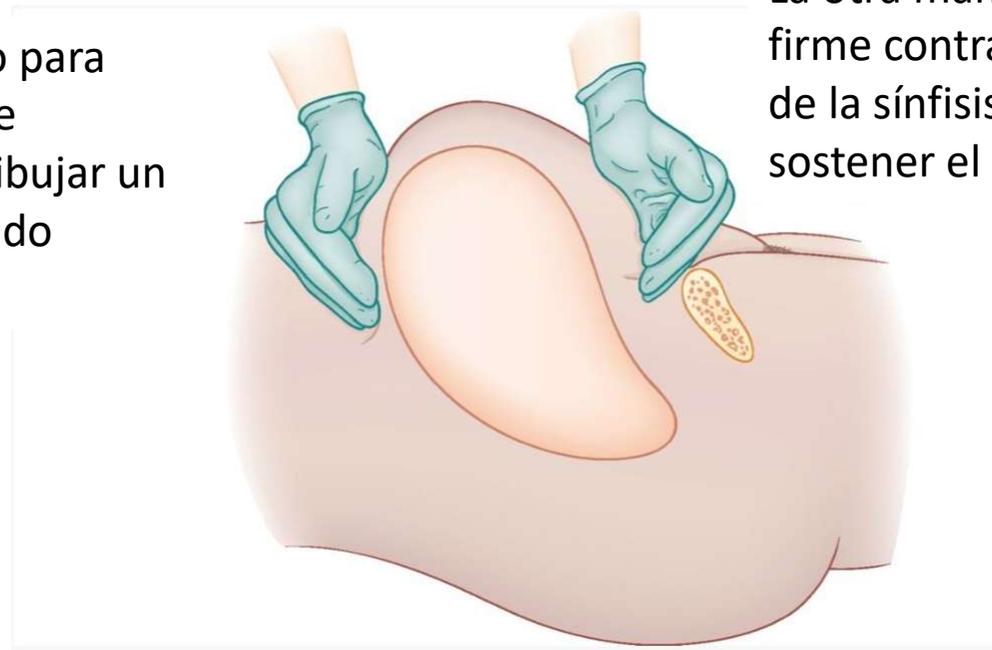
- Masaje uterino
- Compresión externa de la aorta
- Compresión bi-manual
- Tratamiento farmacológico



Masaje uterino

El masaje uterino después de la expulsión de la placenta estimula la contracción del útero. El masaje incluye colocar una mano sobre el abdomen inferior de la paciente y estimular el útero mediante movimientos repetitivos de masaje o presión.

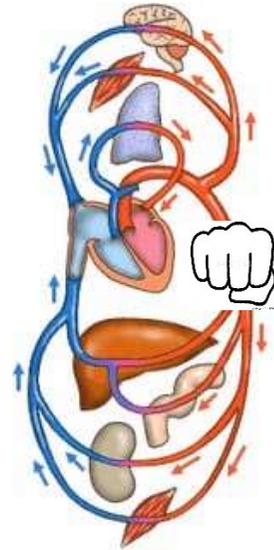
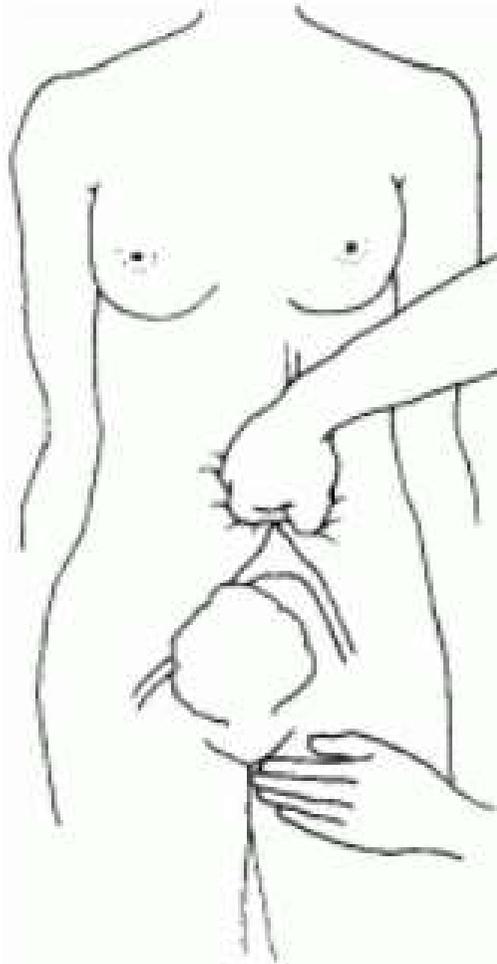
Coloque una mano para masaje uterino y se comprime como dibujar un círculo hacia el fondo uterino.



La otra mano permanece firme contra el útero a nivel de la sínfisis del pubis, para sostener el útero.

Demostración

Compresión externa de la aorta

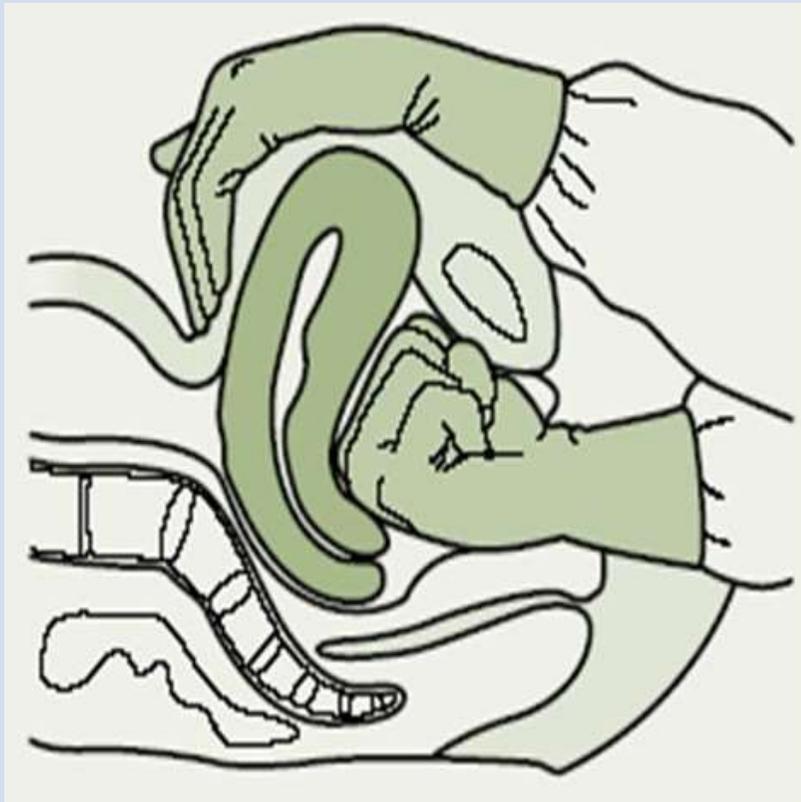


- 1- Coloque a la paciente sobre una superficie firme.
- 2- Coloque la mano empuñada, encima del ombligo ligeramente a la izquierda.
- 3- Verifique que la compresión es efectiva cuando no palpe el pulso femoral.
- 4- Mantenga la compresión hasta iniciada la resucitación o procedimiento quirúrgico definitivo.

