

# CHECKLIST EN OBSTETRICIA

## SECCIÓN DE OBSTETRICIA Hospital Universitario Central de Asturias Índice

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| <b>ECLAMPSIA</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>TERAPIA ANTICONVULSIVANTE</b>                 | <b>4</b>  |
| Sulfato de Magnesio                              | 4         |
| Contraindicación de Sulfato de Magnesio          | 4         |
| Convulsiones persistentes ( $\geq 3$ )           | 4         |
| <b>INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO</b>      | <b>5</b>  |
| Control de toxicidad de Sulfato de Magnesio      | 5         |
| Niveles terapéuticos de magnesemia               | 5         |
| Intoxicación por hipermagnesemia                 | 5         |
| <b>CRISIS HIPERTENSIVA</b>                       | <b>6</b>  |
| Indicación y objetivo                            | 6         |
| Box A) Nifedipino oral                           | 6         |
| Box B) Labetalol iv                              | 6         |
| Box C) Hidralacina iv                            | 6         |
| Manejo tras estabilización                       | 7         |
| <b>Distocia de hombros</b>                       | <b>8</b>  |
| Diagnóstico. Iniciar check list si:              | 8         |
| <b>DISTOCIA DE HOMBROS. DOCUMENTACIÓN</b>        | <b>10</b> |
| Cronograma                                       | 10        |
| Documentación intraparto                         | 10        |
| Distocia de hombros                              | 10        |
| Documentación posparto / neonatal                | 11        |
| Algoritmo de actuación en la distocia de hombros | 12        |
| <b>Uso de oxitocina</b>                          | <b>13</b> |
| <b>DECELERACIÓN PROLONGADA</b>                   | <b>14</b> |
| <b>Hemorragia postparto</b>                      | <b>15</b> |
| Prevención                                       | 15        |
| Diagnóstico. Iniciar check list si:              | 16        |
| Activar Código HPP 1.                            | 16        |

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| Activar código HPP 2                              | 17        |
| Activar código HPP 3                              | 18        |
| ANEXO 1: UTEROTÓNICOS                             | 19        |
| ANEXO 2: PRODUCTOS SANGUINEOS                     | 20        |
| <b>Inversión uterina</b>                          | <b>21</b> |
| Prevencción                                       | 21        |
| Diagnóstico                                       | 21        |
| <b>Prolapso de cordón</b>                         | <b>22</b> |
| <b>Parto instrumental</b>                         | <b>23</b> |
| Diagnóstico. Iniciar check list si:               | 23        |
| Revise indicación y considere alternativas        | 23        |
| Revise contraindicaciones y considere cesárea si: | 23        |
| Preparación                                       | 23        |
| Informe a paciente y familiares                   | 23        |
| Elección de instrumento                           | 24        |
| Técnica de instrumento                            | 24        |
| Abandono de instrumento                           | 25        |
| Documentación                                     | 25        |

# ECLAMPSIA

## Pida ayuda

---

**Obstetra**  
**Anestesia**  
**Enfermería**

## Designar

---

**Lider**  
**Encargado de check list**  
**Primer operador**

## Proteja

---

**Voltee a la mujer sobre el costado izquierdo**  
**Eleve barandillas**  
**No la restrinja o inmovilice activamente**

## Vías aéreas despejadas

---

**Si no respira inicie medidas de resucitación**  
**Pulsioxímetro y aspiración**  
**Administre oxígeno a 10 l/ minuto mediante máscara facial**  
**Después de la convulsión aspire la boca y la garganta**

## Terapia anticonvulsivante

---

## Monitorización fetal continua

---

## Terapia antihipertensiva si precisa

---

## Planificar parto en menos de 24 h

---

## Informar a la familia

---

*Adaptado de Williams Obstetrics./ACOG: Eclampsia Check list. Julio 2017/Curso de Emergencias Obstétricas. Hospital Puerta de Hierro, 2017.*

# TERAPIA ANTICONVULSIVANTE

## Sulfato de Magnesio

Contraindicado en miastenia gravis. Evitar en edema de pulmón. Con precaución si se asocia a fallo renal.

### Administración de dosis de carga

**6 g: 4 amp. en 100 ml SF en 20 min.**

---

Prepare 6 gr (4 ampollas en 100 cc SF)

---

Si esta consciente informe de que podría sentir sensación de calor.

---

Administre en un periodo de 20 min.

---

Si no es posible vía iv: 7 amp. en 70 ml SF vía IM, inyectando la mitad de la dilución en CSE de cada nalga

---

Si recidivan convulsiones tras 15 minutos administre 2 g iv en 5'.

