

1.- Menciona los factores de riesgo específicas para presentar sepsis puerperal

Control prenatal deficiente, aborto inducido, cervicovaginitis, trabajo de parto prolongado, fórceps, desgarros cervicales, parto instrumentado, hemorragia obstétrica

2.-DEFINICIÓN de hemorragia obstétrica

Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

3.- Factor de riesgo para hemorragia obstétrica como placenta previa y acretismo placentario

Edad materna mayor de 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrados, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas, miomectomías) y tabaquismo.

4.- Menciona factores de riesgo de hemorragia obstétrica

Desprendimiento prematuro de membranas, ruptura uterina, placenta previa, atonía uterina

• 5.- TRATAMIENTO Pacientes con placenta previa y/o acretismo placentario con edad gestacional entre 28 y 33 semanas de gestación

Mantenerla en reposo absoluto

- Vigilancia estrecha de los signos vitales.
- Vigilar si hay pérdidas transvaginales.
- Realizar ultrasonido de control cada 2 semanas o en caso de presentar sangrado que no ponga en peligro su vida

- Cruce sanguíneo actualizado.
- Mantener a la paciente con hemoglobina por arriba de 11 mg/dL realizando biometría hemática cada 7 días en caso necesario.
Valorar bienestar fetal (perfil biofísico o ultrasonido y prueba sin estrés)

6.- menciona CRITERIOS DE ENVÍO A SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Pacientes con sospecha ó diagnóstico confirmado de placenta previa y/o acretismo placentario, al final del segundo trimestre de la gestación, deben ser enviadas al segundo o tercer nivel de atención:

A la consulta externa, en caso de no presentar sangrado transvaginal. Enviar con exámenes de laboratorio prenatales y tiempos de coagulación, así como resumen clínico completo en base a la NOM 168 del expediente clínico

7.- medicamentos indicados en el tratamiento de hemorragia obstetrica

Oxitocina 5UI, dosis de 10-20 UI infusion continua dosis unica

Misoprostol de 8000 a 1000 mcc rectal dosis unica

Ergometrina 0.2- 0.5 mg dosis respuesta

8.- Tratamiento quirúrgico de la hemorragia obstétrica

Atonía uterina:

Cirugía conservadora

a) Desarterialización escalonada del útero. b) Ligadura de arterias hipogástricas.

c) Técnica de B-Lynch.

9.- Manejo de la pérdida sanguínea masiva

Obtenga una vía periférica permeable, con un catéter del No 14. En caso de ser posible coloque un catéter venoso central

Antes de iniciar la restitución del volumen circulante tome una muestra sanguínea para solicitar al laboratorio B.H., Grupo y Rh, Pruebas de coagulación incluyendo determinación de fibrinógeno

Para restaurar el volumen circulante, se puede utilizar inicialmente una infusión rápida de cristaloides o coloides

10.- Paciente con diagnóstico de atonía uterina

Tener dos vías parenterales permeables, de preferencia calibres 14 o 16.

Administración inmediata de oxitócicos y reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados hemáticos

Los agentes uterotonicos deben ser la primera línea de tratamiento para la hemorragia postparto por atonía uterina:

_Oxitocina: 20 unidades en 500 ml de solución glucosada, (la oxitocina se precipita en solución fisiológica), en otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o ringer lactato, para reponer volúmen en infusión continúa.

_Ergometrina 0.2 a 0.5 mg intramuscular (IM), dosis única (DU) y revalorar nueva aplicación a los 10 minutos, tomando en cuenta las contraindicaciones.

_Carbetocina 100 mcg intravenosa, en bolo, DU e