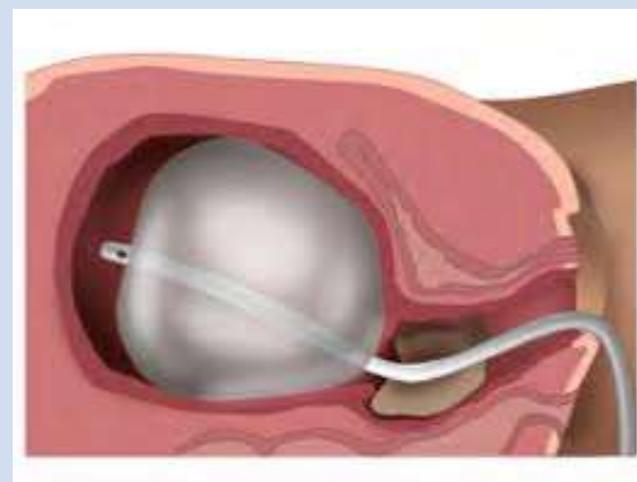
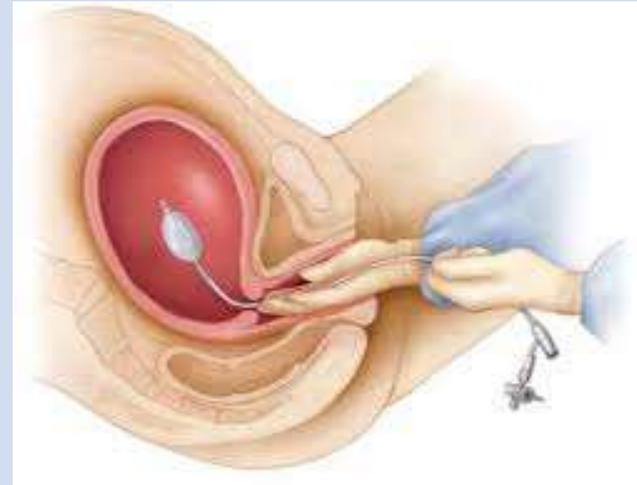
Demostración

Compresión mecánica

Compresión bimanual de útero



Condón con sonda Foley



Tratamiento farmacológico

Fármaco	
Oxitócina	20 unidades en 1,000ml de cristaloides (solución fisiológica 0.9 % ó Hartman) a 60 gotas por minuto. No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial.
Metilergonovina	0.2mg IM dosis única. No emplear IV ya que produce incremento de presión arterial

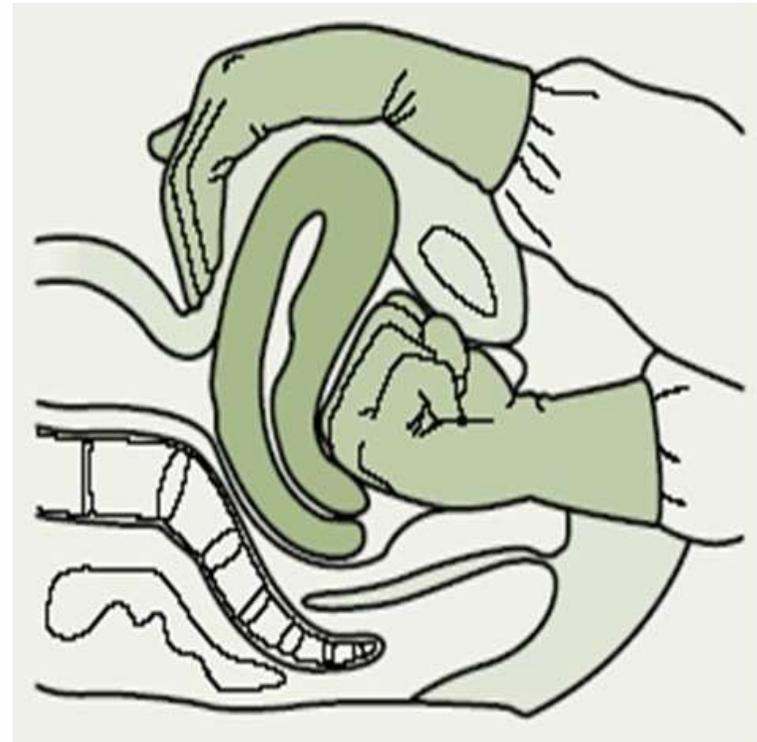
¿Cómo se llama el método de Compresión mecánica que aparece en la imagen?

a. Masaje uterino

b. Compresión bi-manual de útero

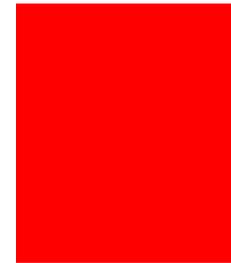
c. Taponamiento de la cavidad uterina

d. Compresión externa de la aorta

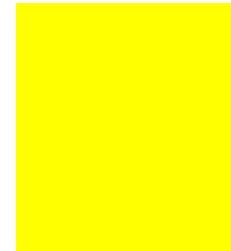


En caso de atonía uterina, masaje uterino es efectivo.

Sí



No



No se



Tratamiento diagnóstico en caso de hemorragia posparto

Tono 70% (atonía uterina)	Tejido 20% (retención de placenta o restos placentarios)	Trauma 9% (lesiones del canal del parto)	Trombina 1% (alteraciones de la coagulación)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Masaje uterino</u> • Compresión bimanual • Compresión aorta • Fármacos uterotónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de cavidad uterina • Legrado uterino instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir inversión uterina • Reparar lesiones de canal de parto • Descartar ruptura uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revertir coagulación, reemplazado factores de coagulación