---

### Administración de dosis de mantenimiento

**2g/h: 8 amp. en 250 ml a 42 ml/h.**

## Contraindicación de Sulfato de Magnesio

---

Diazepam 5 mg iv (en 5') hasta un máximo de 30 mg

---

Lorazepam 2 mg iv . Repetir en 10'

## Convulsiones persistentes ( $\geq 3$ )

---

Intubación

---

TAC cerebral

---

Ingreso en UCI

Adaptado de Williams Obstetrics./ACOG: Eclampsia Check list. Julio 2017/Curso de Emergencias obstétricas. Hospital Puerta de Hierro. 2017.

# INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO

## Control de toxicidad de Sulfato de Magnesio

### Parámetros de toxicidad

---

- Tome la frecuencia respiratoria durante 1 minuto cada hora
- Verifique los reflejos rotulianos cada hora
- Inserte una sonda permanente y mida el gasto urinario cada hora
- Registre la administración de fármacos
- Niveles de magnesemia cada 4 horas

### Asegúrese cada hora de que:

---

- La frecuencia respiratoria sea  $> 16$  minuto
- Hay reflejo rotuliano en ambas piernas
- Diuresis  $> 30$  ml por hora durante las cuatro horas precedentes

## Niveles terapéuticos de magnesemia

2 a 3,5 mmol/l (Equivalencias: a 4 a 7 mEq/L ó 4,8 a 8,4 mg/dl.)

## Intoxicación por hipermagnesemia

### No administre o retrase la administración si:

---

- La frecuencia respiratoria es  $< 16$ /minuto
- No hay reflejo rotuliano en ambas piernas
- El gasto urinario es inferior a 30 ml por hora durante las cuatro horas precedentes

### De producirse un paro respiratorio

---

- Proporcione ventilación asistida
- Administre 1 g de gluconato cálcico (=10 ml) a 2 ml/min iv.

*Adaptado de Williams Obstetrics./ACOG: Eclampsia Check list. Julio 2017/Curso de Emergencias obstétricas. Hospital Puerta de Hierro. 2017.*

# CRISIS HIPERTENSIVA

## Indicación y objetivo

Si  $TAS \geq 160$  y/o  $TAD \geq 110$  que persiste durante 15 minutos .

Objetivo :  $TAS$  140-150 /  $TAD$  90-100

Estabilización materna antes del parto, incluso en circunstancias urgentes.

Monitorización fetal continua si el feto es viable.

Aplicar los siguientes protocolos:

## Box A) Nifedipino oral

De elección.

|                                         |           |                                      |
|-----------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Nifedipino (10 mg vo)                   | TA en 20' | si $TAS \geq 160$ y/o $TAD \geq 110$ |
| Nifedipino (20 mg vo)                   | TA en 20' | si $TAS \geq 160$ y/o $TAD \geq 110$ |
| Nifedipino (20 mg vo)                   | TA en 20' | si $TAS \geq 160$ y/o $TAD \geq 110$ |
| Labetalol (40 mg iv en 2')              | TA en 20' | si $TAS \geq 160$ y/o $TAD \geq 110$ |
| Consulta a Nefrología, anestesia o UCI. |           |                                      |

## Box B) Labetalol iv

De elección intraparto. Evitar en asma activo o enfermedad cardiaca

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|-------------|-----|-----------|-----------------------|
| Labetalol (20 mg a pasar en 2´)                                                                                                                                                                                                                 | TA en 10´             | si TAS≥ 160 y/o TAD ≥ 110 |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Labetalol (40 mg a pasar en 2´)                                                                                                                                                                                                                 | TA en 10´             | si TAS≥ 160 y/o TAD ≥ 110 |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| <table><tr><td>Primera hora</td><td>10"</td></tr><tr><td>Segunda hora</td><td>15´</td></tr><tr><td>Tercera hora</td><td>30´</td></tr><tr><td>Cuarta hora</td><td>60´</td></tr><tr><td>Posterior</td><td>c/4h respetando sueño</td></tr></table> |                       |                           | Primera hora | 10" | Segunda hora | 15´ | Tercera hora | 30´ | Cuarta hora | 60´ | Posterior | c/4h respetando sueño |
| Primera hora                                                                                                                                                                                                                                    | 10"                   |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Segunda hora                                                                                                                                                                                                                                    | 15´                   |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Tercera hora                                                                                                                                                                                                                                    | 30´                   |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Cuarta hora                                                                                                                                                                                                                                     | 60´                   |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Posterior                                                                                                                                                                                                                                       | c/4h respetando sueño |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Labetalol (80 mg a pasar en 2´)                                                                                                                                                                                                                 | TA en 10´             | si TAS≥ 160 y/o TAD ≥ 110 |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Hidralacina (10 mg iv en 2´)                                                                                                                                                                                                                    | TA en 10´             | si TAS≥ 160 y/o TAD ≥ 110 |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |
| Consulta a Nefrología, anestesia o UCI.                                                                                                                                                                                                         |                       |                           |              |     |              |     |              |     |             |     |           |                       |

## Box C) Hidralacina iv

|                                    |           |                                      |
|------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Hidralacina (5 mg a pasar en 2')   | TA en 20' | si TAS $\geq$ 160 y/o TAD $\geq$ 110 |
| Hidralacina (10 mg a pasar en 2')  | TA en 20' | si TAS $\geq$ 160 y/o TAD $\geq$ 110 |
| Hidralacina (20 mg a pasar en 2')  | TA en 20' | si TAS $\geq$ 160 y/o TAD $\geq$ 110 |
| Labetalol (40 mg a pasar en 2')    | TA en 20' | si TAS $\geq$ 160 y/o TAD $\geq$ 110 |
| Consulta a Nefrología, anestesia o |           |                                      |

## Manejo tras estabilización

**Una vez conseguido el objetivo instaurar tratamiento antihipertensivo de mantenimiento**

| Fármaco      | pauta                                                                | dosis máxima | Evitar                                       |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|
| Labetalol iv | 5 amp de 100 mg/400ml SF a 20 ml/h.<br>Se va doblando hasta <160/105 | 160 ml/h     | Asma<br>Insuficiencia cardíaca<br>congestiva |
| labetalol    | 100 mg oral/6-12 h                                                   | 2400 mg      | Asma<br>Insuficiencia cardíaca               |
| Nifedipino   | 30 mg/12-24 h                                                        | 120 mg       | Taquicardia                                  |
| hidralazina  | 12,5 mg/ 6 h                                                         | 200 mg       | Taquicardia<br>Enfermedad coronaria          |
| metildopa    | 250 mg/8 h                                                           | 3000 mg      | Hepatitis activa                             |

*Adaptado de ACOG, SMFM.*

*HUCA Protocolo Preeclampsia e Hipertensión gestacional.*

# Distocia de hombros

## Diagnóstico. Iniciar check list si:

Retroceso de la cabeza (signo de la tortuga)

Fracaso de salida de hombro anterior tras tracción suave

> 60" de intervalo cabeza cuerpo

### 1. Ayuda e información

- Decirle a la paciente que no empuje y suspender administración de oxitocina si la hubiere.
- Informar a la paciente.
- Pedir ayuda (matrona extra, obstetra, anestesia y neonatólogo).
- Se nombra líder de la emergencia.
- Asignar un encargado de cronómetro.

### 2. Inicio de Maniobras externas

- Poner la cama plana.
- Acerca la pelvis materna al borde de la cama
- **Mc Roberts** Hiperflexión de EEl y tracción axial 30".
- Indicar posición correcta desde donde hay que realizar presión suprapúbica.
- **Presión suprapúbica.** Aplicar en la parte posterior del hombro anterior y tracción axial coordinada 30".

### 3. Elección de maniobras de rotación

- Considerar episiotomía
- **Rubins (dorso ventral):** Introducir la mano en la cara posterior del hombro anterior, presionar para rotarlo (con presión suprapúbica coordinada) durante 30". Introducir la otra mano en la cara anterior del hombro posterior y empuje para rotarlo. Combinarlo con la maniobra anterior 30".
- **Woods (ventro - dorsal):** Invertir las manos y la zona de presión; cara posterior del hombro posterior y cara anterior del hombro anterior 30".
- Si se libera el hombro, realizar tracción axial.

### 4. Elección de maniobra de liberación del hombro posterior

- Elija la mano correcta (la contraria al dorso fetal)
- Levante cabeza fetal. Introduzca la mano en la concavidad del sacro y agarre la muñeca del feto para liberar el brazo posterior por delante del tórax fetal.

### 5. Maniobra de encogimiento de hombros (“shrug”)

- Levante la cabeza fetal con la mano homóloga al dorso fetal. Introduzca la otra mano en la concavidad del sacro y rodee la axila con pulgar e índice. Descienda la cabeza hasta que se mantenga en el eje axial. Con la mano en la axila rote al feto liberando el hombro anterior.

### 6. Repetición de maniobras.

- Utilice un **slings** (sonda) por debajo de la axila para facilitar maniobra de hombro posterior o maniobras internas.
- Repita las maniobras sobre cuatro extremidades si es factible **Gaskin**.