De 1 a 20 minutos

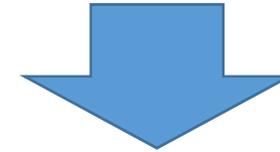


No mejoría y/o necesidad de
cirugía inmediata



Asuma caso según
su nivel

De 20 a 60 minutos



Traslade

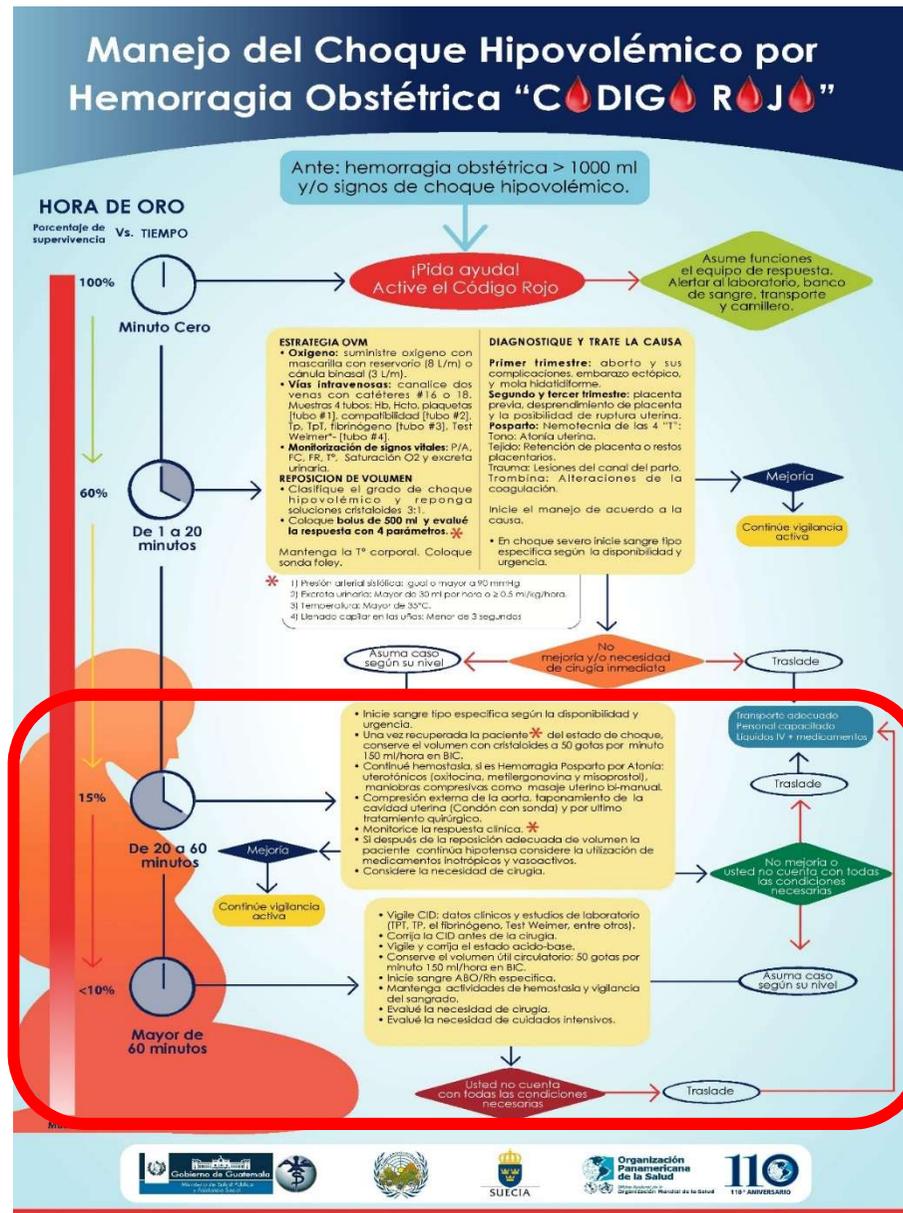
Transporte adecuado. Personal
capacitado. Líquidos
IV+Medicamentos, Traje
Antichoque No Neumático (TANN)

**¿Hay alguna pregunta
sobre “Tiempo de 1 a 20
minutos ?**



De 20 a 60 minutos

CAP/HP



Tiempo 20 a 60 minutos: Tratamiento dirigido

CAP/HP

Tratamiento
dirigido

- Inicie transfusiones sanguíneas según disponibilidad y urgencia.
- Continúe actividades de hemostasia: uterotónicos, masaje uterino bi-manual, compresión externa de la aorta, taponamiento de la cavidad uterina (Condón y sonda).

Tiempo 20 a 60 minutos: Tratamiento dirigido

CAP/HP

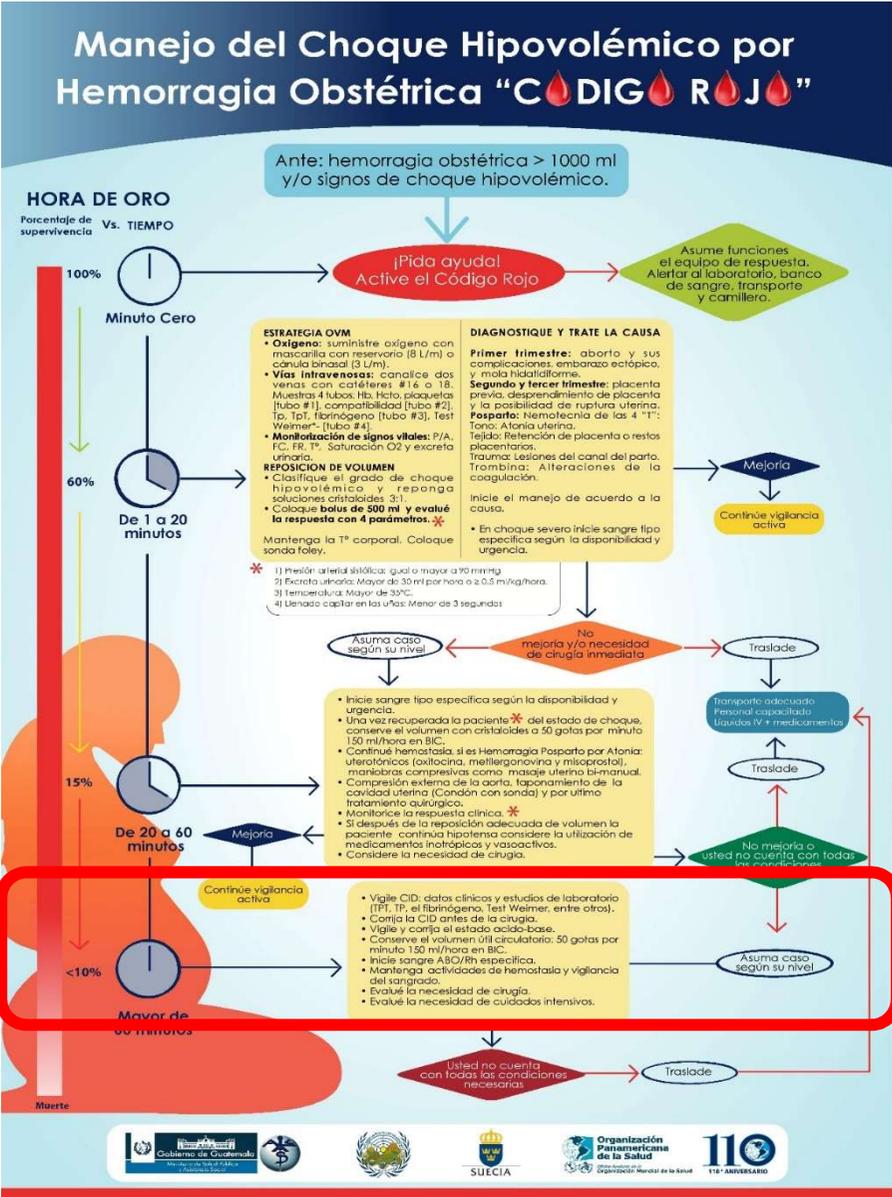
Tratamiento
dirigido

- Monitorice la respuesta clínica: conciencia, perfusión, pulso, presión arterial, excreta urinaria, temperatura y frecuencia respiratoria.
- Si persiste la hipotensión reevalúe volemia y considere soporte inotrópico y vasoactivos.