### 7. Maniobras de **último recurso**

- **Zavanelli**: se administra 250 ug de solinitrina iv, rotar cabeza a occipito anterior, flexionar e introducirla en la pelvis suavemente con CTG e indique una cesárea.
- **Sinfisiotomía**: infiltración de sínfisis del pubis con anestesia local sondaje vesical, desplazar uretra con dedo índice por debajo del pubis y con bisturí realizar sinfisiotomía hasta facilitar salida de hombro.
- **Rescate abdominal**: laparotomía y liberación de hombro y posterior extracción vaginal.

### 8. Documentar evento.

# DISTOCIA DE HOMBROS. DOCUMENTACIÓN

## Cronograma

Diagnostico realizado por

- ☐ Retroceso de la cabeza (signo de la tortuga)
- ☐ Fracaso de salida de hombro anterior tras tracción suave
- ☐ > 60" de intervalo cabeza cuerpo

a las hh:mm

Se establece protocolo de distocia de hombros saliendo el recién nacido a las hh:mm

## Documentación intraparto

Parto espontáneo/ instrumental.

- ☐ Indicación:
- ☐ Instrumento de elección
- ☐ Explicación a la paciente de indicación de parto instrumental
- ☐ Estación
- ☐ Posición fetal
- ☐ Rotación
- ☐ Número de tracciones
- ☐ Uso secuencial de instrumentos

## Distocia de hombros

Hombro anterior: ☐ Derecho ☐ Izquierdo

Tracción de la cabeza fetal: ☐ Ninguna ☐ Estándar

☐ No se aplica presión en fondo uterino.

Maniobras utilizadas:

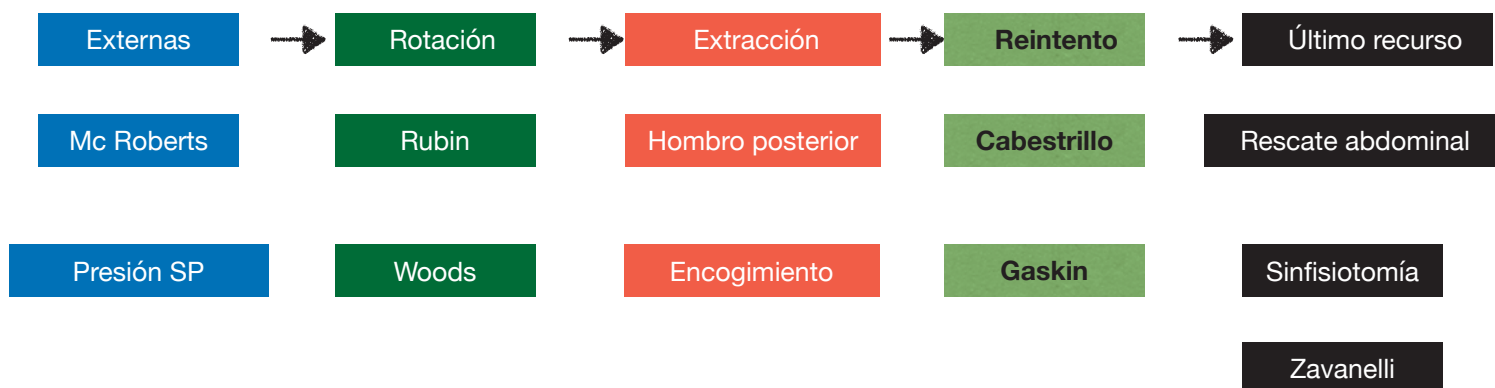
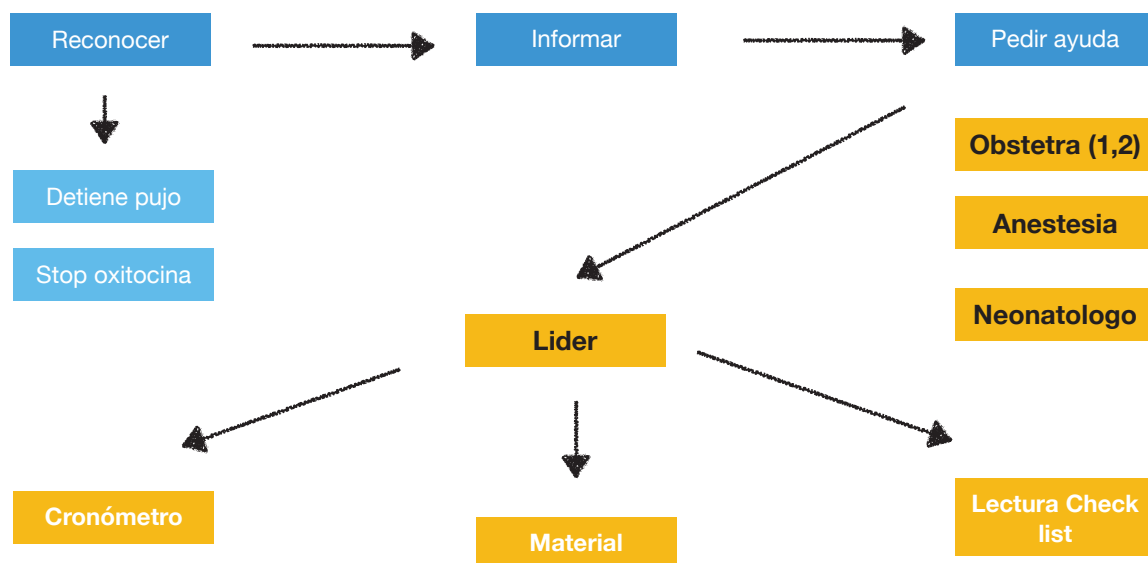
- ☐ Flexión de la cadera (maniobra de McRoberts)
- ☐ Presión suprapúbica (de pie en el lado del occipucio)
- ☐ Escápula anterior (maniobra de Rubin)
- ☐ Escápula posterior (maniobra de Woods)
- ☐ Liberación del brazo posterior
- ☐ Maniobra de encogimiento de hombros
- ☐ Nuevo intento con sling.
- ☐ Nuevo intento sobre 4 extremidades (Maniobra Gaskin)
- ☐ Rescate Abdominal ☐ Maniobra de Zavanelli ☐ Sinfisiotomía

- ☐ Personal presente .....
- ☐ Miembros de la familia presentes .....
- ☐ Información al paciente y familia .....

### **Documentación posparto / neonatal**

- ☐ Parto explicado a la familia
- ☐ Evaluación perineal si laceración de tercer o cuarto grado
- ☐ Monitorizada para la hemorragia posparto:
- ☐ Comunicación con el departamento de pediatría si hay evidencia de lesión o asfixia
- ☐ Coordinación de la atención de seguimiento para la madre y el bebé
- ☐ Monitorizado para la depresión posparto.

## Algoritmo de actuación en la distocia de hombros



|           |           |    |    |             |
|-----------|-----------|----|----|-------------|
| 30''+30'' | 30''+30'' | 1' | 2' | Total 7-10' |
|-----------|-----------|----|----|-------------|

# Uso de oxitocina

## Check list previo al uso de oxitocina

Documentar la indicación de la inducción.

Documentar presentación, y edad gestacional

Evaluar el estado del cuello uterino y pelvis.

Informar a la paciente, y documentar que entiende y acepta la indicación.

Evaluación del bienestar fetal previo.

Se requiere la presencia de al menos uno de los siguientes:

2 aceleraciones (15 lat/ x 15 seg) en 30 minutos

Perfil biofísico modificado normal

PBF de 8 de 10 en últimas 4 horas

Variabilidad moderada.

Se requiere la exclusión de

Desaceleraciones tardías en los últimos 30 minutos.

Desaceleraciones variables  $>60''$  y  $<60$  latidos en últimos 30 minutos.

## Tocolisis aguda intraparto

### Indicación

Detención de oxitocina si:

- Taquisistolia  $>5$  contracciones/10 minutos valoradas en 20 minutos
- Hipertonía: contracciones que duran más de 2 minutos
- En la palpación no hay relajación del útero entre contracciones
- Patrón de frecuencia cardiaca fetal no tranquilizador.
- Variables recurrentes

- Deceleración prolongada (minuto 2)
- CTG III
- Previo a un parto operatorio por RPBF

Los niveles de oxitocina en sangre caen rápidamente ya que su vida media es de 5 minutos. El útero se contrae a los 5' y las concentraciones se estabilizan en 40', aunque existe una gran variabilidad individual.

Si persiste

**Atosiban 6,75 mg en bolo cada 5', hasta normalizar CTG**

**Solinitrina bolo de 100 -200 ug iv hasta 400 ug.**

**Ritodrine 3 ampollas en 500 de SF a dosis mínima eficaz.**

## DECELERACIÓN PROLONGADA

**Deceleración prolongada**

**Acudir urgente a los 2'**

### MINUTO 2-5

| Palpación abdominal                                                                                   | TA                                               | sondaje vesical y tacto                              | ECO                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|
| Retirar uterotónicos,<br>Tocolisis aguda<br>intraparto (tarda 30'-<br>2') ATOSIBAN<br>Cambio postural | Tratar hipotensión:<br>efedrina 2 ml y<br>sueros | Descartar Prolapso de<br>cordón<br>Dilatación rápida | Descartar abruptio |

### MINUTO 5-9

2 ATOSIBAN  
SOLINITRINA 100 UG-400

### MINUTO 9-10 RECUPERACION DE LINEA DE BASE

Variabilidad normal o mínima  
Aceleraciones

Vigilar  
Riesgo de recidiva

Variabilidad ausente

Scalp  
pH

# Hemorragia postparto

## Prevención

**Solicitar concentrado de hematíes e informar a Anestesia si:**

**Cesárea programada\***

---

**IPV tras 2 cesáreas anteriores o**

---

**Asociación de factores de riesgo ( >1)**

---

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| Cesárea anterior             | IMC >35*                |
| Uso prolongado de oxitocina. | > 4 partos previos      |
| Segundo estadio prolongado   | Corioamnionitis         |
| Uso de sulfato de Magnesio   | Miomas grandes          |
| Gestación múltiple           | Historia previa de HPP. |
| Peso fetal estimado > 4 kg,  | Hct <30                 |

---

**Solicitar concentrado de hematíes y Protocolo de Riesgo de Transfusión Masiva si:**

**Sangrado activo**

**Placenta previa**

**Placenta ácreta**

**Coagulopatía conocida**

**Plaquetas < 100.000**

### **Manejo activo del tercer estadio**

Alumbramiento dirigido:

5-10U/500 ml SF a 500 ml/h

No administración en bolo.

Masaje uterino >15"

## Diagnóstico. Iniciar check list si:

Estimación pérdida de sangre 500-1000ml

Palpitaciones, mareo

Constantes vitales con un cambio > 15%

FC >110

TA <85/45

O2 sat <95%

Incremento de sangrado durante recuperación o postparto

## Activar Código HPP 1.

Perfusión de oxitocina 10-40/1000ml con flujo acorde a tono uterino .

Avisar a obstetra, anestesista.

Proteger madre y niño

Admon de Ringer lactato

Masaje uterino

Methergin 0,2 mg im (si no es HTA)

Misoprostol rectal 4 comp y hemabate 1 ampolla / cada 15 im

Ácido tranexámico 1 g iv

Revisión de cavidad y canal del parto: descartar restos, suturar desgarros y compresión uterina bimanual

TA, pulso, nivel de conciencia, saturación de O2, cada 5´

Estimación de pérdida hemática cada 5´

Sondaje vesical permanente

Ordene 2U CH si no estaban preparadas.

Manta térmica.

Pensar en

ATONIA,

TRAUMA,

RESTOS,

EMBOLISMO LA,

INVERSIÓN UTERINA,

COAGULOPATIA,

PLACENTA ACRETA,

ROTURA UTERINA

## Activar código HPP 2

Estimación pérdida de sangre 1000-1500ml

---

Persisten palpitaciones, mareo, FC >110, TA <85/45, O2 sat <95%

---

Asignar persona para comunicación con banco de sangre y hematologo. Posibilidad de TR masiva

---

Informar Radiología Intervencionista. Posibilidad de embolización.

---

Transfusión en función de signos clínicos, no esperar analítica.

---

Reevaluar causa

**ATONIA** Hemabate/15' y Balón de Bakri

**DESGARRO** Sutura con buen campo y ayuda

**RESTOS** Legrado

**CS Y ATONIA:** B LYNCH Y BALON

**EMBOLISMO LA:** INTUBACIÓN, VASOPRESOR, PRODUCTOS SANGUINEOS

**INVERSION:** SOLINITRINA IV 200 UG y REDUCCIÓN

**ROTURA UTERINA O HEMATOMA LIG ANCHO** SIGNOS PEORES QUE SANGRADO

LAPAROTOMIA

**ACRETISMO:** Histerectomía

## Activar código HPP 3

> 1500 ML

> 2 U de CH

Sospecha de CID

Persisten palpitaciones mareo FC >110, TA <85/45, O2 sat <95%

Hematología: Protocolo de Hemorragia masiva

Asegurar presencia de obstetras, anestesistas, hematologo, radiólogo.

Equipo líder formado por obstetra y anestesista (y/o intensivista y/o neonatologo)

Ordenar Pack de hemorragia masiva CH/PFC/PLT

Transfusión agresiva si > 1500 ml de hemorragia

RATIO 6:4:1 ó 4:4:1 CH/PFC/PLT

Realizar inmediatamente o repetir cada 30'-60', hemograma, fibrinogeno coagulacion

Anestesia: gases arteriales, PVC, vasopresor, intubación

Matrona: anunciar estimación acumulada cada 5-10"

Manta térmica

Aplicar compresión progresiva de extremidades

Pensar en:

Embolización selectiva

Intervenciones basadas en etiología

Ligadura de uterinas o histerectomía

r-FVIII: si la coagulación no mejora tras 8 unidades

## ANEXO 1: UTEROTÓNICOS

| FÁRMACO                                                   | DOSIS   | VÍA*                            | FRECUENCIA                                        | EFFECTOS ADVERSOS                                                                                                                                        | PRECAUCIONES / CONTRAINDICACIONES                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OXITOCINA<br>Syntocinon®                                  | 10-40UI | Perf EV<br>(SSF 0,9% a 125ml/h) |                                                   | POCO FRECUENTES<br>- Efecto antidiurético (riesgo edema cerebral o pulmonar)<br>- Nauseas, vómitos<br>- Si rápido: Hipotensión súbita, arritmia, parada. | - Neumopatía, cardiopatía, nefropatía, hepatopatía activa.                                                                           |
| METILERGOMETRINA<br>Methergin®                            | 0,2mg   | IM                              | /2-4h<br>(Máx 5 dosis). Si no responde no repetir | - Crisis HTA<br>- Vasoespasmo<br>- Nauseas y vómitos                                                                                                     | - HTA, cardiopatía o f.riesgo cardiovasc<br>- Nefropatía, hepatopatía.<br>- Infección sistémica.                                     |
| CARBOPROST<br>(15-methyl PGF <sub>2α</sub> )<br>Hemabate® | 0,25mg  | IM<br>IMM                       | /15min - 90min.<br>Máx 2mg (8 dosis)              | - Broncoespasmo<br>- Diarrea, nauseas y vómitos<br>- HTA o hipotensión<br>- Fiebre<br>- Cefalea, rubefacción                                             | - Neumopatía, cardiopatía, nefropatía, hepatopatía activa.<br>- EIP<br>- CI relativas: HTA, glaucoma, asma bronquial.<br>- Epilepsia |
| MISOPROSTOL<br>(PGE <sub>1</sub> )<br>Cytotec®            | 1000µg  | VR                              | /2-6h                                             | - Fiebre<br>- Diarrea, nauseas y vómitos.                                                                                                                |                                                                                                                                      |
| Ácido tranexámico                                         | 1 g     | iv                              |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      |

## ANEXO 2: PRODUCTOS SANGUINEOS

| Producto                | Tiempo                            | Indicación                                                 |
|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>CH</b>               | 35-40'<br>o - si no puede esperar | De primera linea<br>450 cc suben Hcto 3%                   |
| <b>Plasma freco</b>     | 35-40                             | Si > 2 U CH<br>TP prolongado (x1,5)<br>Fibrinógeno > 10 ml |
| <b>PLT</b>              | Variable                          | PLT < 50.000                                               |
| <b>Crioprecipitados</b> | 35-40'                            | Fibrinógeno < 80<br>CID que no requiere CH                 |

# Inversión uterina

## Prevención

Manejo activo del tercer estadio.

---

Desplazamiento craneal del útero con la mano abdominal

---

Tracción controlada del cordón

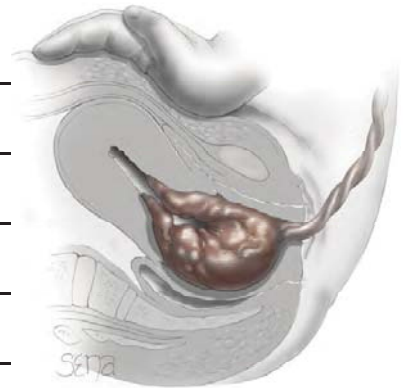
---

Constantes vitales con un cambio > 15%

---

No expresión caudal sobre fondo uterino

---



## Diagnóstico

Depresión en el fundus y palpación inspección de fundus / con placenta en vagina fundido y

---

Pedir ayuda (Obstetra/ Anestesia/Quirofano/matrona)

---

Preparar sangre/ sondaje/analgesia/reposición volumen

---

Detener oxitocina /Intentar reducción

---

Solinitrina iv 100 ug / Intentar reducción

---

**NO EXTRACCIÓN DE PLACENTA**

---

Tras reducción compresión uterina bimanual, oxitocina, carboprost. Valorar balón de Bakri

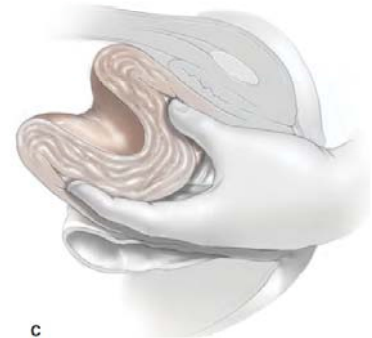
---

Si fracaso reducción laparotómica por tracción de ligamentos redondos o incisión en segmento uterino

---

Si acretismo valorar histerectomía

---



(Alicia Ventoso, Maica Peña, Jose Adánez)

# Prolapso de cordón

## Prolapso de cordón

Elevar manualmente la presentación  
Posición rodilla-pecho o lat izq cabeza abajo.  
Eleve el pie de la cama.  
Evite el manejo excesivo del cordón.  
Tocólisis intravenosa aguda  
Llenado de la vejiga  
Cordón en vagina compresión en solución salina



# **Parto instrumental**

## **Diagnóstico. Iniciar check list si:**

1. Si aparecen al menos dos signos de acidosis en el CTG
2. Detención de segundo periodo
3. La madre precisa o tiene indicada ayuda en el expulsivo.

### **Revise indicación y considere alternativas**

1. Realizar de pH calota, tratar taquisistolia si la hubiere.
2. Esperar más tiempo, administrar oxitocina, cambio de postura materna o rotación manual.
3. Estado materno : anime al pujo

### **Revise contraindicaciones y considere cesárea si:**

- No se conoce la presentación, actitud y altura de la presentación con seguridad
- Se palpa >2/5 de la cabeza fetal por vía abdominal
- Si hay acablgamiento de parietales irreducible.
- Si no hay un obstetra experimentado disponible.
- Si no sabe manejar la distocia de hombros
- Si no tiene la disposición de abandonar en caso de que no vaya cómo estaba previsto.

## **Preparación**

- Solicite ayuda
- Vejiga vacía
- Umbral de analgesia
- Confirmación ecográfica de posición fetal si precisa
- Elegir instrumento de elección en base a mayor beneficio del paciente

### **Informe a paciente y familiares**

- Tranquilizar a la paciente
- Explique la indicación de terminación
- Explique la mejor opción MBE para vía de terminación en ese escenario clínico
- Lo que se espera que va a pasar
- Documente que se explica y acepta

## Elección de instrumento

| Ventosa                              | Fórceps                            |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Experiencia del operador             | Experiencia del operador           |
| Bajo nivel de analgesia              | Prematuridad                       |
| El fórceps no ofrece ninguna ventaja | Precisa rotación                   |
|                                      | Presenta asinclitismo y /o caput   |
|                                      | Riesgo de infección por abrasiones |
|                                      | Escaso margen para el fracaso      |

## Técnica de instrumento

Anticipe y pida ayuda para analgesia, reanimación neonatal, distocia de hombros y hemorragia postparto.

Anticipe un plan en caso de fracaso del parto instrumental.

| Ventosa                                    | Fórceps                                                                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Aplique sobre punto guía                   | Presentación de ramas                                                    |
| Descartar atrapamientos de canal del parto | Preferencia por la rama izquierda por defecto                            |
|                                            | Rama posterior si consideramos que la cabeza puede desplazarse           |
|                                            | Confirmación de posición de sutura sagital y fenestras tras articulación |
| Tracción en dirección de canal del parto   |                                                                          |

|                              |
|------------------------------|
| Evite balanceos              |
| Considere episiotomía        |
| Revisión del canal del parto |

## Abandono de instrumento

No se observa descenso progresivo de la cabeza fetal tras la realización de tres tracciones de intensidad moderada, durante la contracción uterina, con un instrumento aplicado correctamente.

No se debe proceder a más tracciones o a aplicar un segundo instrumento salvo que la presentación haya descendido a un plano bajo y la extracción del feto sea inminente.

La utilización de la ventosa obstétrica no debe exceder los 15 minutos (D).

Ante la pérdida del vacío por segunda vez se recomienda abandonar el procedimiento.

Tras IPV con fórceps no se recomienda el uso secuencial de una ventosa.

Valorar profilaxis antibiótica y solinitrina 75 ug previo a la cesárea

## Documentación

Indicación:

Instrumento de elección:

Tipo de instrumento:

Estación:

Posición fetal

Rotación (°)

Explicación a la paciente de indicación de parto instrumental:

Número de tracciones

Uso secuencial de instrumentos

Revisión de canal del parto

Desgarros

Estimación de pérdida hemática