**¿Hay alguna pregunta
sobre “Tiempo de 20 a 60
minutos ?**



Mayor de 60 minutos



Mayor de 60 minutos:
Manejo avanzado

HP

Manejo
Avanzado

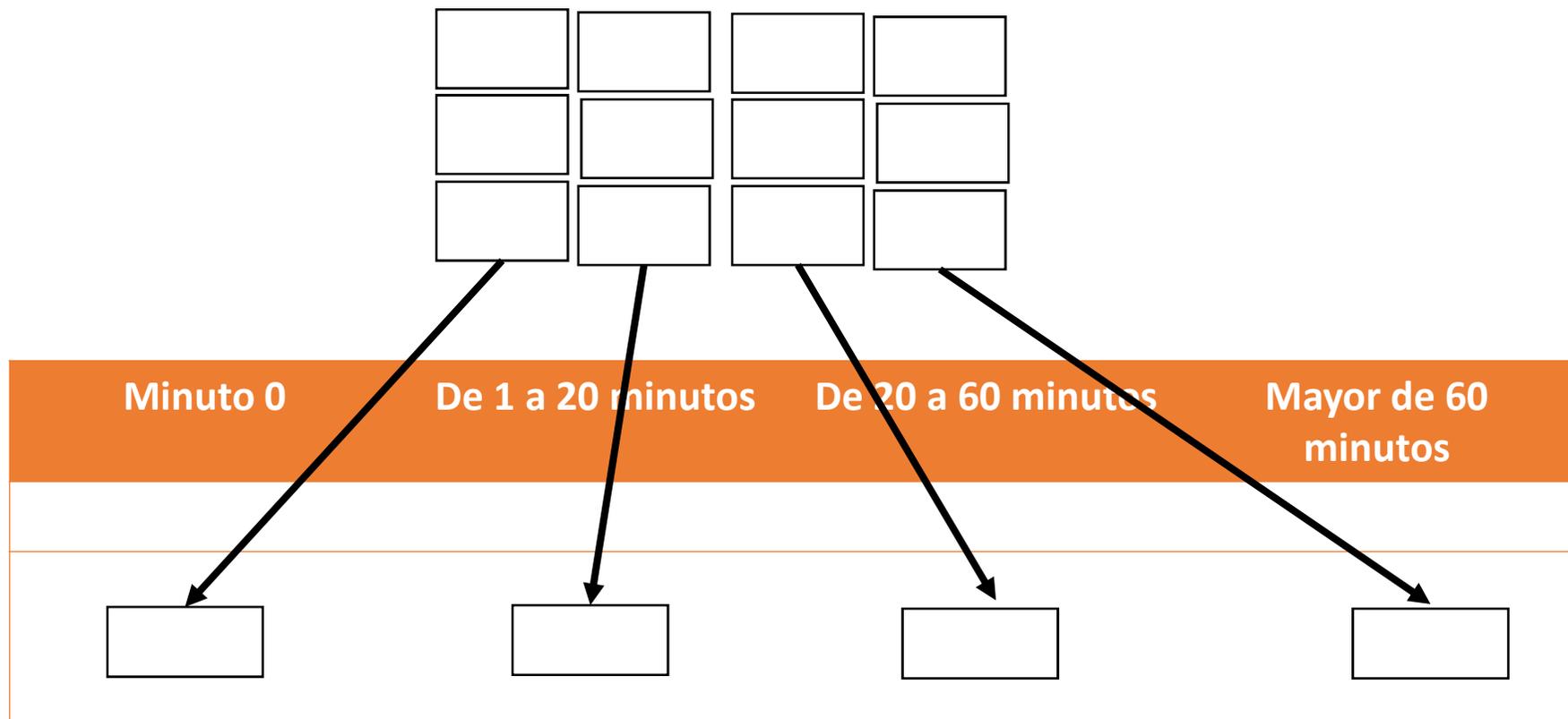
- Vigile CID: datos clínicos y estudios de laboratorio
- Corrija la CID antes de la cirugía
- Vigile y corrija el estado acido-base
- Conserve el volumen útil circulatorio
- Inicie sangre ABO/Rh específica
- Evalué la necesidad de cirugía
- Evalué la necesidad de cuidados intensivos

Repaso

Manejo del Choque Hipovolémico por Hemorragia Obstétrica “Código Rojo”

Trabajo en grupo

Busquen los pasos para manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica, según “Código Rojo”.



Respuesta (1)

Ante: Hemorragia obstétrica > 1000ml, y/o signos de choque hipovolémico

Minuto 0	De 1 a 20 minutos
Pida ayuda! Active Código Rojo	Oxigeno 
	Vías Intracenosas 
	Monitorización de S/V 
	Mantenga la temperatura corporal 
	Coloque sonda Foley 
	Inicie el manejo de acuerdo a la causa 

Referencia: Manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica “Código Rojo”

Respuesta (2)

De 20 a 60 minutos

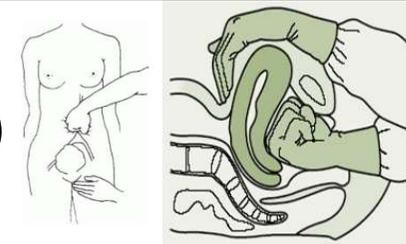
Inicie transfusiones sanguíneas según disponibilidad y urgencia.



Continúe hemostasia, si es hemorragia posparto por atonía uterina (oxitócina, misoprostol)



Maniobras compresivas como (masaje uterino, bi-manual, compresión externa de la aorta etc.)



Monitorice la respuesta clínica.



Considere la necesidad de cirugía

Referencia: Manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica “Código Rojo”

Respuesta (3)

Mayor de 60 minutos

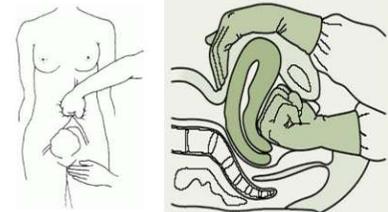
Vigile CID: datos clínicos y estudios de laboratorio



Inicie sangre ABO Rh específica



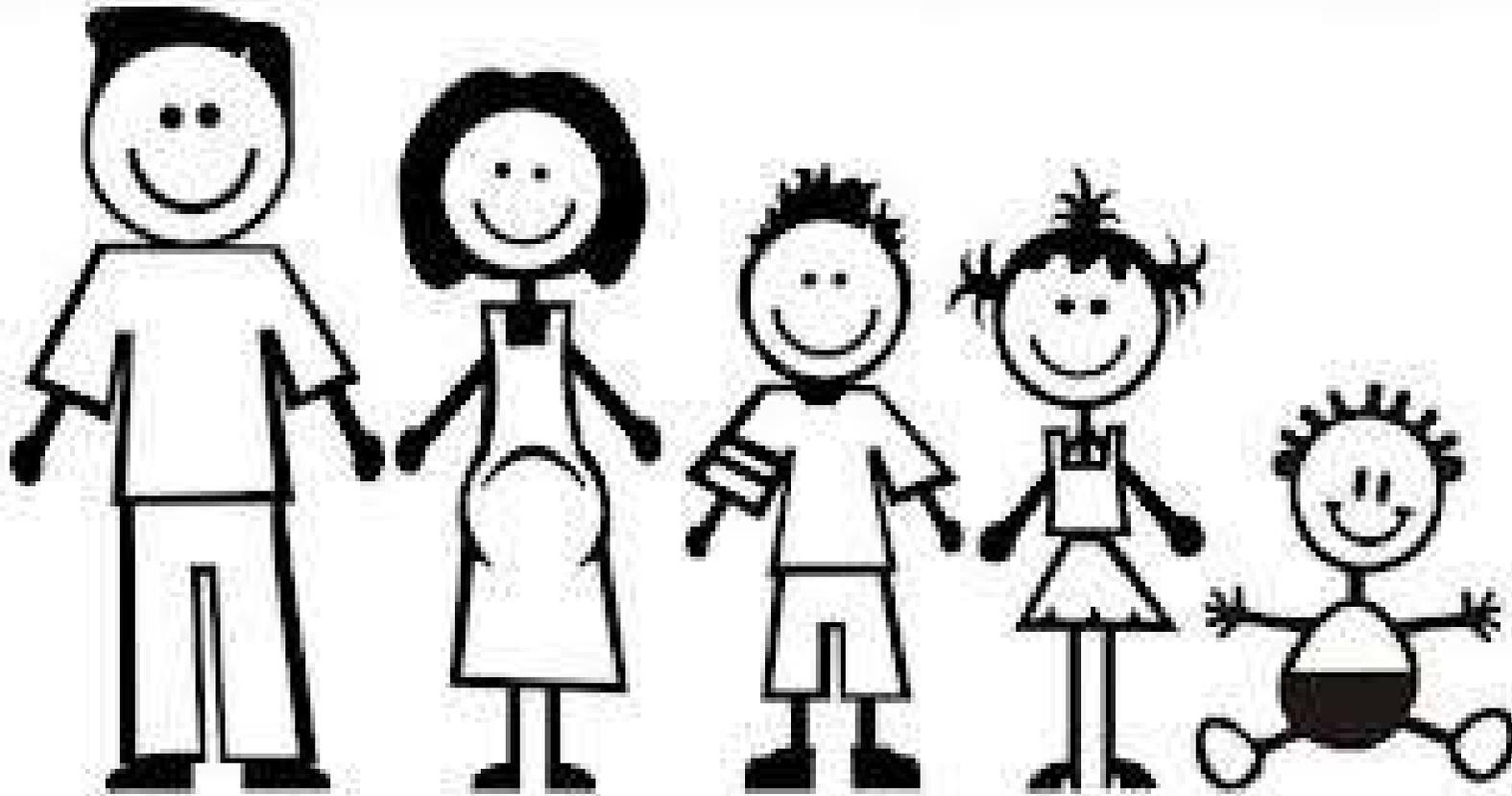
Mantenga actividades de hemostasia y vigilancia del sangrado



¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil

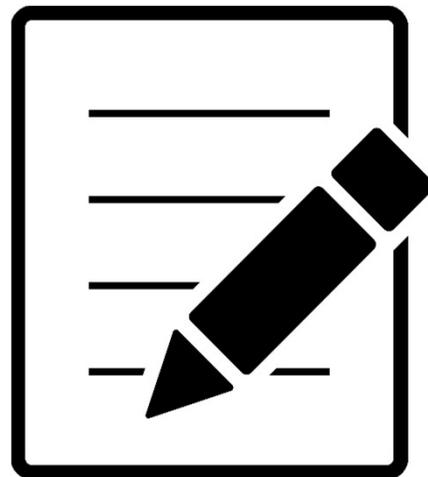
Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil
-PROMATERNI-

Atención Inicial de Urgencia Obstétrica

3. Preparación para atención inicial de urgencia obstétrica

¿Qué tiene que preparar para urgencia obstétrica?

Anote equipo médico, insumos y medicamentos que tiene que preparar para atención inicial de urgencia obstétrica en su servicio



Guía p.10

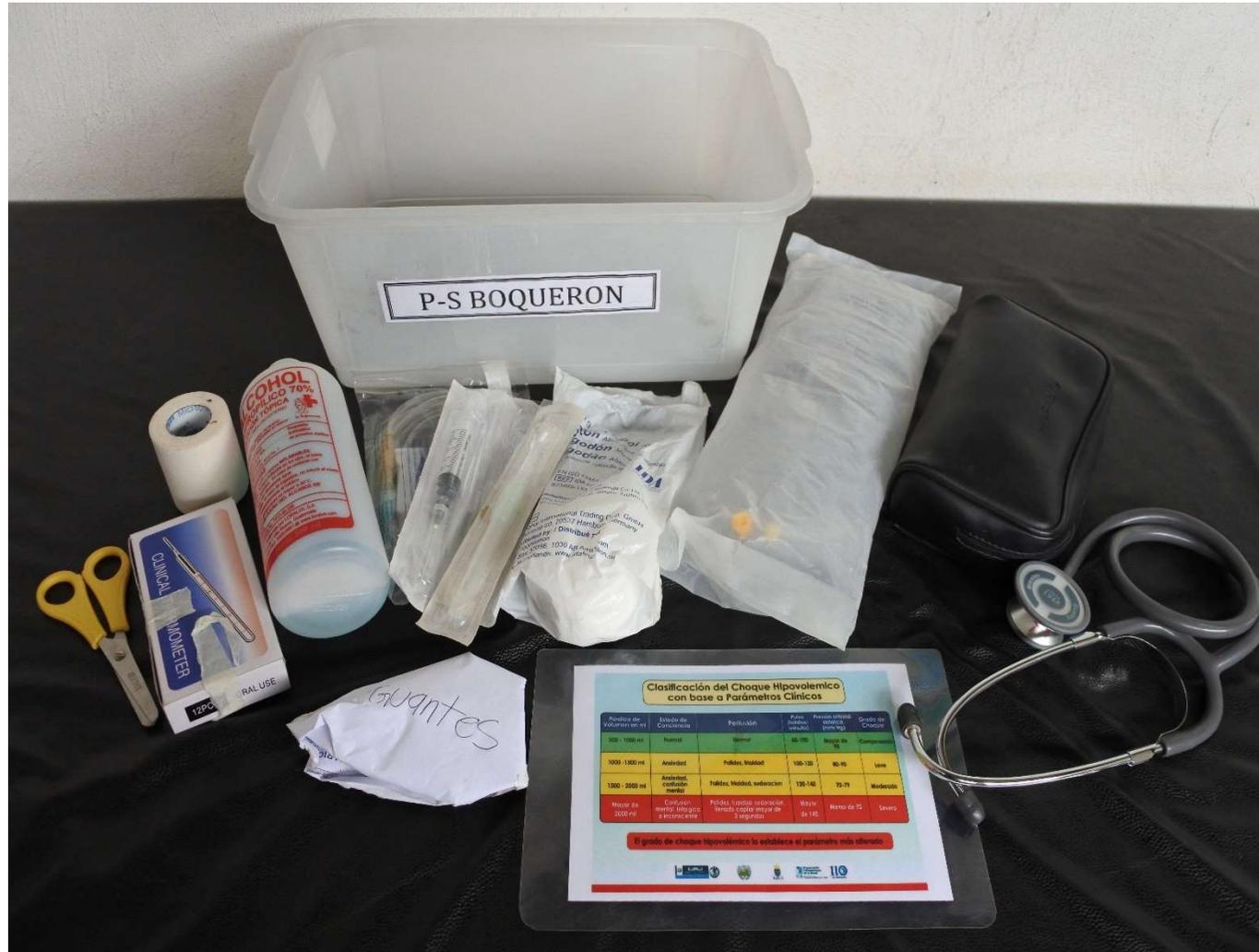
PS y CS

Equipo Medico	
Esfigmomanómetro	Estetoscopio
Termómetros	
Insumos y medicamentos	
Solución Hartman de 1000cc	Micropore
Angiocath 16 y 18	Jeringas de diferente calibre
Venoclisis	Guantes estériles y descartables
Alcohol	Oxitócina
Algodón	Hoja de referencia
Gasas estériles	

CAP

Equipo Medico	
Esfigmomanómetro	Termómetros
Estetoscopio	Oxigeno con manómetros
Insumos y medicamentos	
Solución Hartman de 1000cc	Bolsa recolectora de orina
Hemacel	Jeringas de diferente calibre
Angiocath 16 y 18	Ambu
Venoclisis	Mascarillas de oxigeno
Alcohol	Mascarilla con reservorio
Algodón	Cánula binasal
Micropore	Guantes estériles y descartables
Sondas de Foley	Oxitócina
Condomes	Hoja de referencia
Gasas estériles	

Kit de emergencia



¿Algún equipo médico, insumo o medicamentos que haga falta?

Guía p.10

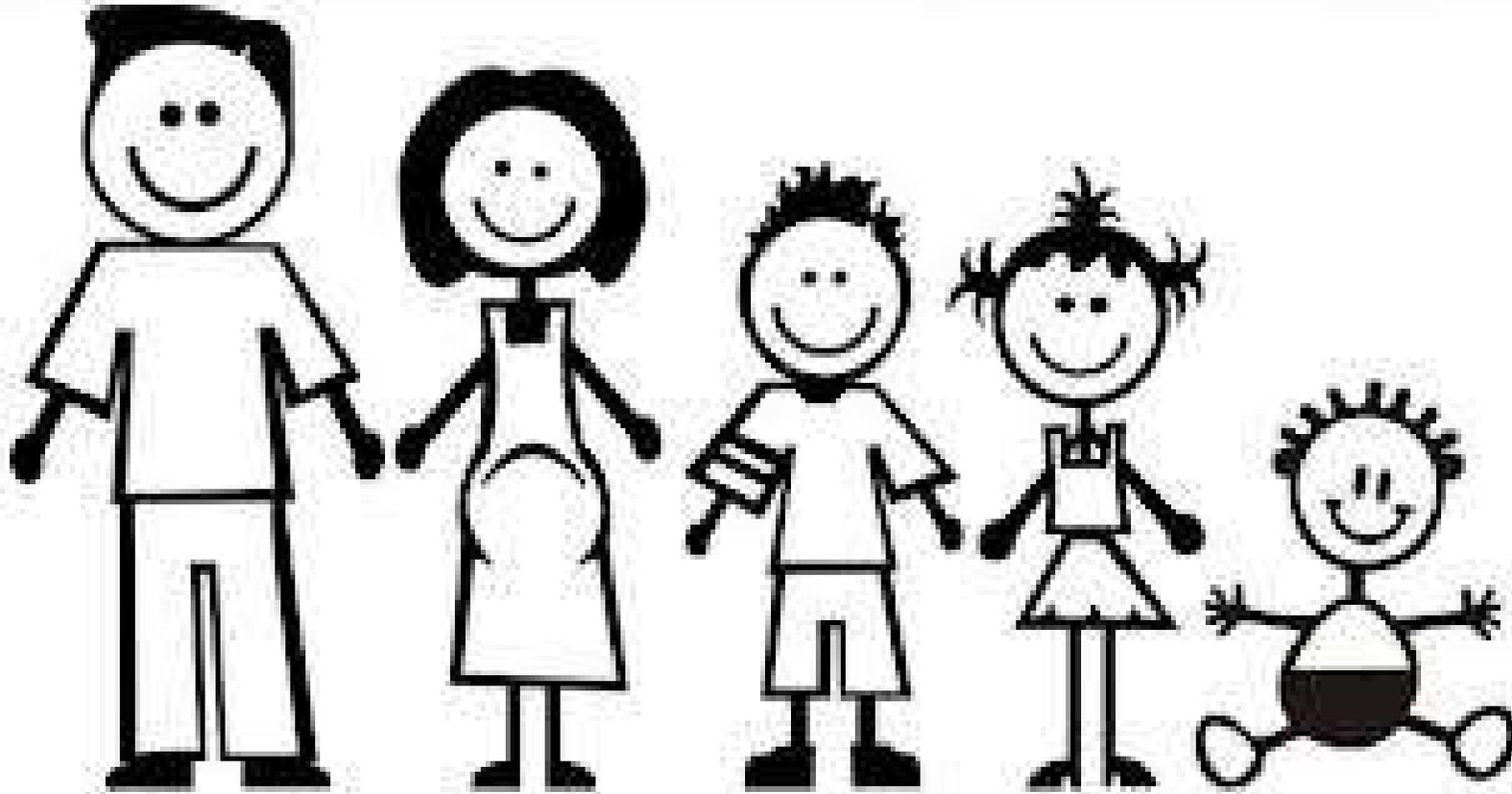


¿Cómo solucionarlo?

¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil

4. iSAER



iSAER



Identificación

¿Quién es usted? ¿Cual es su cargo?

Identificación del paciente

Ej: Mi nombre es Catarina Tum, AE de PS 31 de mayo. Aquí hay un caso de Código Rojo. El nombre de la paciente es Candelaria Ordoñez. Tiene 24 años.

Situación

¿Qué pasa con la paciente?

Ej: Ella esta sangrado después del parto y tiene signos de choque.

Antecedentes

¿Cuáles son antecedentes de la paciente?

Ej: G6, P6, HV6, HM0, Ab0.

Evaluación

¿Cuál cree que es el problema?

Ej: Hay una posibilidad de atonía uterina.

Recomendación

¿Qué recomendaría?

Ej: Es necesario trasladar la paciente al hospital.

Vamos a practicar con el compañero

iSAER



Comadrona trajo una puérpera que presenta abundante sangrado vaginal a Puesto de Salud.

- Nombre de la puérpera: Mirna Pérez Edad: 23 años
- Antecedentes: G5 P4 HV3 HM1 Ab.1 Día de parto: hace 1 hora
- Signos Vitales: P 122, PA 70/50, R 24, T 35.0
- Perfusión: Palidez, Frialdad

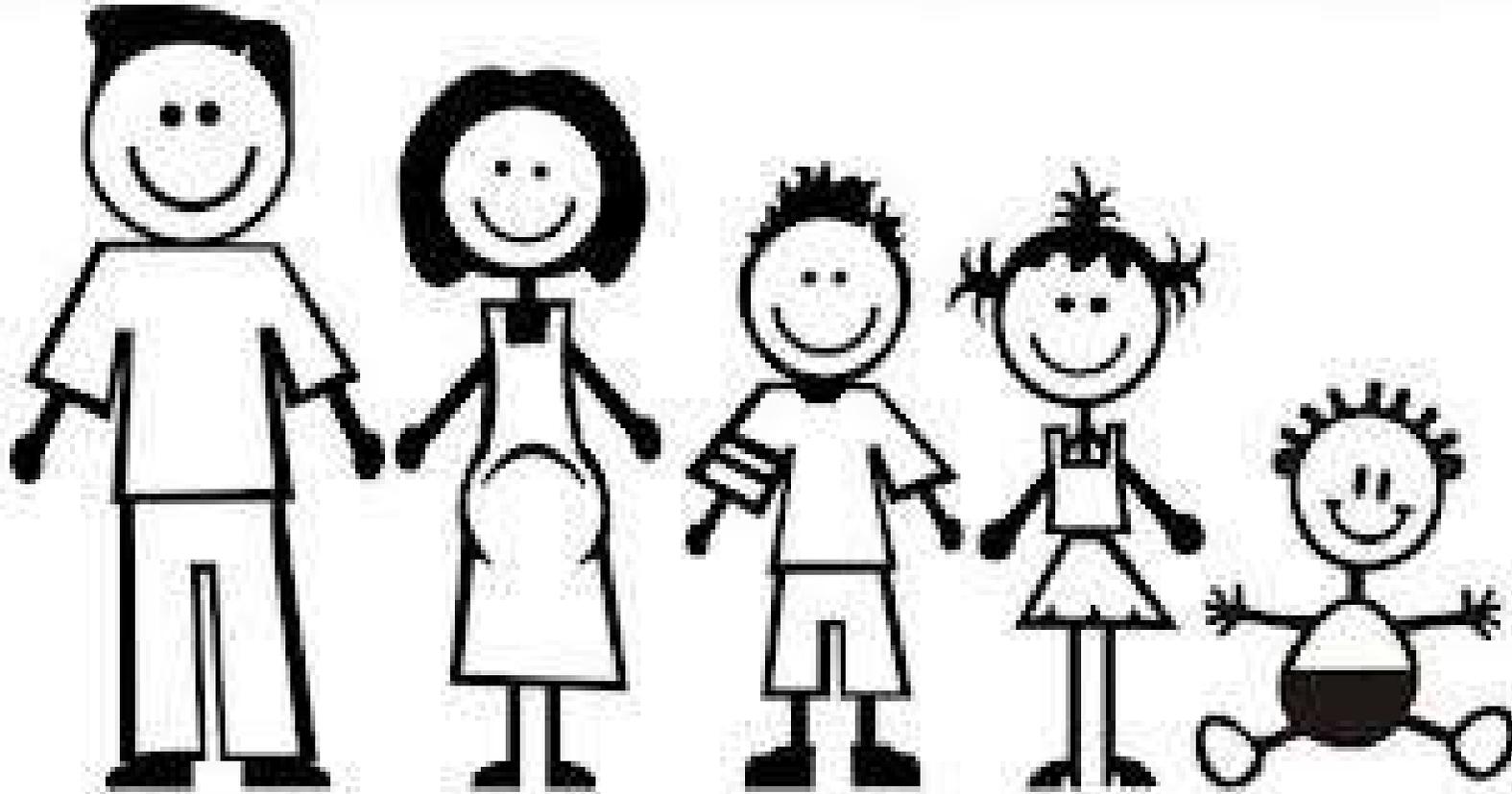
Identificación	¿Quién es usted? ¿Cual es su cargo? Identificación de la paciente
Situación	¿Qué pasa con la paciente?
Antecedentes	¿Cuáles son antecedente de la paciente?
Evaluación	¿Cuál cree que es el problema?
Recomendación	¿Qué recomendaría?

Guía p.12 y 13

¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil

Escenario (2)

Guía p.13

AE. Leticia visito la casa de una puérpera....

¿Qué piensa?

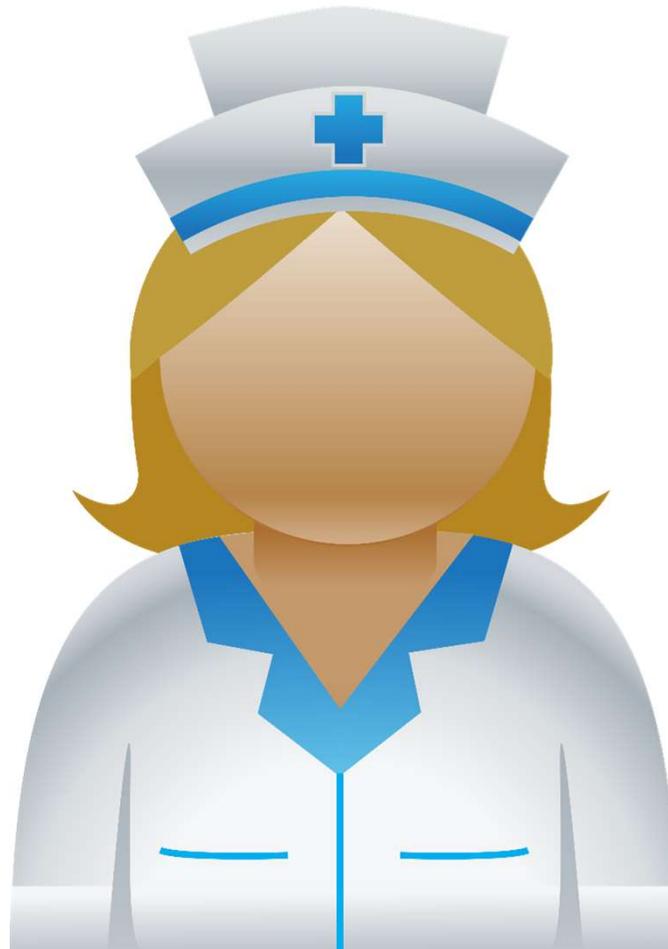


¿Cuándo identificó la complicación obstétrica?



Guía P.13

¿Qué hicieron en la atención inicial de urgencia obstétrica?

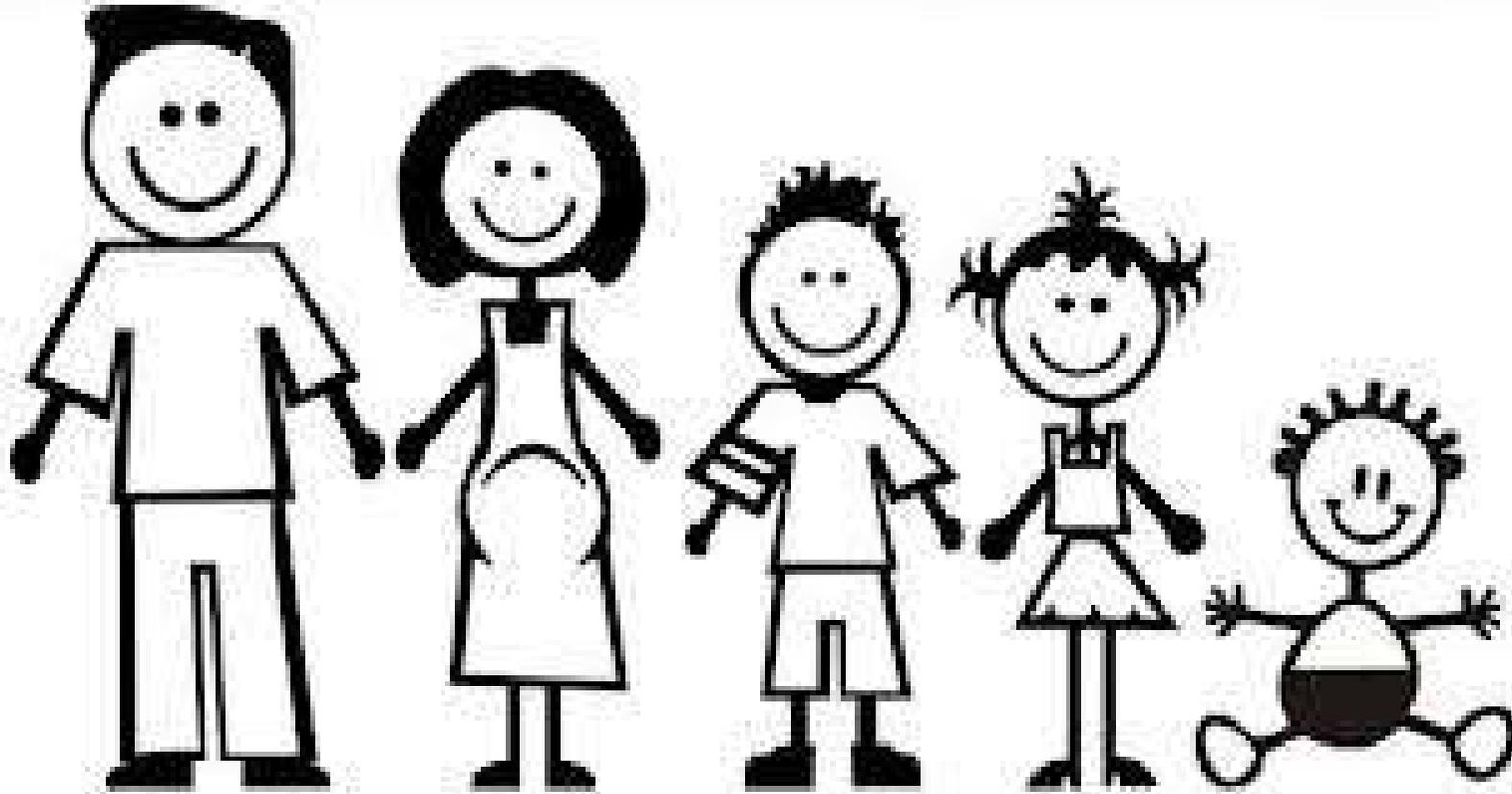


Guía p.14

¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil

5.Práctica

PS/CS

CAP



Objetivos

1. Identificar la complicación obstétrica
2. Puede preparar equipo médico, medicamento e insumos para atención inicial de urgencia obstétrica
3. Puede realizar atención inicial de urgencia obstétrica hasta “1 a 20 minutos” de PS/CS o “20 a 60” de CAP según Código Rojo.
4. Puede referir al paciente a un servicio de mayor complejidad

Instrucción de práctica en grupo

1. Dividir en 5 grupos.
2. Recibir lista de chequeo para 1er o 2do nivel.
3. Cada grupo tiene un facilitador para la práctica.
4. El facilitador explica la instrucción de la práctica cada mesa.
5. Preparar equipo medico, insumos y medicaméntenos
6. Recibir un caso por escrito
7. 2 participantes (el papel de AE que trabaja en PS) o 3 participantes (los papeles son Medico y 2 AE que trabaja en CAP) , realiza atención inicial de urgencia obstétrica
8. Practicar según el conocimiento del código rojo.
9. Si tienen alguna duda, pregunten al facilitador.
10. Otros participantes observan y monitorean la demostración
11. Retroalimentación según la hoja del monitoreo
Participantes: Puntos buenos, Puntos de mejora
Observadores: Puntos buenos y de mejora
12. Cambien al siguiente par.

Guía p.14

Trabajo en Equipo

- Hablar en voz alta
Ej: “Código Rojo”
- Las personas hacen lo que pueden hacer.
- Repetir la orden
Ej: Oxitócina 10 IU IM



Revisión del caso

¿Qué le paso a la paciente en la practica?



Atonía uterina

Es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

【Etiología】

Sobredistensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal, cansancio uterino por un parto prolongado, o distocia.

Medidas: Canalizar vena!

No se sabrá si ocurrirá atonía uterina hasta que el parto termine.

Es deseable que canalice vena en la etapa de “trabajo de parto” por si acaso.

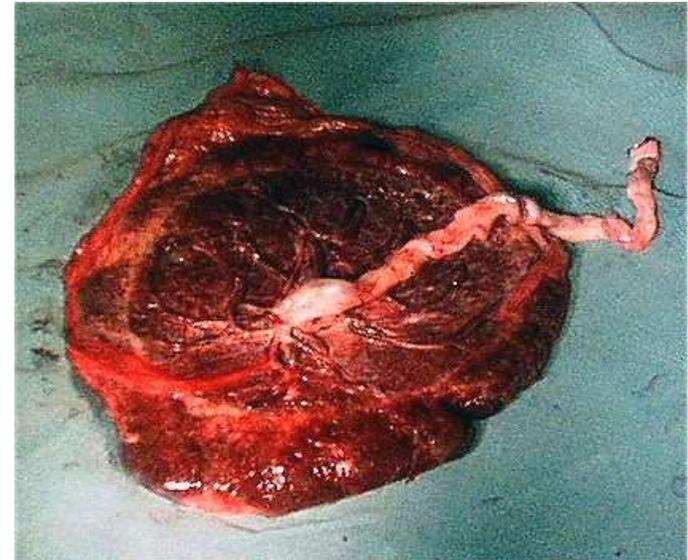
Por que si ocurre hemorragia obstétrica, es difícil canalizar vena, y causa muerte materna.

Retención placentaria

Es la falta de expulsión de la placenta durante los primeros 30 minutos después del nacimiento del bebe; puede ser parcial o completa.

【Etiología】

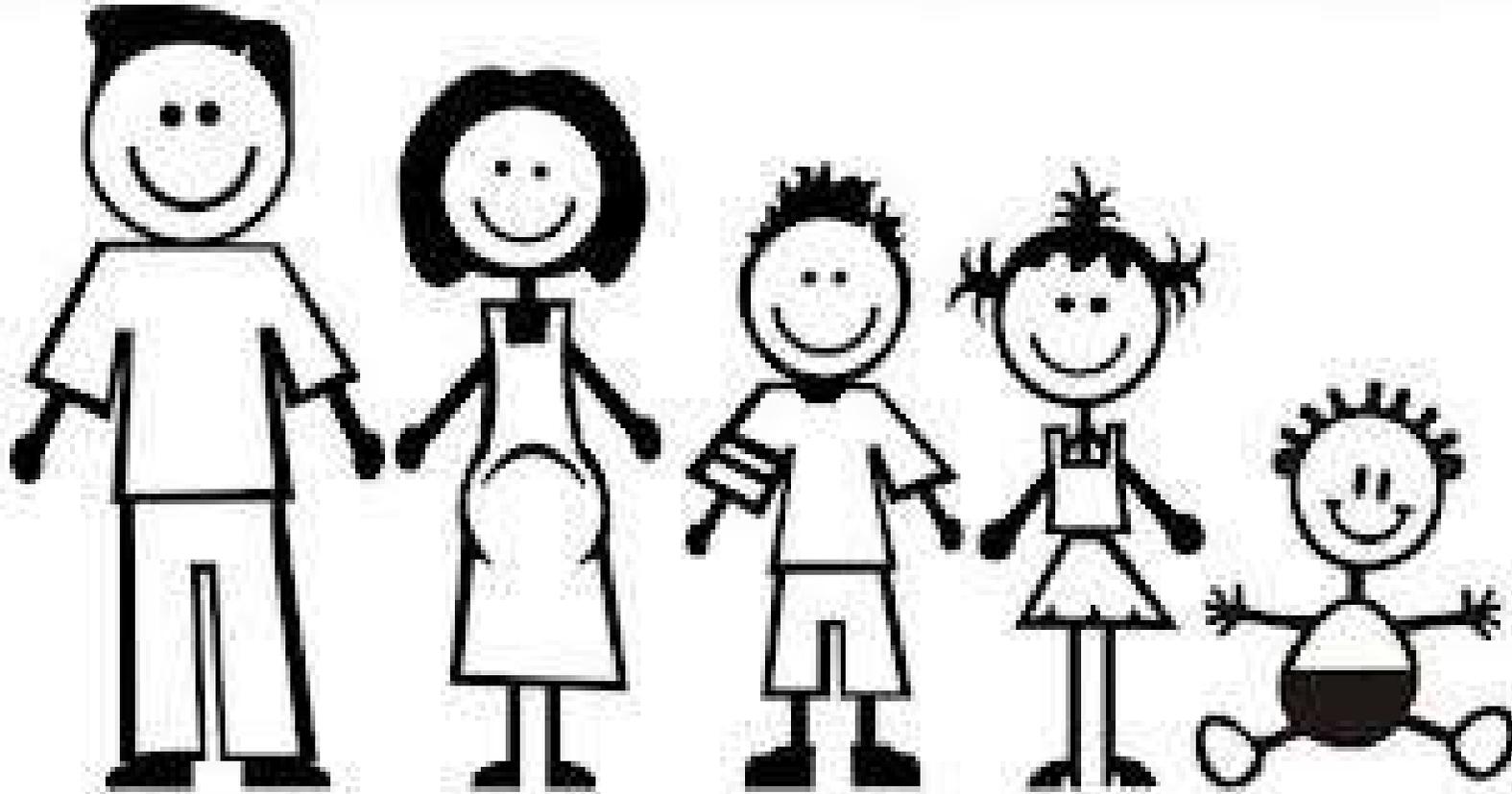
- Cicatrices uterinas previas
- Nacimiento prematuro
- Multiparidad
- Trabajo de parto prolongado
- Parto inducido



¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil