

*Ayudando a las Madres a Sobrevivir*  
***Sangrado después del parto/manejo integral***  
*Guía del Proveedor*





**Ayudando a las Madres a Sobrevivir**  
**Sangrado después del parto/manejo integral**

*Guía del Proveedor*

**Autores**

Cherrie Lynn Evans, DrPH, CNM  
Laura Fitzgerald, MPH, CNM  
Jhpiego

**Revisores**

Jen Breads, MSN, MPH  
Kayla Britt, BA  
Peter Johnson, PhD, CNM  
Sheena Currie, RM, MEd  
Gaudiosa Tibajjuka, MEd, RN, RM  
Rosemary Kamunya, MA, DN/M  
Bonnie Dowling, MPH, MSN  
Barbara Deller, CNM, MPH  
Jhpiego

Nester T. Moyo, MScN, SCM, RN  
Confederación Internacional de Matronas

Ida Neuman, BPol, MMedSci, MHP  
Laerdal Global Health

**Junta editorial de Ayudando a los Bebés a Respirar**

Susan Niermeyer, MD, MPH, FAAP  
William J. Keenan, MD, FAAP  
George A. Little, MD, FAAP  
Nalini Singhal, MD, FRCPC, FAAP

**Evaluación y análisis de datos**

Cherrie Lynn Evans, DrPH, CNM  
Eva Bazant, DrPH, MPH  
Jhpiego

**Editores/Directores artísticos de diseño educativo**

Anne Jorunn Svalastog Johnsen  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Noruega

**Ilustradores:**

Bjorn Mike Boge  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Noruega

## Agradecimientos

*El módulo de formación Ayudando a las Madres a Sobrevivir (AMS)- Sangrado después del parto/manejo integral, comenzó como un paquete de habilidades básicas - Sangrado después del parto (SDP) - para prevenir, detectar y tratar la hemorragia posparto (HPP). En respuesta a los pedidos internacionales para expandir el módulo e incluir el tratamiento avanzado de la HPP, se desarrolló este módulo - Sangrado después del parto/ manejo integral (SDP/II)- . El SDP original fue concebido y diseñado por un equipo en la oficina de aprendizaje global de Jhpiego dirigida por Cherrie Evans y Peter Johnson. La expansión del módulo fue dirigida por Laura Fitzgerald.*

*Agradecemos profundamente a nuestros socios y colegas de todo el mundo que trabajan con nosotros para reducir las muertes innecesarias de mujeres y recién nacidos. Nos gustaría agradecer especialmente a quienes nos brindaron orientación en el desarrollo de estos materiales: Confederación Internacional de Matronas (ICM), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP) y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP). Quisiéramos agradecer a nuestros colegas y socios en Malawi, India, Tanzania y Afganistán que contribuyeron durante la prueba en terreno de este material. Muchas gracias a Anne Jorunn Svalastog Johnsen, diseñadora gráfica e ilustradora en Laerdal por su invaluable ayuda en hacer que estos materiales sean accesibles para todos*



*Este trabajo fue posible gracias al aporte generoso de la Fundación Laerdal para la Medicina de Urgencia, Laerdal Global Health y Jhpiego afiliada a la Universidad Johns Hopkins.*



*Jhpiego es una organización internacional de salud sin fines de lucro que está afiliada a la Universidad John Hopkins. Durante 40 años, Jhpiego ha empoderado a los trabajadores de salud de terreno mediante el diseño y la implementación de soluciones eficaces, prácticas y de bajo costo que fortalecen los servicios de atención de salud de las mujeres y sus familias.*



## Salvando vidas en el parto

Ayudando a las Madres a Sobrevivir (AMS) y Ayudando a los Bebés a Sobrevivir (ABS) son módulos de aprendizaje que tratan necesidades de cuidados fundamentales para mujeres y recién nacidos. Al desarrollar habilidades en el personal de salud para la atención, antes, durante y después del parto, se pueden evitar muertes innecesarias. Enfocando en proveedores de todos los niveles, que asisten los partos o que son llamados para manejar complicaciones, AMS y ABS capacita a los trabajadores de salud en terreno para brindar una atención basada en evidencia y de alta calidad, con el fin de identificar y tratar rápidamente complicaciones que amenazan la vida.

AMS y ABS utilizan enfoques interactivos y prácticos y son conscientes de que la atención para mujeres y bebés debe ser integrada para obtener el mejor resultado. Los módulos incluyen un aprendizaje basado en equipos, prácticas de habilidades y simulaciones con práctica inmediata y retroalimentación. Cada módulo utiliza un aprendizaje interactivo de baja dosis, alta frecuencia (BDAF) seguido de práctica

repetida en equipos, en el lugar de trabajo, para reforzar y mantener las habilidades.

El paquete de capacitación AMS Sangrado después del parto (SDP), fue desarrollado por equipos de proveedores que asisten partos. Estos equipos incluyen matronas, enfermeras/os, médicos y los que les apoyan. AMS y ABS ayudan a los proveedores a dominar las habilidades necesarias para prevenir, detectar y tratar una hemorragia posparto (HPP) en forma eficaz. El módulo SDP está diseñado como una capacitación de 1 o 2 días en el lugar de trabajo, dependiendo si su centro brinda cuidados avanzados para HPP.

### Los materiales de este módulo incluyen:

1. **Planes de acción:** Apoyos gráficos que ayudan a los proveedores a prevenir, identificar y tratar la HPP. El plan de acción SDP del Día 1, incluye Manejo activo de la tercera etapa del parto, vigilancia, diagnóstico y tratamiento inicial de la HPP. El segundo plan de acción, del Día 2, incluye prevención y manejo del shock asociado a la HPP y habilidades más avanzadas para el manejo de HPP.

2. **El rotafolio** se usa en la capacitación inicial, y después puede ser una referencia

3. **Esta Guía del Proveedor** es para facilitadores y participantes. Contiene información para una práctica continua e información más detallada. Luego de la capacitación, los participantes seguirán practicando habilidades nuevas o actualizadas apoyados por los coordinadores pares en terreno. Reconociendo que cualquier participante puede coordinar la práctica después de la capacitación inicial, esta Guía del Proveedor contiene información para todos.

### Utilice esta Guía del Proveedor para:

- Apoyar al proveedor a brindar el mejor cuidado a mujeres y bebés en el parto.
- Continuar la práctica semanal con sus pares en su centro después de la capacitación. Los ejercicios cortos comienzan en la pág. 60, duran 10 a 25 min. cada semana durante 10 semanas.
- Obtener más información y recursos para conservar sus habilidades.

¡Cuando practique las habilidades SDP ayudará a salvar muchas más vidas!

## Contenido

Salvando vidas en el parto.....	4
Brindando una atención respetuosa a mujeres y sus familias.....	6
Comuníquese efectivamente con la mujer y miembros del equipo .....	7

Prepárese para el parto.....	8
------------------------------	---

Principales causas de sangrado después del parto .....	10
--	----

Toma activa de decisiones para la madre y el bebé.....	12
Cuidados de rutina para la madre y el bebé .....	14
Administre un uterotónico dentro de 1 minuto - Oxitocina .....	16
Administre un uterotónico dentro de 1 minuto - Misoprostol .....	18
Pince o amarre y corte el cordón umbilical .....	20
Realice tracción controlada del cordón para liberar la placenta....	22
Verifique el tono uterino y si la placenta esté completa .....	24
Verifique si el sangrado es normal.....	26
Continúe los cuidados para la madre y el bebé .....	28

Anime a vaciar la vejiga, Repita 10 unidades de oxitocina, Repita tracción controlada del cordón.....	30
Si la placenta está incompleta o no ha salido.....	32
...Busque cuidados avanzados.....	34
Masaje el útero, repita la medicación.....	36

Verifique si hay desgarros y presione desgarros visibles.....	38
---	----

Comprima el útero .....	40
Aplique rápidamente el TANN .....	42
Mantenga a la mujer abrigada, busque cuidados avanzados ....	44
Pida ayuda, realice una evaluación rápida.....	46
Inicie el manejo de emergencia .....	48
Continúe el masaje, rápidamente administre fluidos IV, comprima el útero.....	50
Comprima la aorta, inserte un taponamiento con balón	
Busque cuidados avanzados.....	52
Realice extracción manual de la placenta.....	54
Revise, identifique y suture.....	56

Continúe los cuidados después de una HPP .....	58
--	----

Actividades prácticas y de mejora de la calidad .....	60
---	----

Respuestas de las sesiones .....	66
----------------------------------	----

Poster - Plan de acción	
Prevenir y tratar el shock en caso de HPP.....	71
Poster - Plan de acción	
Sangrado después del parto .....	72

# Brindando una atención respetuosa a las mujeres y sus familias

## Desempeño esperado

Establece una comunicación respetuosa y profesional con las mujeres y sus familias.

## Puntos clave

- Cada persona merece un cuidado respetuoso.
- El cuidado respetuoso salva vidas.
- Las mujeres tienen derecho a la privacidad y confidencialidad.



## Conocimientos clave

- Toda mujer es digna de respeto.
- El cuidado respetuoso salva vidas; las mujeres pueden no solicitar atención en centros donde no las tratan bien.
- Trate a todas las mujeres por igual, más allá de su origen étnico, cultura, posición social, religión, nivel de estudios, edad, situación económica o estado civil.
- Respete el derecho de las mujeres a la privacidad y confidencialidad durante la consejería, el examen físico, procedimientos clínicos y manejo de la información.
- Respete el derecho de las mujeres a estar acompañadas al recibir la atención. La presencia de un/a acompañante en el parto mejora los resultados y puede reducir el trabajo de parto.
- Tenga en cuenta que las mujeres tienen derecho a rechazar los cuidados o buscarlos en otro lugar.

## Acciones clave

- Explique lo que está sucediendo y por qué.
- Sea amable al brindar los cuidados.
- Nunca deje sola a una mujer con una complicación. Si debe irse, deje a alguien con ella e indique a esta persona cómo obtener ayuda en caso que fuera necesario.

## Nota de consejería

### Cómo demostrar respeto:

1. Preséntese con su nombre y sonría.
2. Mire a la mujer a los ojos cuando le hable.
3. Utilice un lenguaje claro y simple.
4. Hable en forma calmada.
5. Preste atención cuando la mujer habla.
6. Incluya a las mujeres y las familias en conversaciones sobre sus cuidados.
7. Explique cada procedimiento y solicite su permiso antes de comenzar.

Adaptado del apoyo de trabajo por USAID/MCHIP/ACNM: "¡Trato a las pacientes y a sus familias como me gustaría que me traten!"

# Comuníquese efectivamente con la mujer y miembros del equipo

## Desempeño esperado

Se comunica eficazmente con los miembros del equipo siempre, sobre todo durante una emergencia.

## Puntos clave

- Una buena comunicación salva vidas.
- Sepa a quien acudir para obtener ayuda.
- Asigne un rol a cada miembro del equipo.
- Tenga un plan de emergencia previsto.



## Conocimiento clave

- Los miembros del equipo incluyen a las personas que trabajan en su centro, los del centro de referencia, a las mujeres y los miembros de su familia.
- Una comunicación deficiente puede desencadenar en malos resultados para las mujeres y los bebés.
- Sepa a quién llamar en una emergencia.
- La ansiedad y el miedo son normales en una emergencia, pero estas respuestas pueden impedir una buena comunicación. Los proveedores deben conservar la calma y hablar con otros proveedores, con la mujer y con la familia manteniendo un tono claro y tranquilizador.
- Tener un plan ante una emergencia y simular una situación de emergencia mediante ejercicios de práctica, aumenta la confianza y facilita la comunicación en una emergencia. Los simulacros permiten a los proveedores ejercitarse para resolver

problemas, trabajar en equipo y en la toma de decisiones.

## Acciones Clave

Informe rápidamente a los miembros de su equipo cuando se enfrente a una emergencia, para que todos puedan responder lo antes posible.

- Comuníquese activamente hablando en forma segura y clara; no asuma que los demás entienden lo que usted está pensando.
- Hable fuerte para asegurar que todas las instrucciones fueron escuchadas y que se llevarán a cabo.
- Establezca roles claros para cada persona. Diríjase a las personas por su nombre y aclare que hará cada uno. Pida a cada miembro que repita la tarea que tiene que realizar, por ejemplo: “Yo comenzaré una IV con solución salina normal”, para demostrar que entendió su tarea.

# *Prepárese para el parto*



## Desempeño esperado

Se prepara para asistir un parto limpio y seguro

### Puntos clave

- Procure que el área de parto tenga privacidad, esté cálida y bien iluminada.
- Utilice el equipo adecuado y limpio para prepararse para cada parto.
- Prepare siempre antes de CADA PARTO, el uterotónico y déjelo listo para su uso.
- Verifique que la bolsa y la máscara funcionan bien.
- Lávese las manos y utilice guantes e instrumentos estériles o con desinfección de alto nivel para evitar infecciones.
- Anote la hora del nacimiento.
- Después del parto, asegure que la mujer y el bebé se mantengan juntos.

## Conocimientos y habilidades

- Sepa cómo utilizar el equipo disponible.
- Lávese las manos y utilice guantes e instrumentos estériles o con desinfección de alto nivel para evitar infecciones.
- Use un delantal, mascarilla y protector de ojos para protegerse de infecciones.
- Si es posible, use dos guantes antes del nacimiento. Esto permite retirar los guantes sucios antes de pinzar y cortar el cordón para proteger al bebé de infección.
- Comunique lo que va a hacer y por qué, para que la mujer y el equipo de parto estén informados. Esto los ayuda a estar tranquilos.
- Después del parto, asegure que la mujer y el bebé se mantengan juntos.

Es muy importante que la oxitocina esté cargada en una jeringa o el misoprostol listo para ser administrado ANTES DE QUE EL BEBÉ NAZCA. Esto le permitirá administrar el medicamento rápidamente y evitar el sangrado, y reducirá las demoras en brindarle asistencia al bebé si no respira.



Lavado de las manos con jabón o alcohol gel



Guantes



Tijeras y/o bisturí



Toallas



Pinzas, clamps, ligaduras/amarras



Protección personal para el proveedor



Medicación



Aspirador de secreciones



Bolsa de ventilación y máscara



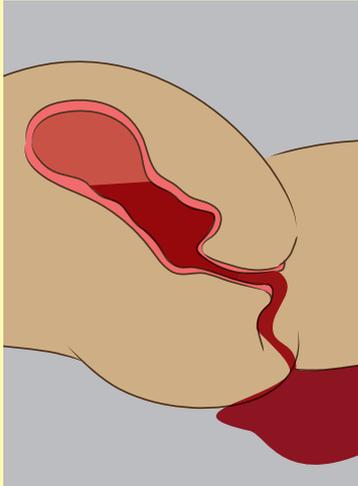
Estetoscopio



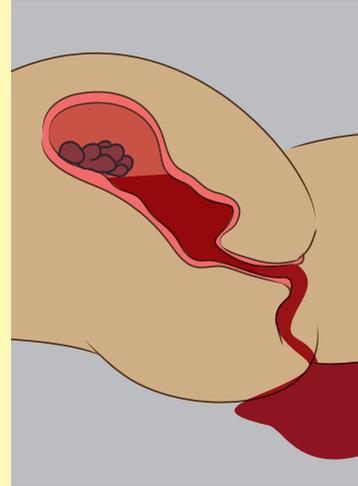
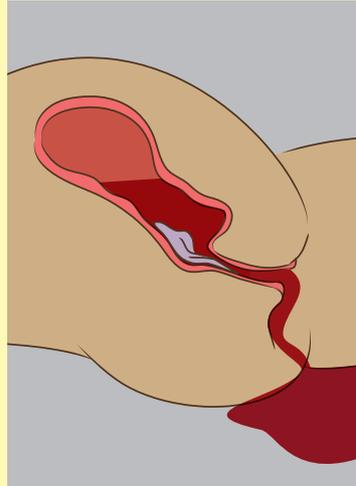
Reloj

# *Principales causas de sangrado después del parto*

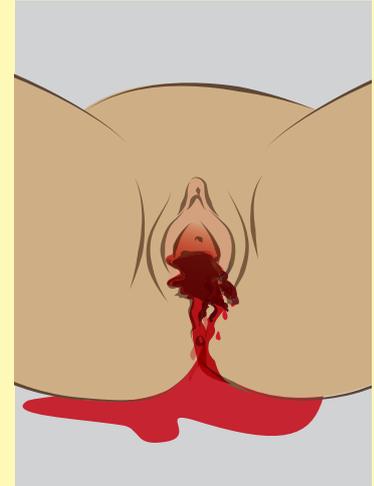
*Tono deficiente*



*Tejido placentario retenido*



*Desgarros*



## Desempeño esperado

Identifica las causas del sangrado abundante y trata cada una correctamente.

### Puntos clave

- *Tono deficiente, desgarros y tejido retenido son las principales causas de sangrado después del parto.*
- *La mayoría del sangrado después del parto se debe a que el útero no se contrae (tono deficiente).*
- *Tejido de placenta o de membranas retenido en el interior del útero, puede provocar sangrado.*
- *Los desgarros también pueden causar una HPP.*
- *Las episiotomías y la mutilación genital aumentan el riesgo de desgarros.*
- *Cualquier mujer puede sangrar demasiado después de un parto.*
- *Todo sangrado puede poner en riesgo la vida.*

## Conocimientos y habilidades

- Las principales causas de sangrado después del parto son tres: tono deficiente (o atonía), desgarros y tejido retenido.
- El sangrado puede ser un goteo lento y constante, o un gran flujo. Ambos pueden ser peligrosos.
- Una pérdida mayor a 500 ml se considera una hemorragia, aunque algunas mujeres pueden perder menos de 500 ml y aún así fallecer.

### Tono deficiente

- La mayoría de los sangrados se deben a un útero atónico.
- Si el útero no se contrae, los vasos sanguíneos continúan bombeando sangre hacia el útero vacío.
- Un bebé grande, gemelos, trabajo de parto prolongado, muchos embarazos, vejiga llena, hacen más difícil que el útero se contraiga.

### Retención de tejido placentario

- Tejido placentario o de membranas retenido también puede causar HPP.
- Un fragmento de placenta o membranas retenidas, evita que el útero se contraiga, la madre puede sangrar demasiado o adquirir una infección

- Revise la placenta después que ha salido para verificar que esté completa

### Desgarros

- Otra causa común de sangrado son los desgarros por traumatismos.
- Los desgarros pueden ser grandes o pequeños y pueden estar dentro o fuera de la vagina.
- Limpiar suavemente la sangre ayudará a visualizar desgarros
- La episiotomía aumenta la probabilidad de desgarros y sangrado; no debería hacerse de rutina.
- La mutilación genital femenina también aumenta la probabilidad de desgarros.

### \*Nota sobre cuidados avanzados\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir realizar una episiotomía si existe una indicación médica para realizarla.

## *Toma activa de decisiones para la madre y el bebé*



## Desempeño esperado

Reconoce problemas y toma decisiones en forma rápida y efectiva.

### Puntos clave

- *Vigile los signos de cambio de condición en la mujer y el bebé.*
- *Utilice la pérdida de sangre, tono uterino y respiración del bebé para guiar sus decisiones.*
- *¡Busque los signos activamente, tome decisiones y responda rápidamente! Esto es fundamental para ayudar a las mujeres y a los bebés a sobrevivir.*

## Conocimientos y habilidades

- Después del parto, las condiciones de la madre y el bebé pueden cambiar rápidamente.
- Vigile para detectar signos de cambios y tomar decisiones rápidamente.

### Para la mujer

- Verifique si hay sangrado excesivo, desde el nacimiento mientras espera la placenta, y cada 15 minutos durante las primeras dos horas después de salida la placenta.
- Palpe el fondo del útero para verificar si se contrae y observe a la madre para detectar signos que indiquen que puede estar perdiendo mucha sangre: aumento del pulso, disminución de la presión arterial o piel pálida y húmeda.

### Para el bebé

- Observe activamente al bebé para ver si empieza a respirar y responde a su toque mientras lo seca.
- Si no está respirando, manténgalo abrigado y siga las pautas de reanimación.

### Para ambos

Use lo que ve, siente y escucha para activamente tomar decisiones, sobre los mejores próximos pasos para brindar atención de alta calidad a las mujeres y bebés.

## Ayudando a las Madres a Sobrevivir Sangrado después del parto

PLAN DE ACCIÓN

Prepárese para el parto

Parto (Ver Plan de Acción para el bebé en ABR)

10:00 a 11:00 hora 200 mg a 3 x 200 mg

Administre medicación dentro de 1 minuto

Corte el cordón entre 1 y 3 minutos



Aplique tracción controlada del cordón para sacar la placenta

¿Salió la placenta?

Si sale: No sale: Aníme a vaciar la vejiga Repita la tracción controlada del cordón

Verifique el tono uterino a los 10 minutos

¿Placenta completa?

Completa: ¿Útero duro?

Duro: ¿Sangrado normal?

Normal: Duro: Sangrado normal: Sangrado abundante: Sangrado excesivamente abundante:

Presione los desgarros: Comprima el útero: Aplique rápidamente el TAMN

Continúe los cuidados: Verifique el tono: Vigile el sangrado: Consulte los signos vitales: Solicite el asesoramiento

Mantenga abrigada: Busque cuidados avanzados

# Cuidados de rutina para la madre y el bebé

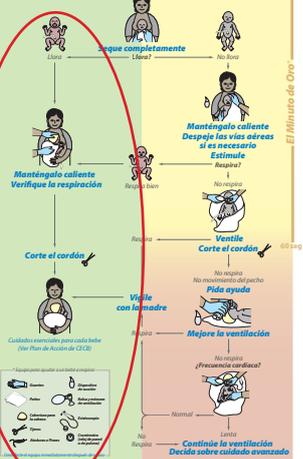
## Ayudando a los Bebés a Respirar

PLAN DE ACCIÓN

Prepárese para el nacimiento

Ver el Plan de Acción de ABR para la madre

10:00 hora



## Desempeño esperado

*Brinda cuidados de rutina de alta calidad para la mujer y su bebé inmediatamente después del parto*

## Puntos clave

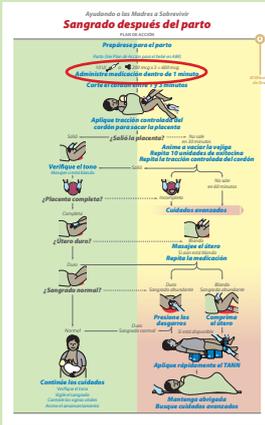
- *La tercera etapa del parto es el período entre el nacimiento del bebé y la salida de la placenta.*
- *Los tres pasos del manejo activo de la tercera etapa de parto (MATEP) son: administrar un uterotónico, aplicar tracción controlada del cordón si es asistente de partos calificado, verificar la tonicidad del útero.*
- *El manejo activo durante esta etapa puede acelerar la salida de la placenta y reducir el sangrado.*
- *El primer minuto es crítico para asegurar que el bebé respire correctamente.*

## Conocimientos y habilidades

- Durante el tercer período del parto, el útero se contrae y se achica.
- Las contracciones ayudan a que la placenta se separe de la pared uterina.
- Este proceso debería demorar entre 8 y 9 minutos, pero puede demorar hasta una hora.
- La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de uterotónicos en la tercera etapa del parto para todas las mujeres ya que reduce el riesgo de hemorragia después del parto en un 60 % a 70 %.
- Si la madre y el bebé están bien, se les puede brindar cuidados de rutina a los dos al mismo tiempo.

## Lista de verificación

- Coloca al bebé sobre el abdomen de la madre.*  
.....
- Seca al bebé y verificar que llora o respira; lo cubre con un paño seco.*  
.....
- Verifica si hay un segundo bebé; si no hay, pasa a la atención del tercer período mientras continúa observando al bebé.*  
.....
- Administra oxitocina o misoprostol a la madre dentro de un minuto después del nacimiento.*  
.....
- Mientras espera la placenta, se quita el primer par de guantes, si usa dos, o se los cambia y corta el cordón entre uno y tres minutos después del nacimiento.*  
.....
- Aplica tracción controlada del cordón durante las contracciones*  
.....
- Palpa el útero después de salida la placenta y realiza masaje si está blando*  
.....
- Verifica que la placenta esté completa*  
.....
- Verifica la cantidad de sangrado*  
.....
- Revisa si hay desgarros*  
.....
- Continúa observando atentamente a la madre y al bebé y brinda cuidados de rutina.*  
.....



Inmediatamente después del parto,  
 verifique si hay un segundo bebé

# Administre un uterotónico dentro de 1 minuto - Oxitocina



## Desempeño esperado

*Administra oxitocina o misoprostol de manera segura y eficaz, dentro de 1 minuto después de que el bebé nace, para prevenir el sangrado.*

## Puntos clave

- *La oxitocina hace que el útero se contraiga. Es el medicamento preferido para utilizar en el manejo activo de la tercera etapa del parto.*
- *¡Verifique si hay un segundo bebé antes de administrar el medicamento!*
- *La oxitocina se administra en forma intramuscular y debe mantenerse a 25 °C o menos, pero no congelada. Dosis: 10 unidades.*
- *Administre la oxitocina dentro de 1 minuto después del nacimiento.*

## Conocimientos y habilidades

### Muestre y explique cómo administrar el medicamento en forma segura.

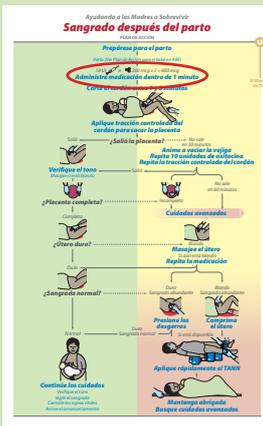
- La oxitocina es un medicamento que estimula las contracciones. Cuando el útero se contrae, comprime los vasos sanguíneos y detiene el sangrado.
- La oxitocina es la opción preferida por la Organización Mundial de la Salud para prevenir la HPP.
- La oxitocina se administra en forma inyectable e intramuscular (en general en el muslo de la mujer).
- La oxitocina debe mantenerse a 25 °C o menos.
- Siga las instrucciones del fabricante para su almacenamiento y preservar la calidad.
- Revise siempre si hay otro bebé antes de administrar el medicamento. Si esta dosis de oxitocina se administra con un bebé en el útero, se puede producir una contracción muy fuerte y la madre y el bebé pueden morir.
- La dosis correcta de oxitocina es 10 unidades IM.

Antes de aplicar la inyección, dígame a la madre que le está administrando esta medicación para reducir el sangrado.

---

**Asegure tener la oxitocina preparada en la jeringa ANTES DEL PARTO .**

---



Inmediatamente después del parto,  
verifique si hay un segundo bebé

# Administre un uterotónico dentro de 1 minuto - Misoprostol



## Desempeño esperado

*Administra oxitocina o misoprostol de manera segura y eficaz, dentro de 1 minuto después que el bebé nace, para evitar el sangrado.*

## Puntos clave

- Cuando no haya oxitocina disponible, use misoprostol.
- El misoprostol hace que el útero se contraiga.
- ¡Verifique si hay un segundo bebé antes de administrar el medicamento!
- El misoprostol es un comprimido que se toma por boca. No es necesario mantenerlo frío. Dosis: 600 mcg (tres comprimidos de 200 mcg).
- Administre el medicamento dentro de 1 minuto después del nacimiento.

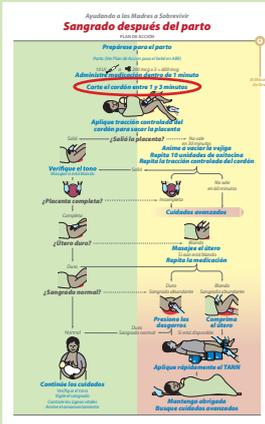
## Conocimientos y habilidades

- Cuando no hay oxitocina disponible, o cuando el proveedor no puede colocar una inyección, se puede usar misoprostol.
- El misoprostol es un medicamento que también hace que el útero se contraiga y no es necesario mantenerlo a menos de 25°C .
- La dosis correcta de misoprostol es 600 mcg por vía oral –se presenta en comprimidos de 200 mcg. Debe administrar 3 comprimidos.
- Se debe administrar dentro de 1 minuto del nacimiento del último bebé.
- Verifique siempre si hay otro bebé antes de administrar misoprostol.
- El misoprostol tiene efectos colaterales que no duran mucho y no son nocivos, pero se le debe informar a la madre lo que puede pasar. Los efectos colaterales incluyen temblores, náuseas, diarrea y fiebre.
- Antes de aplicar la inyección, diga a la madre que está administrando esta medicación para reducir el sangrado.

---

**¡Asegúrese de tener el misoprostol listo para administrar ANTES DEL PARTO!**

---



Después de 1-3 minutos

# Pince o amarre y corte el cordón umbilical



## Desempeño esperado

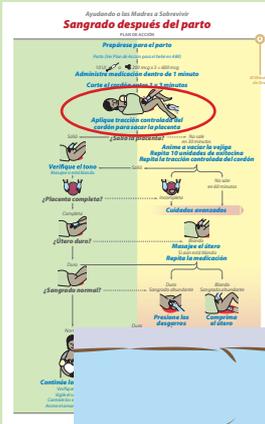
*Corta el cordón en el momento correcto de manera que se reduzca el riesgo de infección para el bebé.*

### Puntos clave

- *Si el bebé respira correctamente, corte el cordón entre 1 y 3 minutos después del nacimiento.*
- *Antes de cortar el cordón, quítese el primer par de guantes, si posee dos, o cámbiese los guantes.*
- *Coloque dos amarras o clamps y corte entre ellas.*

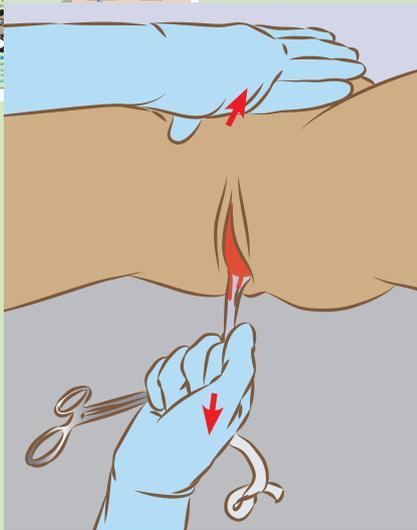
## Conocimientos y habilidades

- El momento en el que se debe cortar el cordón depende de las condiciones de la madre y el bebé.
- Si ambos se encuentran en buenas condiciones, corte el cordón entre uno y tres minutos después del nacimiento. Esto le dará tiempo para administrar el medicamento y evitar el sangrado (oxitocina o misoprostol).
- Esperar al menos un minuto antes de cortar el cordón ayuda a asegurar que el bebé obtendrá suficientes glóbulos rojos de la placenta para prevenir anemia en los primeros seis meses de vida.
- Si la madre está sangrando en forma abundante o el bebé no respira bien, corte el cordón inmediatamente y pida ayuda.
- La limpieza es importante para prevenir infección del cordón. Si es posible, use dos guantes antes del nacimiento, de manera que pueda quitarse el par sucio antes de cortar el cordón. Todos los insumos deben estar estériles o desinfectados.
- Para cortar el cordón, coloque dos clamps o amarras alrededor del cordón. Coloque el primer clamp o amarra 2 dedos del abdomen del bebé.
- Coloque el otro clamp o amarra a 5 dedos del abdomen del bebé. Corte entre ambas.
- Cuando corte el cordón, proteja su cara de salpicaduras de sangre cubriendo el área con un delgado trozo de gasa estéril antes de cortar.

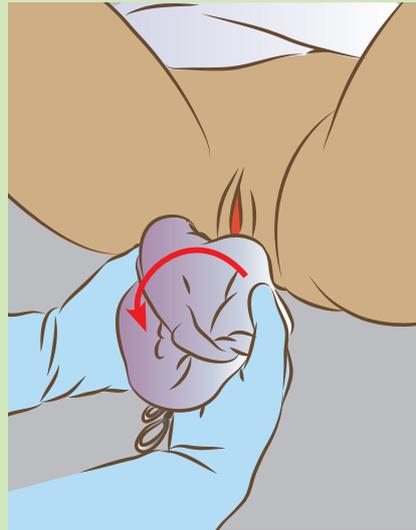


Mientras aplica contra tracción

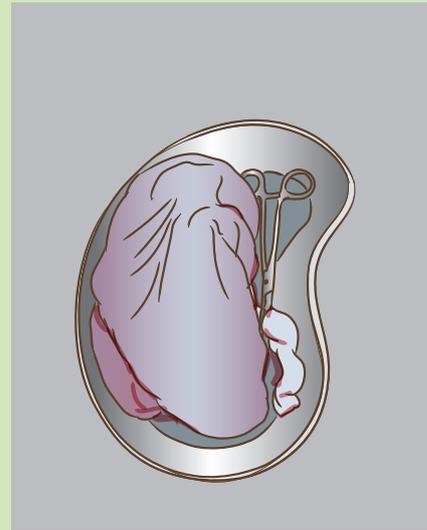
# Realice tracción controlada del cordón para liberar la placenta



Coloque una mano sobre el abdomen de la madre, arriba del hueso púbico, mientras que con la otra mano sostiene el cordón pinzado.



Use ambas manos para recibir la placenta, rotándola a medida que sale de la vagina.



Coloque la placenta en el recipiente para revisarla y verificar si está completa.

## Desempeño esperado

Realiza una tracción controlada del cordón en forma segura

### Puntos clave

- *La placenta en general se desprende a los 10 minutos pero puede demorar hasta 1 hora y aún ser normal.*
- *Aplicar tracción controlada del cordón para retirar la placenta es el segundo paso del MATEP y solo debe realizarla un asistente de parto capacitado.*
- *Una tracción controlada del cordón acelera la salida de la placenta, sin embargo, puede ser peligroso si no se realiza en forma adecuada.*
- *La tracción controlada del cordón debe ser suave y realizarse únicamente durante las contracciones.*
- *Estabilice siempre el útero cuando aplique una tracción controlada del cordón.*
- *Nunca traccione muy fuerte el cordón y no traccione si siente resistencia, ya que puede desgarrar el cordón o invertir el útero.*
- *El tejido retenido dentro del útero, puede causar hemorragia e infección.*

## Conocimientos y habilidades

### Realice una tracción controlada del cordón en forma segura

Coloque una pinza en el cordón cerca del periné y espere una contracción.

- Verifique si sale un pequeño flujo de sangre o si el cordón se alarga, estos son signos de una contracción o de que la placenta se está desprendiendo.
- Coloque una mano sobre el hueso púbico de la madre para estabilizar el útero presionando hacia arriba para ejercer contracción.
- Durante la contracción, use la otra mano para traccionar suavemente el cordón hacia abajo. Mantenga contracción sobre el útero desde el hueso púbico.
- Si siente resistencia, espere e inténtelo nuevamente con la siguiente contracción. NO traccione cuando siente resistencia o sin contracción porque podría desgarrar el cordón o invertir el útero. Esto puede ocasionar la muerte de la madre.
- Deje de aplicar tracción sobre el cordón entre contracciones. Pueden ser necesarias varias contracciones para retirar la placenta. Continúe aplicando tracción controlada

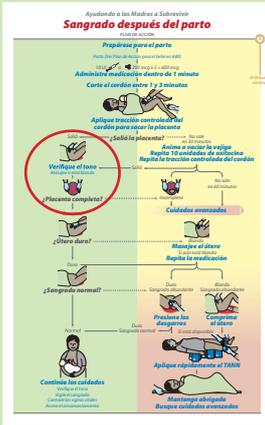
del cordón durante las contracciones hasta que vea la placenta en la abertura vaginal .

### Retire la placenta en forma segura.

- Cuando pueda ver la placenta en la vagina, levante suavemente la mano que sostiene el cordón hacia arriba; esto ayudará a que la placenta salga.
- Mientras la placenta va saliendo, sosténgala con ambas manos y gírela suavemente sobre si misma. Esto ayuda a liberar las membranas completas.
- Si queda tejido de placenta o membranas dentro del útero, la madre puede sangrar mucho y tener una infección.
- La placenta y las membranas deben colocarse en un recipiente para examinarlas mas tarde. Verifique de inmediato el tono del útero y masajee si está blando.

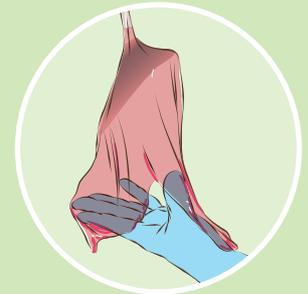
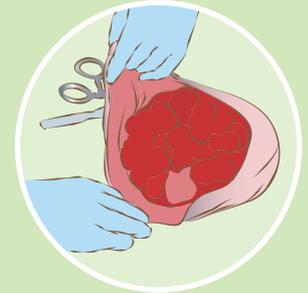
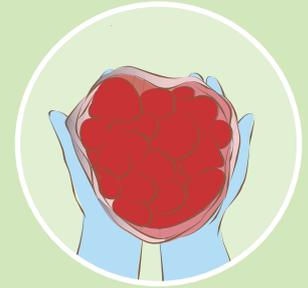
### \*Nota sobre cuidados avanzados\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir aplicar una tracción controlada del cordón como se describe aquí.



# Quando la placenta ha salido

## Verifique el tono uterino y si la placenta está completa



## Desempeño esperado

Después del parto, verifica siempre el tono uterino y la placenta. Verifica el tono uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas posparto, y en forma frecuente durante 24 horas posparto.

## Puntos clave

- Verifique el tono del útero y masajéelo si está blando. Este es el tercer paso del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP).
- El tono uterino puede cambiar rápidamente. Verifique el útero cada 15 minutos durante las primeras dos horas. Mientras verifica el tono, observe si hay sangrado. Vuelva a verificar a menudo durante las primeras 24 horas
- Pida a la madre que le diga si nota un flujo o goteo constante de sangre.
- Después que haya examinado el útero, examine ambos lados de la placenta y las membranas para verificar que está completa.
- Si queda tejido dentro del útero, puede ser causa de hemorragia e infección.

## Aprendizaje combinado

Si puede mirar videos, vea "Examinando la placenta" en <https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/vbabc-10/>

## Conocimientos y habilidades

### Evaluar el tono del útero y masajearlo si está blando.

- Conozca la diferencia entre un útero blando y uno duro para determinar cuándo es necesario masajear. Un útero firme se siente como su frente. Un útero blando se siente como la punta de su nariz, y necesita un masaje.
- El masaje uterino es importante, pero puede no ser muy cómodo para la madre. Explíquelo por qué debe hacerlo.
- Si el útero no se contrae, verifique si la vejiga está llena. La vejiga llena puede hacer que el útero se relaje, incluso si estaba duro.
- Realice un monitoreo activo del tono uterino y el sangrado cada 15 minutos durante las primeras dos horas posparto.
- Explique a la mujer como controlar y masajear su propio útero, y pídale que le avise si nota un sangrado o un goteo que no se detiene.

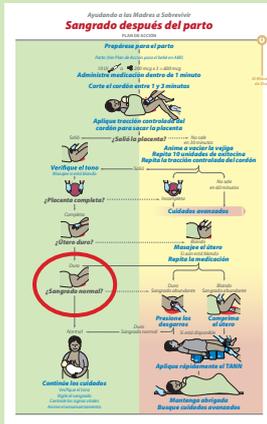
### Verifique si la placenta está completa.

Identifique los dos lados de la placenta. El lado de la placenta que se ubica contra la pared del útero es de color rojo oscuro y se ve como carne. Está compuesta de lóbulos. El otro lado es brillante y gris, y está cubierto por una membrana.

- Cuando está completa, los lóbulos de la placenta se acomodan como en un rompecabezas. Sostenga la placenta en sus manos para ver si los lóbulos se unen bien y si no falta ninguno.
- Las membranas también deben examinarse para detectar partes faltantes. Sostenga la placenta del cordón y observe las membranas para verificar que no falten partes más grandes.
- Verifique si hay vasos sanguíneos saliendo del borde de la placenta, lo que podría indicar que aún hay un lóbulo adentro.
- Si queda tejido de placenta o membranas en el interior del útero, este no puede contraerse bien y la madre puede sangrar demasiado.
- Si pareciera que faltan trozos, verifique el sangrado y el tono uterino, y solicite ayuda avanzada.
- Si todo está normal, revise si hay desgarros en el periné.

### \*Nota sobre cuidados avanzados\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir colocar un catéter en la vejiga de la madre si ella no puede vaciarla.



Si el útero está duro

**Verifique si el sangrado es normal**



Normal



Anormal

## Desempeño esperado

*Verifica si hay sangrado cada vez que se revisa el tono uterino, cada 15 minutos durante las primeras 2 horas después del parto, y en forma frecuente durante 24 horas posparto.*

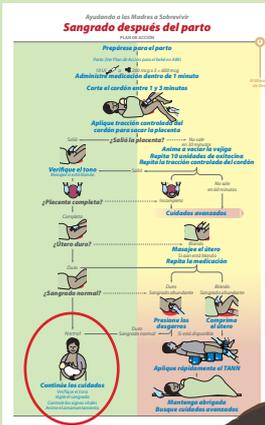
## Puntos clave

- *El sangrado puede ser lento o rápido.*
- *Cualquier sangrado que sea intenso o que no se detenga pone en peligro la vida.*
- *Durante las primeras dos horas, es fundamental verificar el tono del útero y la pérdida de sangre.*
- *Pida a la mujer que le avise si nota un sangrado o un goteo que no se detiene.*

## Conocimientos y habilidades

### Observe constantemente si hay sangrado después del parto

- El sangrado abundante que no se detiene puede poner en riesgo la vida.
- Un pequeño flujo de sangre que gotea y no se detiene también puede poner en riesgo la vida.
- Evalúe activamente la cantidad de sangrado. Observe el sangrado mientras evalúa el tono del útero.
- Verifique si hay sangre en la cama, en la ropa de la madre o en el suelo.
- Verifique si la vejiga está llena, verifique y reevalúe el sangrado y el tono uterino.
- Ahora es el momento de verificar si hay desgarros.
- Después de verificar si hay desgarros, asegure que la mujer esté limpia y confortable.



Si el sangrado es normal y el útero está duro

# Continúe los cuidados para la madre y el bebé



## Desempeño esperado

*Si la mujer no está sangrando y el útero está contraído, brinda un cuidado de alta calidad a la madre y al bebé durante 24 horas posparto.*

### Puntos clave

- *Mantenga siempre a la madre y al bebé juntos.*
- *Anime a la madre para que comience a amamantar durante la primera hora después del parto.*
- *Examine frecuentemente a la mujer y su bebé durante este importante período. Esto también incluye evaluar el color del bebé, su respiración y su actividad.*
- *Realice un monitoreo activo de la tonicidad uterina y el sangrado cada 15 minutos durante las primeras dos horas después del parto.*

## Aprendizaje combinado

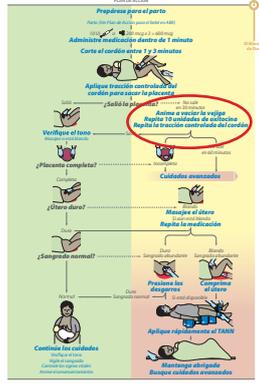
*Si puede mirar videos, vea "Manejo de la tercera etapa del parto" en*

<https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/managing-the-third-stage-of-labor/?portfolioID=5623>

### Conocimientos y habilidades

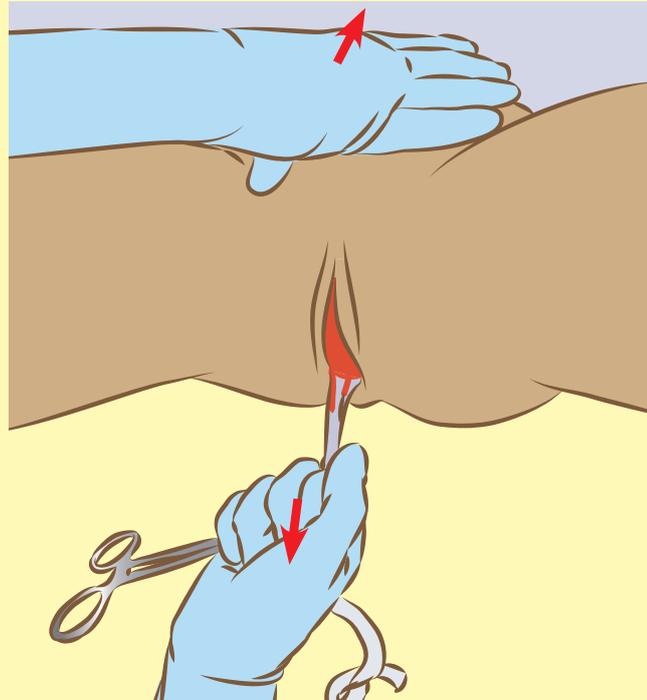
- El cuidado de rutina implica la vigilancia constante de la madre y el bebé.
  - Mantenga a la madre y al bebé abrigados y juntos. Si el bebé llora y respira normalmente, colóquelo piel a piel con su madre lo antes posible.
  - Si la madre y el bebé están saludables, anime a la madre para que comience a amamantar en la primera hora posparto.
  - Haga que la madre vacíe la vejiga.
  - La toma de decisiones activa aún no termina. Una madre y un bebé que están bien ahora podrían tener problemas a los pocos minutos.
  - Use las habilidades que aprenda aquí para vigilar activamente a sus clientes y brindar cuidados de calidad.
- Las madres y los bebés deben permanecer en el establecimiento de salud durante 24 horas después de un parto vaginal normal, para vigilancia, consejería y recuperación.
  - Antes del alta, oriente a la madre sobre la cantidad de sangrado que puede esperar, y cuáles son los signos de alarma de un sangrado excesivo (p. ej.: un sangrado que empapa un paño en menos de cinco minutos).

Ayudando a las Madres a Sobrevivir  
**Sangrado después del parto**



Si la placenta no ha salido en 30 minutos

**Anime a vaciar la vejiga**  
**Repita 10 unidades de oxitocina**  
**Repita la tracción controlada del cordón**



## Desempeño esperado

Identifica una retención de placenta y toma acciones para obtener ayuda avanzada.

### Puntos clave

- *Recuerde, la placenta por lo general sale en 10 minutos, pero puede demorar hasta una hora.*
- *Cuando la placenta no sale, el útero no puede contraerse para detener el sangrado y aumenta el riesgo de infección.*
- *Puede ser necesario administrar más oxitocina y continuar la tracción controlada del cordón para ayudar a que la placenta salga.*
- *Si la placenta no ha salido en una hora, o si la madre está sangrando excesivamente, busque ayuda avanzada.*

## Conocimientos y habilidades

- Lleve un registro del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento.
- Determine si el sangrado de la madre es normal o excesivo.
- Continúe la tracción controlada del cordón. Pueden ser necesarias varias contracciones para que la placenta se desprenda.
- Si la placenta no sale en 30 minutos, y el sangrado es normal, anime a la madre a vaciar su vejiga.
- Si la placenta no sale después de esto, repita 10 unidades de oxitocina. NO repita el misoprostol. Antes de aplicar la inyección, diga a la mujer que le administra esta medicación para ayudar a que la placenta salga.
- Ayude a la mujer a cambiar de posición y a amamantar. Estas acciones pueden ayudar a que la placenta salga.
- Continúe la tracción controlada del cordón. Pueden ser necesarias varias contracciones para retirar la placenta.
- Realice una tracción suave hacia abajo SOLO durante una contracción para ayudar a que la placenta salga en forma segura.

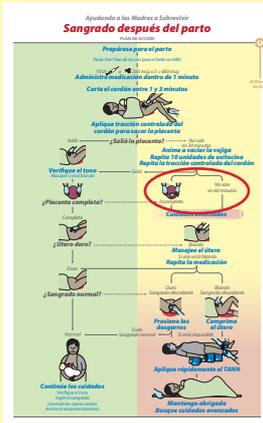
Traccionar más fuerte el cordón o cuando hay resistencia es peligroso. Puede arrastrar el útero o desgarrar el cordón.

- Recuerde estabilizar el útero con una mano sobre el hueso púbico.
- Si la placenta no sale en una hora o si la madre sangra excesivamente, pida ayuda avanzada.
- La retención de placenta puede no causar mucho sangrado al principio, pero puede ser muy peligrosa para la madre.

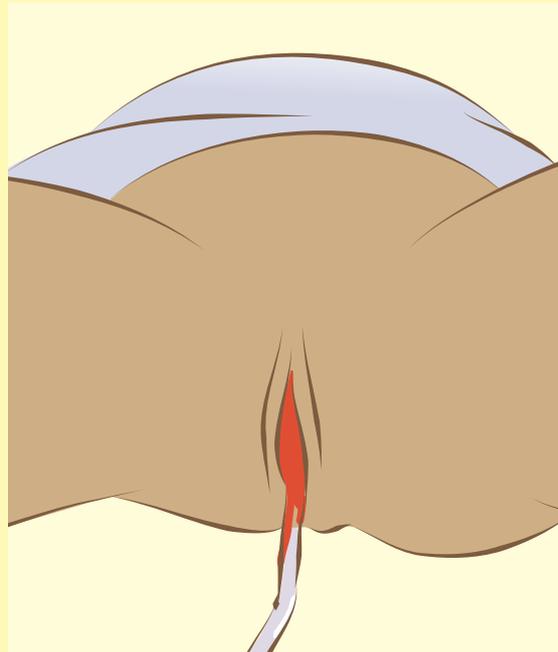
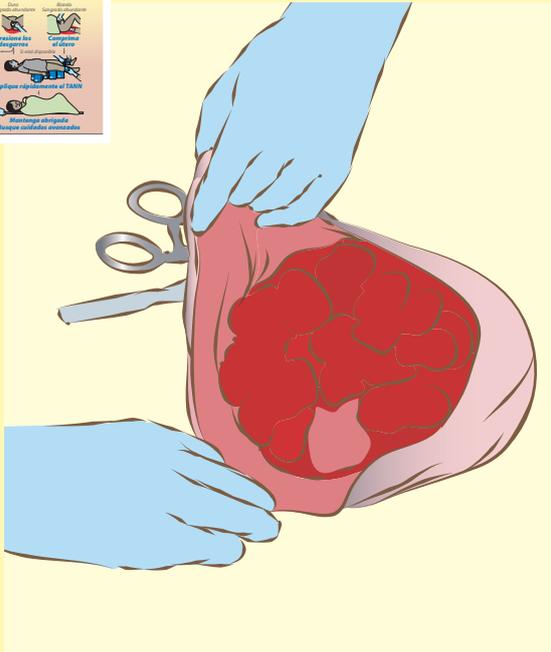
NOTA: Hasta ahora, revisamos los cuidados para la mujer durante el parto. Pero a veces una mujer puede llegar a su centro después de haber dado a luz, con la placenta retenida o una HPP. En estos casos, tendrá que adaptar su plan de manejo desde el punto en que la recibe .

### **\*Nota sobre cuidados avanzados\***

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir aplicar tracción controlada del cordón como se describe aquí, repetir la oxitocina o cateterizar la vejiga.



# Si la placenta está incompleta o no ha salido...



## Desempeño esperado

Usa las habilidades de toma de decisión activa para identificar una placenta retenida o incompleta y responde adecuadamente.

## Puntos clave

- Una retención de la placenta o de un fragmento de ella, impide que el útero puede contraerse para detener el sangrado. La placenta o fragmentos retenidos en el útero aumentan el riesgo de sangrado.
- Una mujer con la placenta retenida después de 1 hora, o con placenta incompleta en cualquier momento, necesitará un cuidado avanzado para extraer la placenta o fragmentos que permanezcan en el útero

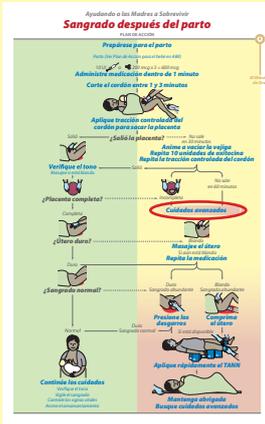
## Conocimientos y habilidades

- Si la madre está sangrando en forma excesiva, obtenga ayuda avanzada de inmediato, sin importar si la placenta salió o no.
- Controle el pulso y la presión arterial de la madre para detectar si hay un shock (pulso igual o superior a 110, presión sistólica inferior a 90).
- Si la placenta salió, verifique si está completa.
- Si la placenta no sale en una hora, obtenga ayuda avanzada, independiente del sangrado.
- La retención de placenta puede no causar sangrado, pero puede ser muy peligrosa.
- Puede ser difícil identificar que una placenta está incompleta. Un sangrado de color rojo brillante, constante podría indicar que un trozo de placenta permanece dentro del útero y está causando el sangrado.
- Si el útero se eleva por sobre el ombligo, podría significar que se están formando coágulos en su interior.

### \*Nota sobre cuidados avanzados\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir la extracción manual de la placenta o de fragmentos retenidos. Se explicará esta habilidad a los participantes del Día 2.

- Si la placenta se extrae manualmente, se deberá administrar antibióticos a la madre para reducir el riesgo de infección.
- La extracción manual es un proceso muy incómodo para la madre y puede ser peligroso.
- La extracción manual NUNCA deberá intentarse sin la capacitación y la autorización adecuadas.



# ...Busque cuidados avanzados



## Desempeño esperado

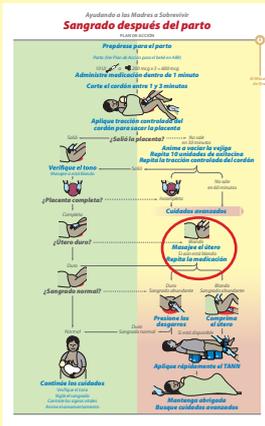
*Solicita rápidamente cuidados avanzados cuando las condiciones de la mujer o del bebé empeoran y superan su capacidad para dar respuesta.*

## Puntos clave

- *Obtener cuidado avanzado rápido puede salvar la vida de la mujer o del bebé.*
- *Nunca deje a la mujer para pedir ayuda.*
- *Es mejor trasladar a la mujer mientras esté estable y no esperar la emergencia. Verifique el estado de la mujer durante el traslado para detectar cambios.*
- *Mantenga siempre a la madre y al bebé juntos.*

## Conocimientos y habilidades

- Saber rápidamente cuándo y dónde obtener ayuda salva vidas.
- La información de contacto sobre proveedores de cuidado avanzado y de transporte local debe estar indicada claramente.
- Los proveedores de cuidado avanzado pueden extraer la placenta, suturar desgarros profundos o incluso realizar cirugías.
- Envíe al personal o a los familiares a buscar ayuda avanzada; NUNCA deje a la mujer para obtener ayuda.
- Si no hay ayuda avanzada disponible en forma inmediata, se deberá trasladar a la mujer a un centro de mayor nivel de atención. Un proveedor debe acompañar a la mujer durante el traslado.
- En caso de caminos inundados o daño en los vehículos, su centro debe tener un plan alternativo para el transporte.
- Notifique al centro de referencia, el traslado de la mujer.
- Durante el traslado, verifique el sangrado y los signos vitales de la mujer, y observe si sale la placenta.
- Si la placenta sale o ha salido pero no está completa, verifique el tono uterino y masajee el útero si está blando durante el traslado.



Si la placenta salió y el útero está blando  
**Masajee el útero**  
 Si aún está blando  
**Repita la medicación**



## Desempeño esperado

*Si el útero está blando después que la placenta ha salido, masajea el útero y repite la medicación.*

## Puntos clave

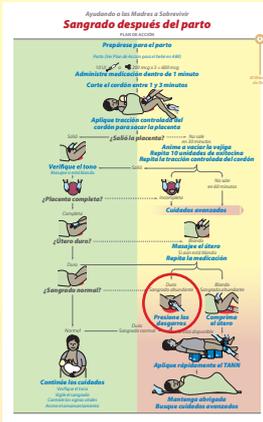
- *Un útero blando o atonía es la causa principal de hemorragia.*
- *Masajear el útero cuando esté blando ayuda a que se contraiga.*
- *El útero puede estar contraído, y después ablandarse.. Es importante vigilarlo permanentemente.*
- *Recuerde, una vejiga llena puede hacer que el útero se torne blando.*
- *Si el masaje uterino solo no ayuda a contraer el útero, administre una nueva dosis de uterotónico.*
- *Si el útero no se contrae con los masajes y la medicación, es necesario tomar acción de inmediato.*
- *Inicie una infusión IV.*

## Conocimientos y habilidades

- Un útero que no se mantiene contraído después que ha salido la placenta es causa de la mayoría de las HPP
- Asegure verificar el tono uterino y el sangrado cada 15 minutos por las primeras dos horas después del parto, y regularmente por las primeras 24 horas.
- Si el útero está blando, masajee el fondo uterino hasta que se contraiga.
- Masajear el útero puede también reducir coágulos que ayudará a que el útero se contraiga y el sangrado se detenga.
- Observe el sangrado mientras masajea el útero para ver si el sangrado disminuye cuando el útero se contrae.
- La vejiga llena puede impedir que el útero se contraiga. Se debe animar a la mujer que vacíe su vejiga después del parto, o utilizar una sonda si fuera necesario.
- Si el útero aún está blando, administre una segunda dosis de medicamento para ayudar a que el útero se contraiga y disminuya o detenga el sangrado: 10UI de oxitocina IM o IV, o bien 800 mcg de misoprostol sublingual.
- Continúe masajeadando el útero y observe el sangrado para determinar si el tratamiento está funcionando.
- Si el sangrado continúa, inicie inmediatamente el plan de traslado.
- Examine si hay signos de shock (pulso igual o superior a 110, PA sistólica inferior a 90).

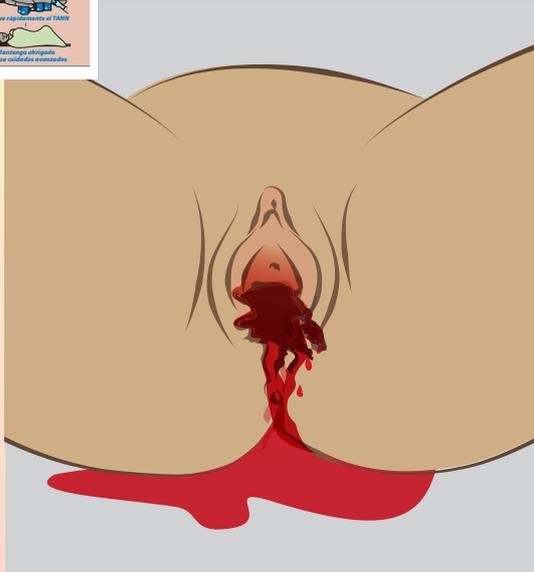
### **\*Nota sobre cuidados avanzados\***

Si los participantes tienen la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, deberán actuar según el alcance de su práctica; esto puede incluir iniciar una infusión IV, o administrar otros medicamentos para detener el sangrado.



Si el sangrado es abundante,  
 la placenta ha salido y el útero está duro

**Verifique si hay desgarros  
 presione los desgarros visibles**



## Desempeño esperado

*Si el útero está contraído pero la mujer aún sangra mucho, verifique si hay desgarros.*

## Puntos clave

- *Las laceraciones o desgarros son la segunda causa más común de sangrado después del parto.*
- *Si el útero está duro y la madre aún está sangrando, es posible que haya desgarros, aún si no pueden verse. Obtenga ayuda avanzada de inmediato.*
- *Una mujer que ha tenido una mutilación genital o una episiotomía tiene más riesgo de sangrado debido a un desgarro.*

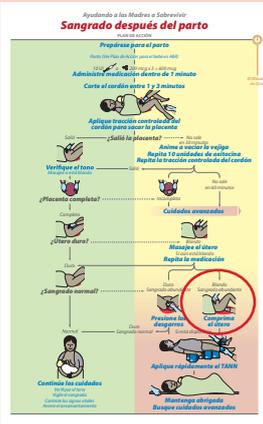
## Conocimientos y habilidades

- Limpie suavemente la sangre para ayudar a ver los desgarros.
- Las laceraciones o desgarros aumentan los riesgos de infección en la mujer. Para reducir el riesgo de infección, use una técnica limpia o estéril mientras verifica si hay desgarros.
- Separe suavemente los labios para visualizar los desgarros.
- Aplique una presión firme y constante con un paño limpio o estéril para reducir el sangrado y evitar infecciones.
- Continúe aplicando presión a los desgarros hasta que el sangrado se detenga o llegue la ayuda avanzada.
- No retire los paños empapados, coloque paños adicionales sobre ellos.
- Si el sangrado disminuye o se detiene, deje el paño en el lugar y acueste a la mujer de costado. Las piernas cerradas mantendrán la presión sobre el desgarro.
- Una madre puede sangrar después de un parto por más de una causa, como un desgarro y un útero blando; busque otras causas.

- La episiotomía no debe realizarse en ninguna mujer a menos que sea necesario, como en el caso que ella tenga una mutilación genital, y deberá realizarlo un proveedor de cuidado avanzado.
- Si el desgarro está en la parte superior de la vagina o en el cuello uterino, quizás no pueda verlo.
- Si el útero está firme y la mujer continúa sangrando y no ve desgarros, necesitará ayuda avanzada o traslado.

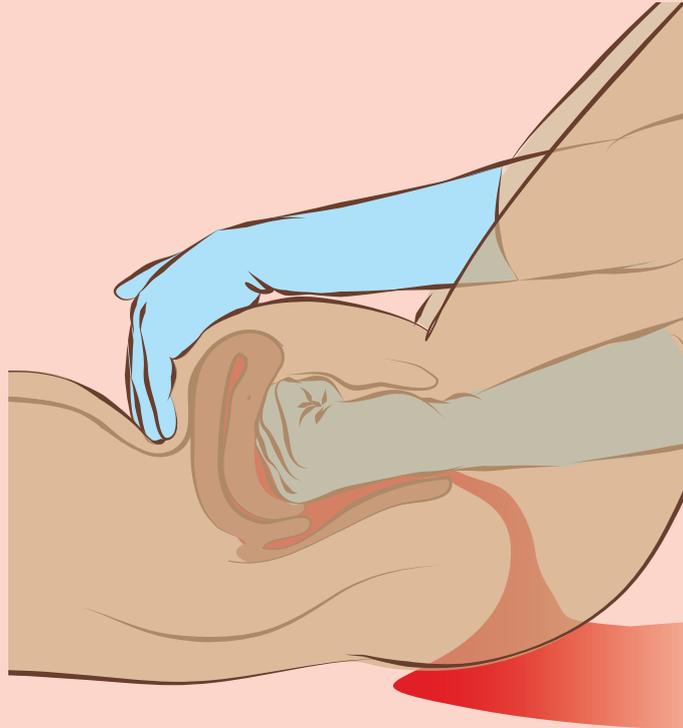
### **\*Nota sobre cuidado avanzado\***

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidado más avanzado, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir suturar laceraciones. Se explicará esta habilidad a los participantes del Día 2.



Si el sangrado es abundante y el útero está blando después de repetir la medicación y el masaje

# Comprima el útero



## Desempeño esperado

*Si después de repetir el masaje y la medicación, el útero aún está blando y sangra mucho, realiza una compresión bimanual uterina.*

## Puntos clave

- *Si el útero no se contrae después de vaciar la vejiga, repetir la medicación y masajear, comprima el útero entre sus manos (compresión bimanual uterina) para detener el sangrado.*
- *¡Actúe rápido! No espere hasta que la mujer esté en shock para comprimir el útero.*
- *La compresión puede hacerle ganar tiempo hasta que la medicación haga efecto o llegue la ayuda avanzada.*
- *Introducir cualquier tipo de material en la vagina después del parto puede ocasionar una infección. Lávese las manos completamente y use guantes estériles.*

## Conocimientos y habilidades

- Comprimir el útero con sus manos aplica presión a los vasos y puede ayudar al útero a contraerse y detener el sangrado.
- La compresión bimanual uterina puede aumentar el riesgo de infección. Usted debe tener las manos muy limpias y guantes largos estériles para evitar una infección dentro del útero de la madre.
- Las madres que necesitan esta intervención ya han perdido mucha sangre y son más propensas a sangrar nuevamente. Estas madres deben ser observadas más atentamente y por más tiempo que las que no tienen esta cantidad de sangrado.
- Si usted no se encuentra en un centro que puede brindar una transfusión sanguínea, debe trasladar a la mujer.

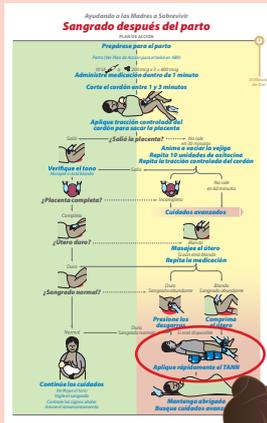
### Para realizar una compresión bimanual del útero:

- Si está solo/a, ¡pida ayuda!
- Esta es una medida dolorosa, pero que salva vidas: es importante decirle a la mujer lo que hará, por qué y que le va a doler.

- Lávese las manos rápida y completamente y colóquese guantes largos y estériles, o improvise utilizar guantes regulares para que funcionen como guantes largos.
- Introduzca una mano aplanada en la parte superior de la vagina y luego ciérrela formando un puño. Coloque la otra mano en el abdomen sobre el fondo uterino.
- Apriete el útero entre sus manos hasta que el sangrado se detenga y el útero esté firme, o que alguien tenga un taponamiento uterino con balón (TUB) listo y preparado para insertar. Si el TUB no está disponible, espere al menos 5 minutos antes de retirar su mano para ver si el sangrado ha disminuído.

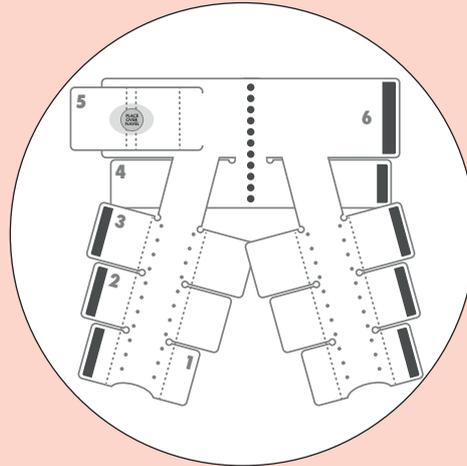
### \*Nota sobre cuidado avanzado\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, debe actuar según el alcance de su práctica. Esto puede incluir la inserción de un taponamiento uterino con balón (TUB). Esta habilidad será revisada y practicada con los participantes del Día 2.



Si está disponible

**Aplique rápidamente el TANN**



## Desempeño esperado

Aplica rápidamente el TANN a las mujeres con HPP que estén en riesgo o que estén en shock.

## Puntos clave

- El traje antishock no neumático (TANN) es una envoltura que aplica presión en la parte inferior del cuerpo y el abdomen. Fuerza la sangre hacia el corazón, los pulmones y el cerebro para estabilizar a una mujer en shock.
- Verifique el tono uterino y los signos vitales; luego aplique el TANN en la mujer con una HPP.
- Ahora la mujer puede recibir tratamiento continuado, ser trasladada y sobrellevar la demora en recibir sangre y la cirugía.
- El TANN no trata la causa de la HPP, pero da tiempo para buscar un tratamiento.

## Aprendizaje combinado

Si puede mirar videos, vea el video "Capacitación en el uso del TANN" en [https://www.youtube.com/watch?v=tSGC7VHoN\\_E](https://www.youtube.com/watch?v=tSGC7VHoN_E)

## Conocimientos y habilidades

**¡Utilice siempre guantes al aplicar, retirar y limpiar el TANN!**

**Para aplicarlo:**

- Mientras explica lo que está haciendo y por qué, coloque a la mujer sobre el TANN abierto con la parte superior en la costilla más baja y la bola de presión sobre el ombligo.
- Cierre cada par de segmentos empezando por los tobillos y terminando con el sexto segmento con ayuda de 1 o 2 personas. Aplique toda la fuerza que sea posible, asegurando que la mujer pueda respirar normalmente.
- Para verificar un ajuste adecuado, coloque 1-2 dedos debajo de la parte superior de cada segmento cerrado. Estire la tela hacia arriba y suelte. Escuchará un sonido como chasquido de dedos. Si no lo escucha, ajuste más el segmento. Ahora inicie una IV (si aún no lo hizo) con lactato de Ringer o una solución salina normal utilizando una aguja de 16 o 18.
- **EL TANN debe utilizarse durante todo el procedimiento (incluyendo la cirugía) y debe mantenerse puesto hasta que la fuente de sangrado se identifique y corrija, sin importar el tiempo que esto demore.**
- Vigile si hay dificultad respiratoria y disminución del flujo de orina; estos son

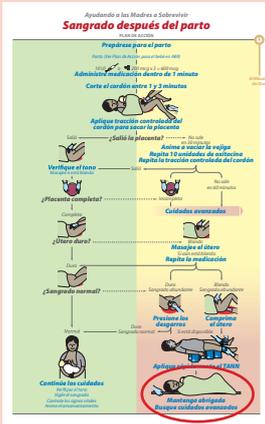
signos de que el TANN está demasiado apretado. Si identifica alguno de estos signos, afloje los segmentos 5 y 6.

NOTA:

Si sospecha shock en una mujer que llega a su centro, aplique el TANN de inmediato.

**Para retirarlo:**

- Retire el TANN si al menos durante 2 horas:
  - El pulso es de 100 lpm o menos.
  - La PA sistólica es de 100 o más.
  - El sangrado disminuyó al nivel normal posparto.
  - Confirme el pulso y la PA justo antes de retirarlo.
- Mantenga la infusión IV.
- Comience por los segmentos de los tobillos. Abra ambos segmentos, espere 15 minutos, vuelva a tomar la PA y el pulso.
- Si el pulso no aumenta más de 20 latidos por minuto, y la PA sistólica no desciende más de 20 mmHg, continúe abriendo el próximo par de segmentos esperando 15 minutos. No olvide verificar los signos vitales antes de abrir el próximo segmento.
- Si en algún momento la PA o el pulso cambian más de lo indicado anteriormente, vuelva a cerrar el TANN rápidamente comenzando por el último segmento abierto y continúe de arriba a abajo. Busque la fuente de sangrado.



Si es necesario un traslado de emergencia

# Mantenga a la mujer abrigada

# Busque cuidados avanzados



## Desempeño esperado

*Busca cuidados avanzados rápidamente si las condiciones de la mujer o del bebé empeoran y superan su capacidad para manejarlas*

### Puntos clave

- **¡Actúe rápido!** Si la mujer sigue sangrando, puede entrar en shock y morir. Si usted no se encuentra en un centro de cuidados avanzados con acceso a sangre y cirugía, es necesario realizar un traslado de emergencia.
- Si realizó una compresión bimanual para reducir el sangrado, debe trasladar a la mujer a un centro de cuidados avanzados, incluso si el sangrado se redujo o se detuvo.
- Mantenga siempre a la madre y al bebé juntos y abrigados durante el traslado.

## Conocimientos y habilidades

- Una demora en obtener los cuidados necesarios es una de las razones más comunes por la que las mujeres mueren por una HPP.
- Todos los proveedores deben poder describir los planes locales específicos de traslado a un mayor nivel de atención.
- Comuníquese con anticipación con el centro u hospital para reducir los tiempos de espera cuando la mujer ingrese.
- Durante el traslado vigile si se producen cambios en los signos vitales o en el sangrado. Continúe masajeando el útero según sea necesario.
- Si uno de los vehículos no funciona o hay problemas en la ruta, tenga y use un plan alternativo.
- Mantenga a la madre y al bebé abrigados y continúe vigilando los signos vitales o el sangrado.
- Continúe masajeando el útero según sea necesario durante el traslado para disminuir el sangrado.

### \*Nota sobre cuidados avanzados\*

Si usted tiene la capacitación y autorización para brindar cuidados más avanzados, considere hacerlo antes o durante el transporte. Estos pueden incluir:

- Iniciar un IV
- Cateterización con sonda Foley
- Aplicar compresión aórtica
- Efectuar taponamiento uterino con balón

**Prevenir y manejar el shock debido a HPP**

**PREVENIR EL SHOCK**

**Identificar a las mujeres en riesgo**

**Manejar una evaluación rápida**

**DETERMINE LA CAUSA DEL SANGRADO**  
 Verifique si la placenta está y está completa  
 Verifique si hay desgarros sangrantes

**HEMORRAGIA DE LA PLACENTA**

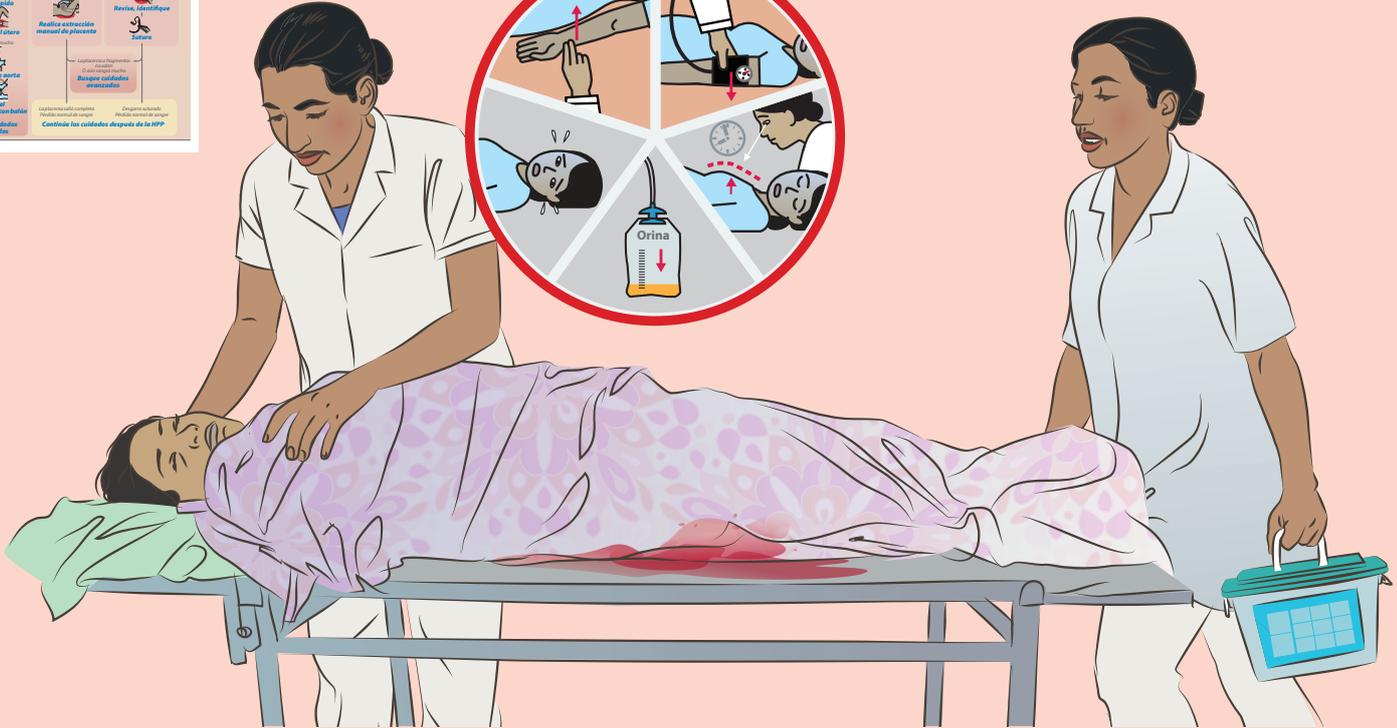
**EFERDO APRINCO**  
 Compruebe el utero  
 Compruebe la vida  
 Inserte el supositorio anal  
 Busque coágulos  
 Desmonte

**PLACENTA PARASITADA**  
 Realice extracción manual de la placenta  
 Busque coágulos  
 Desmonte

**DESGARRO SANGRANTES**  
 Revise, identifique  
 Suture

**Continúe las curaciones después de la HPP**

Si sangra mucho  
**Pida ayuda**  
**Realice una evaluación rápida**



## Desempeño esperado

Realiza una evaluación rápida en mujeres que solicitan atención para descartar una emergencia. Verifica constantemente si hay signos de shock en mujeres que sangran mucho.

## Puntos clave

- El shock ocurre cuando hay un flujo sanguíneo inadecuado hacia los órganos. Lo que puede suceder en una HPP.
- Cada vez que una mujer tenga un sangrado intenso, mientras evalúa la causa, obsérvela detenidamente para identificar signos de shock.
- Los síntomas y signos clínicos son más precisos para determinar si la mujer está en shock.
- Si sospecha un shock, ¡actúe rápido!

NOTA: Una mujer puede presentar un sangrado intenso en una de 3 situaciones: inmediatamente después del parto que Ud. asistió o, tiempo después del parto donde Ud. asume su cuidado o, llega de su casa sangrando mucho. Esta evaluación y los pasos de manejo aplican para todos los casos.

## Conocimientos y habilidades

Realice una evaluación rápida para diagnosticar el shock si alguno de estos signos está presente:

- **Pulso rápido y débil (110 o más latidos por minuto) o**
- **Presión arterial baja (PA sistólica menor de 90 mmHg)**

Realice un “control rápido” del pulso: cuente los latidos del corazón por 6 segundos y multiplique por 10 para obtener la frecuencia del pulso.

**Una mujer en shock puede tener también:**

- Frecuencia respiratoria rápida (más de 30 respiraciones por minuto)
- Piel pálida, sobre todo alrededor de los párpados, boca o palmas
- Piel fría o húmeda, sudoración
- Cambios de humor: ansiedad, confusión o inconsciencia
- Excreción escasa de orina (menos de 30 ml por hora)

La agitación, confusión o inconsciencia, pulso débil y PA muy baja son signos de un shock tardío.

Comuníquese con la mujer y tranquilícela. Dígale lo que está haciendo y por qué.

Prevea aparición de shock si una mujer tuvo un sangrado importante, ya sea si dio a luz en su hogar o en un centro de salud.

Evalúe constantemente el shock. Verifique y anote la PA, el pulso y la pérdida de sangre al menos cada 15 minutos hasta que la mujer se encuentre estable según los siguientes parámetros:

- Pulso 90 latidos/minuto o menos
- PA sistólica de 100 mmHg o mayor
- Excreción de orina 30 ml/hora o más
- Menos confusión o ansiedad



# Inicie el manejo de emergencia



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

## Desempeño esperado

*Si una mujer está sangrando mucho y en riesgo de shock, inmediatamente pide ayuda, moviliza su equipo y maneja el shock causado por una HPP de acuerdo a las guías establecidas*

## Puntos clave

- *El shock es una emergencia que pone en riesgo la vida. ¡Actúe rápido!*
- *El trabajo en equipo coordinado es fundamental para tratar el shock y salvar vidas*

## Conocimientos y habilidades

**Cuando sospecha de un shock, actúe rápido y trabaje en equipo. Los miembros del equipo pueden realizar varias tareas a la vez siguiendo las indicaciones del líder del equipo.**

### Para tratar un shock:

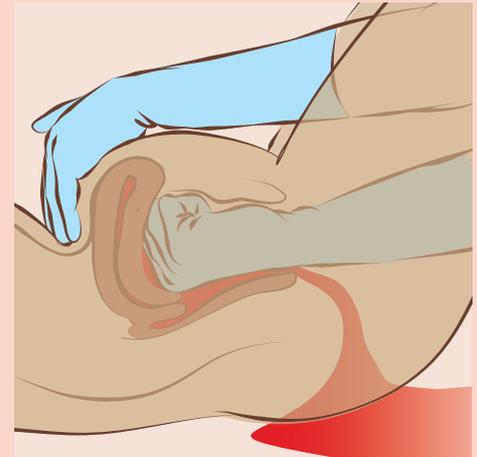
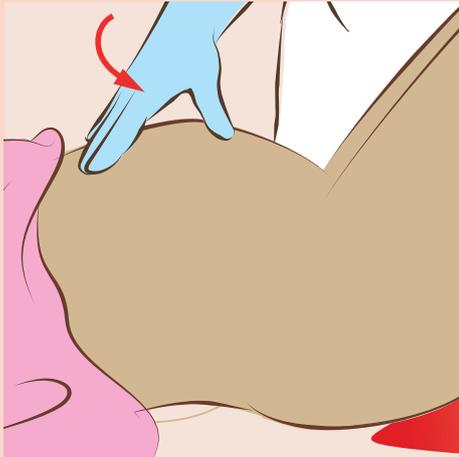
- Pida ayuda.
- Asegure que la vía aérea está abierta y que la mujer está respirando. Si no respira, inicie reanimación.
- Si respira, administre oxígeno 6 - 8 L/min.
- Verifique el tono uterino, masajee si está blando.
- Verifique los signos vitales.
- Administre 10 UI de oxitocina IM.
- Inicie infusión IV con una aguja de 16 o 18.
- Extraiga sangre para hemoglobina, compatibilidad cruzada y prueba del coágulo junto a la cama.
- Rápidamente inicie una infusión IV de lactato de Ringer o solución salina normal.
- Vacíe la vejiga. Utilice una sonda, si es necesario.
- Aplique el traje antishock no neumático (TANN) de inmediato, si está disponible. El TANN puede aplicarse antes, según los cuidados previos y las opciones de tratamiento en su centro de atención.

- Si el TANN no está disponible, mantenga abrigada a la mujer y elévele sus piernas.
- Muévase rápido para detectar la causa del sangrado.

**Si una mujer presenta una anemia severa - hemoglobina inferior a 7 g/dl/ 4,3 mmol/l o hematocrito inferior a 20% - busque atención avanzada para transfusión de sangre.**



**ÚTERO ATÓNICO**  
**Continúe el masaje**  
**Agregue 20 UI de oxitocina a la IV**  
**e infunda rápido**  
**Comprima el útero**



## Desempeño esperado

*Si una mujer continúa sangrando mucho por atonía y está en riesgo de shock o en shock, continúa el manejo de la atonía con medicamentos y compresión bimanual uterina.*

### Puntosclave

- *Un útero atónico causa la mayoría del sangrado que pone en riesgo la vida.*
- *Use masajes y medicamentos para contraer el útero y detener el sangrado. Si estas acciones no funcionan, puede ser necesario una cirugía.*
- *El ácido tranexámico (ATX) debe administrarse si la oxitocina u otros uterotónicos no detienen el sangrado o si el sangrado proviene de desgarros severos del cuello uterino o de la vagina.*

## Conocimientos y habilidades

**¡Actúe rápido! En útero atónico, administre lo siguiente, independiente del MATEP:**

- 10 UI de oxitocina IM
- 20 UI de oxitocina en 1 L de solución salina

normal o lactato de Ringer IV lo más rápido posible. Continúe con 20 UI en 1 L a 40 gotas/ minuto en una segunda bolsa. No administre más de 3 L de fluido IV con oxitocina.

- Si la oxitocina IV no está disponible de inmediato, o no logra detener el sangrado:
  - administre ergometrina 0,2 mg IM o IV lentamente. **No administre si la PA es alta, si la placenta está retenida o si la mujer tiene una enfermedad cardíaca,** o
  - Misoprostol 800 mcg (cuatro tabletas de 200 mcg) sublingual
- Si la oxitocina y otros uterotónicos no logran detener el sangrado, administre 1g de ácido tranexámico (ATX) en 10 mL de solución IV durante 10 minutos. Administre ATX dentro de las 3 horas del parto. **¡No administre si el parto fue hace más de 3 horas!**
- El ácido tranexámico ayuda a que la sangre se coagule en el lugar de sangrado (tracto genital o lecho placentario).
  - Los eventos adversos del ATX son poco frecuentes, pero pueden incluir náuseas, diarrea o trombosis venosa profunda.
  - Administre una segunda dosis de ATX si el sangrado continúa 30 minutos después de la primera dosis, o si el sangrado vuelve a comenzar en 24 horas.

- Vigile trombosis venosa profunda. Los signos incluyen hinchazón y/o sensibilidad en una pierna, posiblemente con piel caliente y roja.
- Siga verificando el tono uterino y el sangrado. Masaje según sea necesario.
- **Si la mujer sigue sangrando mucho, realice compresión bimanual. Esto puede hacerlo un proveedor, mientras otro realiza otras intervenciones para manejo de la HPP y prepara la referencia.**

**Evalúe la respuesta de la mujer a los fluidos en 30 minutos y busque los siguientes signos de mejora:**

- Pulso estabilizado en 90 latidos/min. o menos
- PA sistólica aumenta a 100 mmHg o más
- Diuresis aumenta a 30 ml/hora o más
- Menos confusión o ansiedad
- Si las condiciones mejoran, disminuya la infusión IV a 1 L/seis horas
- Si continúa el sangrado vaginal intenso con un útero bien contraído, busque otras causas de shock (p. ej.: desgarros o tejidos retenidos) y trátelo según corresponda.
- Si no logra resolver, busque atención avanzada y transfusión.

Ayudando a las Madres a Sobrevivir  
**Prevenir y manejar el shock debido a HPP**

**SÍNTOMA DE SHOCK**  
 Desconciado  
 Realice una evaluación rápida  
 Verifique el nivel de conciencia, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, nivel de hidratación y estado de la piel.

**CAUSAS DE SHOCK DE UN MOMENTO**  
 Hemorragia  
 Embolia pulmonar  
 Trombocitopenia  
 Anemia aguda  
 Hipotensión  
 Hipovolemia  
 Infección  
 Obstrucción de la vía aérea  
 Obstrucción de la circulación sanguínea

**DETERMINE LA CAUSA DEL SANGRADO**  
 Voltee a la placenta sola y está completa  
 Verifique si hay desgarros sangrantes  
 HEMORRAGIA

**HEMORRAGIA DE UN MOMENTO**

<b>UTERO ABNORMAL</b> Confirme el tamaño uterino de 10 cm al menos a las 14 y a cualquier nivel. Comprimos de gaza	<b>PLACENTA PLACENTARIO RETENIDO</b> Realice extracción manual de placenta	<b>DESGARROS SANGRANTES</b> Revise, identifique y sature
--	---	---

**Comprima la aorta**  
 Inserte un taponamiento con balón  
 Busque cuidados avanzados

**Continúe los cuidados después de la HPP**

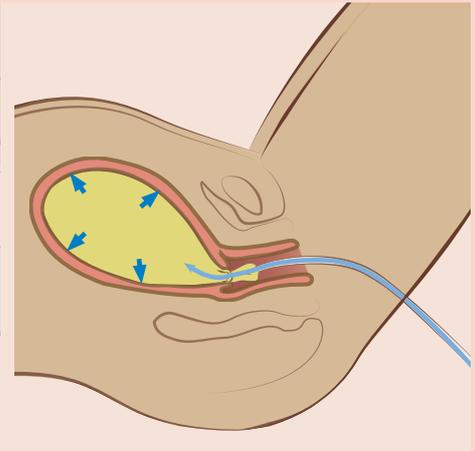
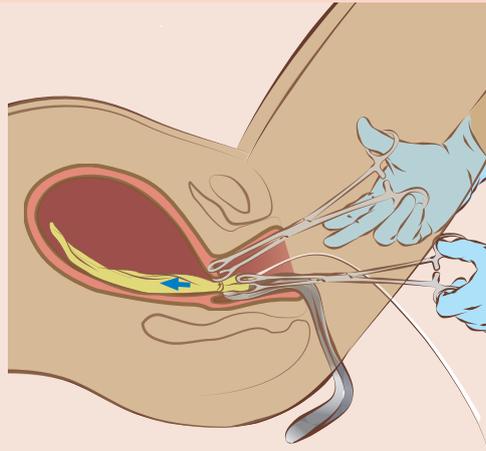
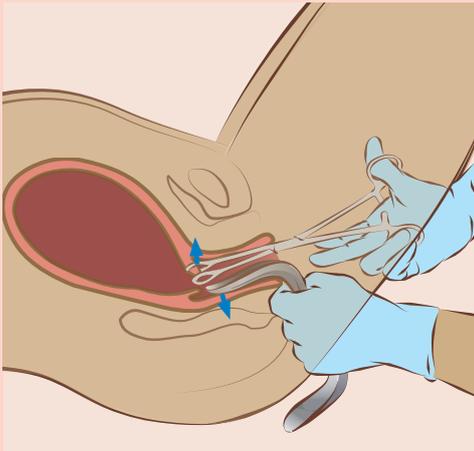
© 2014 American College of Obstetricians and Gynecologists. All rights reserved. For more information, visit www.acog.org. This illustration is for educational purposes only. It is not intended to represent a specific patient or procedure. The use of this illustration is subject to the terms and conditions of the American College of Obstetricians and Gynecologists. For more information, visit www.acog.org.

Si aún sangra mucho

# Comprima la aorta

# Inserte el taponamiento con balón

# Busque cuidados avanzados



## Desempeño esperado

- *Determina si el taponamiento uterino con balón (TUB) es el tratamiento adecuado*
- *Inserta e infla adecuadamente el TUB*
- *Vigila acuciosamente a mujeres con TUB*
- *Retira el TUB en forma adecuada*

## Puntos clave

- *El taponamiento uterino con balón (TUB) permite tratar la HPP causada por atonía.*
- *El TUB reduce la necesidad de cirugía o transfusión de sangre. Se puede utilizar durante el traslado.*
- *Sus insumos son de bajo costo y están disponibles, deberían formar parte del equipo de emergencia para HPP.*
- *Antes de introducir el TUB, asegure que no hayan fragmentos de placenta retenidos o laceraciones sangrando.*

## Conocimientos y habilidades

**Utilice estos insumos para practicar cómo preparar e insertar un TUB y agregarlos al equipo de emergencia para HPP:**

- Guantes estériles
- Bolsa de infusión IV con solución salina y equipo IV
- 2 pinzas de anillo y tijeras
- Condones
- Espéculo de Sims
- Sonda Foley
- Sutura (sutura de seda negra o hilo)

### **Si persiste el sangrado intenso por atonía a pesar del uso de uterotónicos, ATX, masajes y compresión bimanual, inserte el TUB:**

- Antes de insertar el TUB, asegure que no hayan fragmentos de placenta retenidos o laceraciones sangrando.
- Prepare el TUB: amarre el condón a la sonda Foley. No infle el globo de la sonda.
- Asegure la privacidad. Diga a la mujer lo que hará y por qué.
- Administre una dosis única de antibióticos; 2 g de ampicilina IV o 1 g de cefazolina IV.
- Asegure que la vejiga esté vacía.
- Utilice el equipo de protección personal, lavado de manos y use guantes estériles.
- Si un ayudante está realizando la compresión bimanual, pida que cambie a compresión aórtica abdominal hasta que el TUB esté aplicado.
- Exponga el cuello uterino con el espéculo de Sims. Sostenga el cuello uterino con las

pinzas. Introduzca el condón y la sonda a través del cuello uterino hasta el fondo de la cavidad uterina.

- Infle el TUB: Conecte la sonda al equipo de IV y a la bolsa IV. Infle el condón con solución IV (300-500 ml) hasta que el sangrado se detenga.
- Doble y amarre la sonda para retener el líquido.
- Si el sangrado no se controla en 15 minutos después de la inserción, ¡busque atención quirúrgica avanzada de inmediato!
- Anote el horario de inserción y la cantidad de líquido utilizado.
- Mantenga el TUB en el útero durante 12-24 horas una vez que el sangrado se haya controlado y la mujer esté estable.
- Cuando esté estable y después de al menos 12 horas, desinfe el condón a 200 ml de fluido por hora. Vuelva a inflarlo si reaparece el sangrado.
- Luego de retirarlo, vigile de cerca las próximas 6 horas. Registre PA, pulso, diuresis, palidez, cantidad de sangrado y verifique el tono uterino
  - cada 15 minutos las primeras dos horas
  - cada 30 minutos las siguientes dos horas
  - cada hora por las dos horas siguientes
- No utilice el TUB en caso de sangrado arterial, cáncer cervical o uterino, riesgo de rotura uterina, infecciones, anomalías uterinas, o coagulación intravascular diseminada.

**Ayudando a las Madres a Sobrevivir**  
**Prevenir y manejar el shock debido a HPP**

**DIAGNÓSTICO DE SHOCK**

**Realice una evaluación física**

**DETERMINE LA CAUSA DEL SANGRADO**  
 Verifique si la placenta está y está completa  
 Verifique si hay desgarros sangrantes

**PLACENTA O FRAGMENTOS RETENIDOS**

**Realice extracción manual de placenta**

**DESGARROS SANGRANTES**  
 Inspeccione, identifique y suture

**UTERO ATRONCO**  
 Comprime el útero

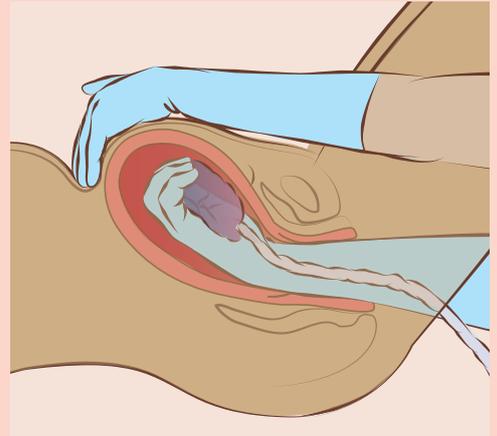
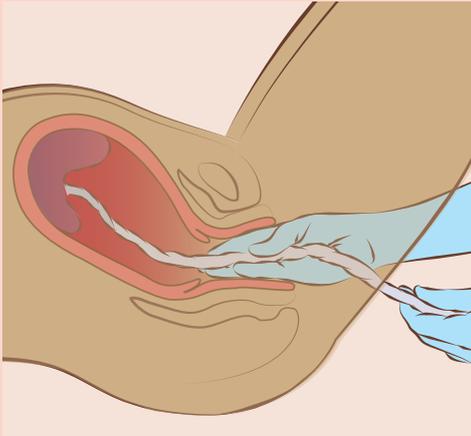
**DESGARRO DE LA PARED UTERINA**  
 Comprime la herida

**DESGARRO DE LA PARED UTERINA**  
 Repare el desgarro con sutura

**CONTIENE LOS CUIDADOS DESPUÉS DE LA HPP**

# PLACENTA O FRAGMENTOS RETENIDOS

## Realice extracción manual de la placenta



## Desempeño esperado

Identifica si la placenta o fragmentos están retenidos y realiza una extracción manual de la placenta o sus fragmentos.

## Puntos clave

- La presencia de tejido retenido en el interior del útero puede causar una hemorragia e infección.
- El útero no puede contraerse si contiene la placenta, fragmentos o coágulos.
- Si la placenta no sale en 30 minutos, inicie el tratamiento.
- Si la placenta no sale en una hora, O si la mujer sangra mucho, extraiga la placenta manualmente. **¡No se demore!**
- Si no puede extraer la placenta o fragmentos, puede ser necesario realizar una cirugía.

## Conocimientos y habilidades

Si la placenta no sale en 30 minutos **ya la mujer no está sangrando**, asegure que la vejiga esté vacía, repita 10 UI de oxitocina IM, continúe la tracción controlada del cordón con las contracciones, y anímela a que puje, se ponga en cuclillas o que amamante.

**¡NO repita el misoprostol!**

**Si la mujer está sangrando mucho**, O si la placenta no está completa, O si el tratamiento a los 30 minutos no funciona después de 1 hora del parto, extraiga la placenta y sus fragmentos manualmente.

### Para realizar extracción manual de placenta:

- Asegure la privacidad. Diga a la mujer lo que hará y por qué.
- Pida a la mujer que orine o instale una sonda vesical.
- Inicie la infusión IV.
- Administre diazepam 10 mg IM/IV (si la mujer no está en shock). Según la preferencia local y la situación clínica, puede utilizar petidina o ketamina.
- Administre una dosis única de antibióticos; 2 g de ampicilina IV o 1 g de cefazolina IV.

- Utilice el equipo de protección personal, lávese las manos y use guantes largos y estériles.
- Sostenga el cordón con una pinza. Traccione suavemente, utilizando el cordón para guiar su otra mano dentro del útero.
- Coloque los dedos dentro del útero siguiendo el cordón para localizar la placenta. Identifique la superficie rugosa detrás de la placenta y sepárela cuidadosamente de la pared uterina moviendo suavemente los dedos hacia adelante y hacia atrás.
- Retire la mano trayendo la placenta en ella y aplique contracción abdominal.
- Verifique el tono uterino. Masajee si está blando.
- Administre 20 UI de oxitocina IV en 1 L de solución salina normal a 60 gotas por minuto.
- Examine si la placenta está completa.
- Quítese los guantes y deséchelos. Lávese las manos.
- Vigile el sangrado, controle signos vitales y asegure que el útero esté bien contraído (cada 15 minutos por 2 horas y cada 30 minutos las siguientes 4 horas).

Apoyando a las Madres a Sobrevivir  
**Prevenir y manejar el shock debido a HPP**

**DIAGNÓSTICO DE SHOCK**

**Identificar el shock**

**DETERMINE LA CAUSA DEL SANGRADO**  
 Verifique si la placenta está y está completa  
 Verifique si hay desgarros sangrantes

**SHOCK HEMORRÁGICO**

**EFERRO APÉNDICE**  
 Compruebe el utero  
 Compruebe la línea  
 Inserte el supratentorial con habilidad  
 Busque coágulos  
 Desinfecte

**PLACENTA PARASITADA**  
 Realice extracción manual de la placenta  
 Busque coágulos  
 Desinfecte

**DESGARRO SANGRANTE**  
 Revise, identifique  
 Suture

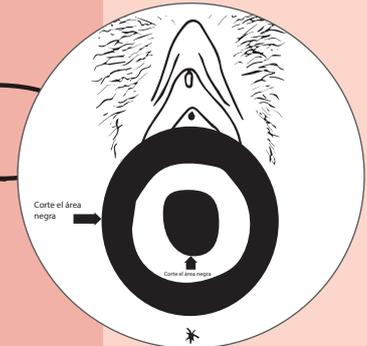
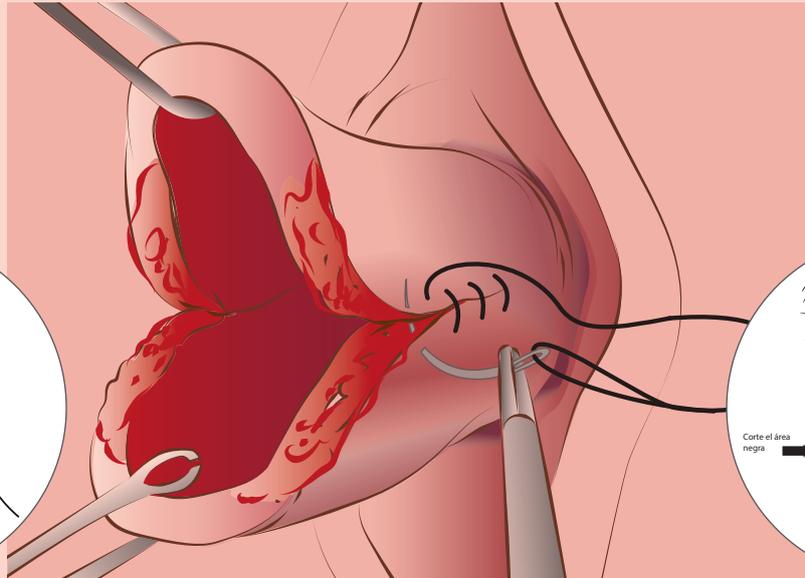
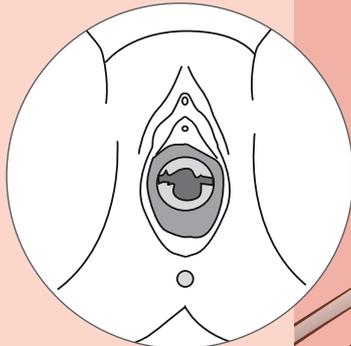
**Después de haber completado**  
 Realice un examen de sangre

**Continúe los cuidados después de la HPP**

Procedimientos de emergencia y de estabilización en forma preliminar

# DESGARROS SANGRANTES

## Revise, identifique y suture



## Desempeño esperado

Identifica los desgarros como la causa de HPP, revisa, identifica y sutura desgarros vaginales y cervicales profundos.

### Puntos clave

- *Los desgarros que provocan HPP en general son desgarros vaginales o cervicales profundos.*
- *Sólo los desgarros grandes y que sangran en forma persistente deben suturarse.*
- *El sangrado de un desgarro puede ser un goteo lento, sangrar mucho o pulsar de una arteria.*

## Conocimientos y habilidades

**Los desgarros cervicales suelen ocurrir a las 3 y a las 9, utilizando la esfera del reloj como referencia para el cuello uterino.**

### Identificar y suturar desgarros:

- Asegure que haya privacidad y buena iluminación. Diga a la mujer lo que está haciendo y por qué.

- Asegure que la vejiga está vacía (o cateterice).
- Administre petidina o diazepam IV, o ketamina, si los desgarros son altos y extensos (No administre si la mujer está en shock).
- Lávese las manos. Colóquese guantes estériles.
- Limpie el perineo, la vulva y la vagina con antiséptico.
- Con una mano enguantada, separe los labios y examine el área periuretral, el perineo y la abertura vaginal. Envuelva los dedos en una gasa y presione la pared posterior de la vagina para observarla profundamente.
- Presione la pared vaginal y mueva los dedos envueltos en gasa por la pared lateral. Repita del otro lado. Suba por la pared vaginal hasta el cuello uterino.
- Solicite al asistente que masajee el útero y que presione el fondo uterino para visualizar el cuello uterino.
- Utilice pinzas esponja para sostener el cuello, una a las 12 y otra a las 3. Observe entre las pinzas si hay desgarros.
- Luego mueva la primera pinza a las 6 y examine el área entre las pinzas de

nuevo para ver si hay desgarros. Continúe rotando las pinzas y examinando de esta forma hasta observar todo el cuello uterino e identificado los desgarros.

### Suturar desgarros cervicales:

- Después de identificar el desgarro cervical, tome ambas pinzas en una mano.
- Utilice sutura 0 cromada o poliglicólico. Coloque la primera sutura arriba del desgarro. Cierre el desgarro con una sutura continua.

### Suturar desgarros vaginales profundos:

- Coloque 10 ml de lidocaína al 0,5% en la jeringa. Inserte la aguja desde abajo y al lado del desgarro hasta su parte superior. Retire el émbolo para asegurar que la aguja no esté en un vaso sanguíneo. Inyecte a medida que va retirando la aguja. Espere 2 minutos para que la solución surta efecto.
- Coloque sutura continua cromada 2-0 o poliglicólico a lo largo del desgarro, empezando justo arriba del vértice. Cierre los espacios profundos primero, luego aproxime el epitelio vaginal. Suture en dos capas si el desgarro es profundo.
- Revise el cuidado de la herida y las medidas de higiene.



# Continúe los cuidados después de la HPP



## Desempeño esperado

*Brinda atención continua a mujeres durante la recuperación de una HPP y ofrece consejería adecuada.*

## Puntos clave

- *Vigile de cerca a la mujer durante la recuperación de una HPP hasta que su condición mejore.*
- *El cuidado respetuoso a la madre y al recién nacido junto con la consejería son fundamentales.*
- *Las mujeres que están recuperándose de una HPP puede necesitar apoyo extra para iniciar y continuar el amamantamiento.*

## Conocimientos y habilidades

### Observe de cerca a la mujer hasta que esté estable:

- Examine su condición regularmente: tome los signos vitales cada 15 minutos hasta que se estabilice.

### Una vez que la mujer está estable:

- Ajuste la infusión IV a 1 L en 6 horas.
- Empiece a disminuir el oxígeno según el protocolo local.
- Realice exámenes de laboratorio incluyendo repetir la hemoglobina.

### Para decidir si la mujer puede regresar a su hogar:

- Los signos vitales, la diuresis y el estado mental de la mujer deben estar normales.
- Debe poder caminar sin marearse y poder cuidar de sí misma y su bebé.
- Si la mujer tuvo una extracción manual de placenta o un TUB, examine y descarte una infección. Continúe o inicie antibióticos según el protocolo local y no dar el alta si tiene síntomas de infección.

### Indicaciones al alta después de una HPP:

- Explique a la mujer y a su familia que debe descansar mientras se recupera. Oriente sobre los signos de alarma de anemia,

aumento del sangrado e infección. Dígale que debe buscar atención si presenta alguno de estos síntomas.

- Si la hemoglobina es menor de 7 g/dl o 4,3 mmol/l: Administre hierro vía oral - sulfato ferroso o fumarato ferroso 120 mg. Después de 3 meses, continúe los suplementos con una preparación de 60 mg por 6 meses. Administre ácido fólico vía oral, 400 mcg una vez por día por 9 meses.
- Si la hemoglobina es de 7-11 g/dl (4,3 a 6,8 mmol/l): Administre sulfato ferroso o fumarato ferroso 60 mg y ácido fólico 400 mcg oral una vez por día durante 6 meses.
- Brinde todas las otras indicaciones para el cuidado rutinario posparto y consejería sobre planificación familiar.
- Oriente sobre la dieta. Debe incluir comidas ricas en hierro como carne/pollo/pescado, cacahuets, verduras, frijoles, huevos y verduras de hoja verde oscuro.
- Realice seguimiento a las 48 horas, a los 10 días y nuevamente a las 6 semanas.
- Si la mujer ha tenido desgarros, enséñele como lavarse el perineo al menos dos veces por día (siempre después de defecar), a cambiarse el paño regularmente y a lavarse las manos luego de este autocuidado.

## **PRÁCTICA EN PARES:** **Indicaciones para la práctica y actividades de mejora de la calidad después de la capacitación**

### **¿Qué es la “práctica continua” y por qué es importante?**

La capacitación sola no basta para mejorar la atención. Hay que agregar una práctica regular y otras actividades para reforzar el nuevo conocimiento y las habilidades. La práctica también desarrolla habilidades y mejora el trabajo en equipo, como también la toma de decisiones clínicas.

### **¿Quién le ayuda a practicar?**

Una o dos personas de su centro de atención deberán coordinar las sesiones de práctica. El coordinador le recordará que debe practicar y guiará las sesiones. Él o ella es un colega que aprendió cómo apoyar estas actividades. No obstante, recuerde que usted y sus pares pueden practicar sin un coordinador, si no tienen uno o no están disponibles.

### **Objetivos de la práctica de habilidades**

Los objetivos de cada sesión están vinculados con los objetivos de aprendizaje clave. La práctica de habilidades ayudará a mejorar sus habilidades, en especial aquellas que no

usa a menudo. Durante todas las sesiones, demuestre una atención respetuosa, un buen trabajo en equipo y una buena comunicación.

### **Preparación de la sesión**

El plan de cada sesión incluye la preparación y una lista de elementos necesarios. Por favor, revise los planes de sesión y la sección de respuestas (pág. 66) antes de empezar. La sección de respuestas incluye una guía adicional importante de facilitación. Los coordinadores de práctica son responsables de asegurar que todo esté listo. Los planes de cada sesión también incluyen indicaciones sobre cómo desarrollar las sesiones. Necesitará al menos dos Guías del Proveedor (GP) como referencia y los planes de acción. Los Coordinadores guiarán según sea necesario en forma amistosa y útil.

### **Simulando la atención con práctica de habilidades, juego de roles y simulacros**

Para ayudar a la práctica de las habilidades y la toma de decisiones clínicas, se utiliza la práctica de habilidades, juego de roles y simulacros. Al conducir estas actividades, los coordinadores:

- Establecerán un ambiente seguro de aprendizaje
- Desarrollarán la actividad

- Realizarán un informe estructurado
- Apoyarán el debate para mejorar el aprendizaje
- Identificarán y revisarán brechas
- Ayudarán a los proveedores a transferir lo que aprendieron a la práctica clínica

### **Informe estructurado**

Durante el informe, los coordinadores guían a los proveedores para analizar cómo se desempeñaron individualmente y como equipo. Esto permite que todos puedan aprender revisando cuidadosamente lo que sucedió. Los coordinadores y los proveedores deben ser constructivos y evitar avergonzar al otro. El objetivo es la autorreflexión y la mejora en equipo.

## **Sesión 1**

### **Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) Juego de roles**

*20 minutos por proveedor*

#### **Lea los objetivos en voz alta:**

- Realizar el MATEP según estándar.
- Comunicarse en forma completa, eficaz y respetuosa.
- Asegurar que el plan de referencia esté descrito.

### Preparación:

- Prepare todo con antelación.
- Tener el plan de transporte para una referencia y la información de contacto disponible.

### Materiales:

- Plan de Acción
- Abra la Guía del Proveedor en la pág. 9 y reúna todos los insumos de la lista de equipamiento.

### Actividad:

Juego de roles con 1 o 2 proveedores y 1 coordinador.

### El coordinador debe:

- Utilizar el simulador con el bebé sobre el abdomen y el cordón aún unido . Comenzar con el tanque de sangre cerrado.
- Actuar como “cliente” y dice: “Usted acaba de asistir el nacimiento de mi bebé. Cuando yo diga que comience, bríndeme la atención que le daría a una mujer que recién dio a luz bajo su cuidado”.
- Cuando usted le diga que comience, haga que el bebé “llore” y abra el tanque de sangre lo normal una vez que la placenta ha salido. Cierre el tanque de sangre una vez que el proveedor evalúa adecuadamente el tono uterino.
- Evaluar a los proveedores y realizar un

informe después de la práctica de cada proveedor (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP pág. 66).

### Plan de referencia:

- Para los centros que refieren a otros centros las complicaciones, revise el plan de referencia. Asegure que el plan esté en un lugar visible (cerca de la atención) con los números de contacto del hospital de referencia y del transporte. Considere programar los números de contacto en los teléfonos móviles del personal o del centro. Asegure que los teléfonos tengan los datos cargados y que el personal documente todas las comunicaciones realizadas. Si no hay un plan de traslado descrito, cite a una reunión para establecerlo y publicarlo.

## Sesión 2 Placenta retenida Juego de roles

*10 minutos por proveedor*

### Lea los objetivos en voz alta:

- Manejar adecuadamente la retención de placenta

### Materiales y preparación:

- Igual que la sesión 1

### Actividad:

Juego de roles con 1 o 2 proveedores y 1 coordinador.

### El coordinador debe:

- Utilizar el simulador con el bebé sobre el abdomen y el cordón aún unido.
- Actuar como “cliente” y dice: “Usted asistió el nacimiento de mi hija saludable y me administró 10 UI de oxitocina IM dentro de un minuto, y cortó el cordón a los 2 minutos. Por favor, atíndame como lo haría regularmente. ¡Estoy empezando a sentir otro calambre!”
- Permitir que los proveedores la atiendan por aprox. 5 minutos (o dos contracciones simuladas). Luego, diga a los proveedores que han pasado 30 minutos.
- Evaluar a los proveedores y realizar un informe después de la práctica de cada proveedor (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP pág. 66).

## Sesión 3 TANN - Práctica de habilidades y juego

*10 minutos por un par de proveedores*

*Nota: Esta sesión es solamente para los centros con acceso a TANN. Si usted no tiene TANN, salte esta sesión y siga con la Sesión 4.*

### Lea los objetivos en voz alta:

- Aplicar el TANN en forma adecuada en mujeres en shock o que pueden estar desarrollando un shock
- Explicar cómo retirar el TANN de manera segura
- Comunicarse en forma completa, eficaz y respetuosa.

### Materiales y preparación:

Prepare todo con antelación.

- Equipos de protección personal (EPP)
- Equipo de PA
- Estetoscopio
- TANN
- Cronómetro

Solicite un voluntario para actuar como “cliente”, si está practicando con solo un proveedor.

### Actividad:

- Inicie la práctica con 1-2 proveedores y 1 coordinador. Cada proveedor deberá tener la oportunidad de liderar el equipo durante la aplicación y retiro del TANN.
- Evalúe a los proveedores y realice un informe al final de la práctica de cada proveedor (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP pág. 66).
- Después de la práctica inicial, los proveedores pueden proseguir con

un “juego cronometrado”. Luego, el coordinador deberá decir: “Ahora vamos a ver quién puede colocar el TANN más rápido. El equipo que lo coloca en forma CORRECTA y sigue todos los pasos en el menor tiempo, ganará un certificado”. El coordinador de la práctica controla el tiempo y evalúa el desempeño del equipo. Determine quién colocó el TANN más rápido y correctamente. Entregue el certificado Rey o Reina de la velocidad.

## Sesión 4 HPP - Simulacro

*15-25 minutos por equipo*

### Lea los objetivos en voz alta:

- Manejar correctamente la HPP debida a atonía.
- Material para buscar con antelación:
- Simulador
- Insumos para el parto de la GP pág. 9

*Nota: corrobore que los materiales estén disponibles, pero no los deje listos con antelación.*

### Preparación:

Este es un “simulacro” sorpresa que el coordinador planificará con anticipación junto al director del centro. La práctica se realiza con 1 coordinador en equipos que representan al personal típico. Los materiales

disponibles durante el simulacro deben ser los que se encuentran normalmente en el centro. La sesión será 10 minutos más larga si se usa un TANN.

### Actividad:

El coordinador debe:

- Usar el simulador con el bebé y la placenta ya retirados, con la cinta cervical ajustada y el útero blando.
- Actuar como “cliente” y dice: “Soy la Sra. D, tuve un parto normal y recibí 10 UI de oxitocina dentro de 1 minuto del parto. Ahora, 10 minutos más tarde, usted ha sacado la placenta. Comience a atenderme como lo haría habitualmente”. Cuando comience, abra el tanque de sangre.
- Evalúe a los proveedores y realice un informe (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP pág. 67).

*Nota: Continúe con la Sesión 5 – Sesión 10 sólo si los proveedores completaron el Día 2.*

## Sesión 5 Manejo del shock - Simulacro 20 minutos

### Lea los objetivos en voz alta:

- Manejar adecuadamente el shock debido a una HPP

- Comunicarse en forma completa, eficaz y respetuosa con la mujer y el equipo

#### **Materiales:**

- Plan de acción para el tratamiento del shock
- Simulador
- EPP
- Equipo de PA
- Estetoscopio
- Equipo para infusión IV
- Cilindro de oxígeno, máscara y tubo
- Jeringas y medicamentos uterotónicos
- Guantes quirúrgicos estériles o con DAN
- Sonda vesical y bolsa colectora
- Frazada
- TANN (si está disponible)

*Nota: Verifique que los materiales estén disponibles, pero no los deje listos con antelación.*

#### **Preparación:**

- Este es un “simulacro” sorpresa que el coordinador planificará con anticipación junto al director del centro. La práctica se realiza con 1 coordinador en equipos que representen al personal típico. Los materiales disponibles durante el simulacro deben ser los que regularmente se encuentran en el centro. El coordinador usa el simulador.

#### **Actividad:**

El coordinador debe:

- Preparar el simulador sin el bebé o la placenta. Comenzar con el tanque de sangre abierto y la cinta cervical ajustada.
- El coordinador actúa como “cliente” y dice: “Soy María y acabo de tener mi noveno bebé en su centro. El parto fue normal y usted realizó el MATEP en forma adecuada. Luego que mi placenta salió hace 15 minutos, mi útero no se contrajo. Según su estimación, mi pérdida de sangre es de 500 cc. No me estoy sintiendo bien”.
- Evaluar a los proveedores y realizar un informe luego del simulacro (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP, págs. 67-68).

### **Sesión 6** **Taponamiento uterino(TUB)** **Preparando el TUB con condones** *10 minutos con debate* *(puede combinarse con la sesión 7)*

#### **Lea los objetivos en voz alta:**

- Ensamblar el equipo de TUB con condones

#### **Materiales y preparación:**

- Corrobore que los materiales indicados en la pág. 53 de la GP estén disponibles, pero

no los deje listos con antelación. Busque una bolsa hermética o una caja para el equipo. Para la inserción del TUB también necesitará instrumentos estériles, que no forman parte del equipo porque se los usa frecuentemente para otros propósitos.

#### **Actividad:**

- Solicite a los proveedores que busquen todos los elementos necesarios para el equipo de TUB y los coloquen en la bolsa o la caja. Etiquete el contenedor como “taponamiento uterino con balón” e indique los contenidos en la etiqueta.
- Converse con los proveedores una vez que los equipos estén listos (guía en la sección “Respuestas” de la GP pág. 68).

### **Sesión 7** **Inserción del TUB -** **Práctica de habilidades** *20 minutos por proveedor*

#### **Lea los objetivos en voz alta:**

- Demostrar la técnica adecuada para insertar el TUB.
- Explicar como evaluar si el TUB está correctamente colocado, y cómo y cuándo retirarlo.
- Asegurar que los insumos para ensamblar 2 equipos de TUB estén disponibles en el equipo de emergencia.

### **Materiales y preparación:**

El coordinador debe ser competente en el procedimiento de inserción del TUB . Si no, invite a la persona más experta a que colabore durante la práctica en el centro. Prepare con antelación el simulador uterino o utilice una botella de agua de 500cc. Reúna todos los instrumentos y materiales indicados en la GP, pág. 53.

### **Actividad:**

- Practique con hasta 4 proveedores y 1 coordinador. La actividad debe realizarse en pares. Explique a los proveedores el funcionamiento del simulador y los materiales.
- Solicite a los proveedores que muestren la técnica adecuada de inserción del TUB. Antes de comenzar, recuerde a los proveedores que es seguro hacer pausas y preguntar para que puedan practicar las acciones correctas.
- Observe a los proveedores mientras practican y brinde tutoría, según sea necesario. Realice una síntesis de la práctica con los proveedores una vez terminada la práctica, para responder preguntas y compartir retroalimentación.
- Asegure reponer los equipos y asignar quién verificará semanalmente que haya al menos 2 equipos disponibles. Mantenga los equipos en un lugar visible y accesible.

Evalúe a los proveedores y realice un informe luego de la práctica de cada proveedor (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP, pág. 68).

## **Sesión 8** **Extracción manual de placenta - Práctica de habilidades**

### *10 minutos por proveedor*

### **Lea los objetivos en voz alta:**

- Identificar placenta retenida
- Realizar extracción manual de la placenta.

### **Materiales:**

- Planes de acción
- Simulador
- Jabón o alcohol gel, guantes, guantes largos, EPP para el proveedor.
- Equipo IV
- Medicación (diazepam, ampicilina y metronidazol)
- Jeringas y ampollas
- Guantes quirúrgicos estériles o con DAN
- Sonda vesical y bolsa colectora

### **Preparación:**

- Prepare todo antes de la actividad. Asegure que los planes de acción, el rotafolio y la Guía del Proveedor estén disponibles como referencia.

### **Actividad:**

- Practique con hasta 4 proveedores y 1 coordinador. La actividad debe realizarse en pares.

### **El coordinador debe:**

- Utilizar el simulador con el bebé ya nacido y la placenta en el útero.
- Actuar como la “cliente” y dice: “Hoy vamos a simular cómo realizar una extracción manual de placenta”. No le diga a los participantes cómo se desarrollará la actividad.
- Luego diga: “Recibí 10 UI de oxitocina dentro de 1 minuto del parto. A los 30 minutos, vacié mi vejiga y recibí otras 10 UI de oxitocina. Con la tracción controlada del cordón no salió mi placenta. Ya pasaron 60 minutos desde que di a luz. Comience a atenderme como lo haría habitualmente”.
- Los proveedores realizan su práctica en turnos. Interrumpa y corrija según sea necesario para evitar acciones incorrectas.
- Evaluar a los proveedores y realizar un informe después de la práctica de cada proveedor (evaluación y guía para el informe en la sección “Respuestas” de la GP, págs. 68-69).

## Sesión 9

### Sutura de laceración cervical Práctica de habilidades

15 - 20 minutos

#### Lea los objetivos en voz alta:

- Revisar, identificar y suturar las laceraciones cervicales

#### Materiales:

- Bloque de espuma o toalla enrollada insertada en el simulador (1 por participante)
- Buena iluminación
- Marcadores negros (1 por participante)
- Cortadores de cartón/navajas de precisión
- Cinta (si usa toallas)
- Solución antiséptica
- Guantes estériles
- Equipos de sutura (sutura absorbible 2-0 con aguja, porta aguja, pinzas quirúrgica/ pinzas para tejido)
- Pinzas de esponja
- Tijeras
- Lidocaína 0,5 % o 1%, jeringa y aguja
- Gasa estéril

#### Preparación:

- El coordinador debe ser competente en suturar. Si no, invite a la persona más experta del centro a que colabore en la práctica.
- Prepare todo con antelación; el simulador de espuma o la toalla enrollada según las

indicaciones en la pág. 70 de esta GP.

#### Actividad:

- Practique con hasta 4 proveedores y 1 coordinador. La actividad debe realizarse en pares.
- Explique a los proveedores como funciona el simulador y los materiales.
- Solicite a los proveedores que muestren la técnica correcta de reparación de laceración cervical. Antes de comenzar, recuérdelos que hagan pausa y preguntas para que practiquen las acciones correctas.
- Los proveedores practican en toallas individuales o bloques de espuma. Si usa bloque de espuma, cada una de sus caras puede usarse para practicar muchas veces. La toalla tiene dos lados y cada uno de ellos puede reutilizarse.
- Evalúe a los proveedores y realice un informe después de la práctica de cada uno (evaluación y guía para el informe en la sección "Respuestas" de la GP, pág. 69).

## Sesión 10

### Simulacro integrado

20 – 25 minutos por equipo

#### Lea los objetivos en voz alta:

- Brindar una atención de calidad a la mujer en shock

- Reforzar los roles del equipo durante una emergencia

#### Preparación:

Este es un simulacro "sorpresa" que el coordinador planificará con anticipación junto al director del centro. La práctica se realiza con 1 coordinador y en equipos que representan al personal típico. Los materiales disponibles durante el simulacro deben ser los que se encuentran regularmente en el centro. La sesión será 10 minutos más larga si se usa un TANN.

#### Actividad:

- El coordinador se coloca el simulador y actúa como "cliente". Prepara el simulador sin el bebé o la placenta. Comienza con el tanque de sangre abierto y la cinta cervical cerrada alrededor del cuello uterino.
- El coordinador actúa como la "cliente" y dice: "Tengo 21 años. Acabo de tener mi segundo bebé en casa tan rápido que solo me acompañó mi madre. Todo parecía normal hasta que la placenta salió hace aproximadamente 2 horas, luego empecé a sangrar mucho. Ahora me siento débil y confundida. Mi madre me trajo porque el sangrado no se detiene. ¡Por favor ayúdeme!"
- Evalúe a los proveedores y realice un informe luego del simulacro (evaluación y guía para el informe en la sección "Respuestas" de la GP, pág. 69).

## RESPUESTAS DE LAS SESIONES

### Sesión 1: MATEP

#### Controle si cada proveedor:

- Seca y evalúa si el bebé está respirando
- Verifica si hay otro bebé
- Administra uterotónico dentro de 1 minuto del parto
- Mientras espera la salida de la placenta, se quita el primer par de guantes, si posee dos, o se cambia los guantes
- Corta el cordón entre 1 y 3 minutos después del parto
- Realiza tracción controlada del cordón junto con una contratracción (sólo durante las contracciones)
- Una vez que retiró la placenta, verifica el tono uterino y masajea si es necesario.
- Verifica que la placenta esté completa
- Verifica si hay sangrado
- Se comunica en forma respetuosa durante todo el procedimiento

#### El Coordinador debe preguntar durante el informe:

- ¿Qué opina de su desempeño? ¿Cómo se sintió?
- En cuanto a la evaluación, ¿qué información pudo obtener y qué más podría preguntar/evaluar?
- ¿Qué hizo? ¿Por qué?
- ¿Practicamos rutinariamente el MATEP tal como lo aprendimos en SDP/I? Si no, ¿por qué? ¿Cómo podemos incentivar la práctica

del MATEP en todos los partos?

- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real? ¿Qué puede mejorarse?
- ¿Se mantuvo nuestra oxitocina en un lugar frío para conservar la calidad del medicamento?

### Sesión 2: Placenta retenida

#### Orientación del Coordinador durante la actividad:

**No libere la placenta** durante los primeros 5 minutos o las primeras dos contracciones. Luego diga: "pasaron 30 minutos", **libere la placenta sólo si los proveedores repiten la oxitocina**. Mantenga el tanque de sangre cerrado.

#### Verifique si el proveedor:

- Solicita a la mujer que vacíe la vejiga, repite solo la oxitocina (no el misoprostol o cualquier otro medicamento) y repite la tracción controlada del cordón
- Como la mujer no está sangrando, espera otros 30 minutos e informa cuidados avanzados
- Extrae la placenta en forma adecuada
- Verifica el tono uterino y masajea si está blando.
- Verifica que la placenta esté completa
- Verifica si hay sangrado
- Se comunica en forma respetuosa durante todo el tratamiento

#### El coordinador debe preguntar durante el informe:

- ¿Qué opina de su desempeño? ¿Cómo se sintió?
- En cuanto a la evaluación, ¿qué información pudo obtener y qué más podría preguntar/evaluar?
- ¿Qué hizo? ¿Por qué?
- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real? ¿Qué puede mejorarse?

### Sesión 3: TANN

#### Durante la aplicación y retiro, verifique si cada proveedor:

- Acomoda a la mujer en el TANN abierto con su parte superior en la costilla más baja y la bola de presión sobre el ombligo.
- Cierra el segmento par de tobillos. Un proveedor cierra ambos lados o, si están trabajando en pares, uno cierra un segmento de tobillo y el otro cierra el otro segmento. Luego de cerrar, verifica si el TANN está bien ajustado con la prueba del sonido de chasquido de dedos.
- Continúa cerrando los pares de segmento desde el 2 hasta el 6 con la bola de presión encima del ombligo. Verifica que el TANN esté bien ajustado luego de cerrar cada segmento. Evalúa que la mujer pueda respirar normalmente. Si no es así, el proveedor afloja los segmentos 5 y 6.

Cuando realiza la prueba cronometrada del TANN, detenga aquí el temporizador.

Después de aplicar el TANN correctamente durante la práctica inicial, el proveedor explica cuándo y cómo retirar el TANN. Verifique si el proveedor:

- Lo retira una vez que la causa del sangrado se identificó y resolvió, que el pulso es de 100 latidos por min. o menos, que la PA sistólica es de 100 o más, y que el sangrado se mantiene en el nivel normal posparto.
- Para retirar el TANN, comienza por los segmentos de los tobillos, abre ambos segmentos, espera 15 minutos, vuelve a tomar la PA y el pulso. Si el pulso no aumenta más de 20 latidos por minuto, y la PA sistólica no desciende menos de 20 mmHg, continúa abriendo el próximo par de segmentos y espera 15 minutos. No olvida verificar los signos vitales antes de abrir el próximo segmento.
- Se comunica en forma respetuosa con la mujer durante todo el procedimiento.

**El coordinador debe preguntar durante el informe:**

¿Qué opina de su desempeño? ¿Cómo se sintió?

¿Qué hizo y por qué?

¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real? ¿Qué puede mejorarse?

## **Sesión 4: Simulacro de HPP**

**Guía del Coordinador durante la actividad:**

Pone blando el útero. Abre el tanque de sangre para abundante pérdida de sangre. Mantiene el útero duro y sangrado lento sólo cuando repiten el uterotónico. Lo mantiene firme alrededor de 10 segundos y luego lo pone blando y abre nuevamente el tanque de sangre hasta que realicen la compresión bimanual uterina.

**Observe si los proveedores realizan**

**lo siguiente:**

- Piden ayuda y organizan al personal
- Examinan el tono y el sangrado
- Masajean el útero blando
- Cuando el sangrado continua, administran una segunda dosis de uterotónico (10 UI de oxitocina IM o misoprostol 800 mcg VO)
- Continúan el masaje y evalúan el sangrado
- Verifican si la placenta está completa
- Envían a alguien a coordinar el traslado
- Informan a la mujer sobre el sangrado abundante y la necesidad de realizar una compresión bimanual uterina
  - Se lava las manos y se coloca guantes estériles y largos, o improvisa unos.
  - Introduce suavemente la mano en la vagina. Mueve la mano hacia la parte posterior de la vagina, frente al cuello uterino y forma un puño. Coloca la otra mano sobre el abdomen y comprime el útero entre la mano y el puño.
  - Cuando el útero empieza a contraerse y el

sangrado se detiene (al menos 5 minutos) libera lentamente la presión de ambas manos.

- Si no está en un centro de cuidados avanzados, solicita un traslado.
  - Cuando prepara el traslado, aplica el TANN, si está disponible.
- Si está en un centro de cuidados avanzados, asegura una vigilancia constante.
- Se comunica en forma respetuosa durante todo el tratamiento

**El coordinador debe preguntar durante el informe:**

- ¿Qué opina de su desempeño? ¿Cómo se sintió?
- ¿Cómo fue la comunicación con el equipo y la mujer?
- ¿Qué hizo y por qué?
- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real? ¿Qué puede mejorarse?
- ¿Quién está autorizado a realizar una compresión bimanual en su centro?

## **Sesión 5: Simulacro de shock**

**Guía del Coordinador durante la actividad:**

Cierre el tanque de sangre y contraiga el útero sólo después de la administración del fluido IV y la oxitocina.

**Observe si los proveedores realizan lo siguiente:**

- Piden ayuda y organizan al personal
- Aseguran que la vía aérea esté despejada y que la mujer está respirando.
- Administran oxígeno, si hay
- Examinan el útero y masajean si está blando, verifican los signos vitales (si lo hacen, el coordinador indica que la PA es de 88/52 y el pulso es de 110).
- Administran 10 UI de oxitocina IM
- Inician la infusión IV
- Extraen sangre para hemoglobina y compatibilidad cruzada.
- Rápidamente administran los fluidos IV con 20 UI de oxitocina (1 L cada 15 o 20 min)
- Cateterizan con sonda Foley
- Si utilizan el TANN aquí, el proveedor busca uno y dice que será colocado
- Colocan el TANN en forma adecuada
- Si no hay TANN, aseguran que la mujer se mantenga abrigada con una frazada, aún mientras verifican el sangrado.

#### **El coordinador cierra el tanque de sangre para detener el sangrado**

- Comparten los hallazgos con el equipo y la mujer. Reevalúan la condición cada 15 minutos
- Se comunican en forma respetuosa con la mujer durante todo el procedimiento.
- Si los proveedores reevalúan los signos vitales luego de un manejo adecuado, la “cliente” debe decirles:
  - PA es 100/60
  - Pulso es 92

#### **El Coordinador debe preguntar durante el informe:**

- ¿Qué opina de su desempeño? ¿Cómo se sintió?
- ¿Cómo fue la comunicación con el equipo y con la mujer?
- ¿Qué hizo y por qué?
- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real? ¿Qué puede mejorarse?

### **Sesión 6: Armado del TUB**

#### **El coordinador debe preguntar durante la discusión:**

- Si el o los proveedores identifican que no está disponible alguno de los elementos, revise cómo solucionar este problema. ¿Es común el desabastecimiento?
- ¿Suelen faltar algunos elementos?
- ¿Algunos elementos se guardan en otras unidades?
- Realice lluvia de ideas para resolver estas dificultades. Luego revise cómo el equipo manejará el reemplazo una vez que el o los equipos pre-armados hayan sido utilizados. Identifique una persona que asumirá esta responsabilidad como parte de garantizar que la bandeja o el carro de emergencia para HPP está bien abastecido.

### **Sesión 7: Práctica del TUB**

#### **Controle si cada proveedor:**

- Amarra el condón a la sonda. No infla el globo de la sonda.

- Expone la “abertura cervical” con el espéculo.
- Sostiene el “cuello uterino” con pinzas.
- Inserta el condón y la sonda en el fondo de la “cavidad uterina” pasando por “el canal cervical” y el “orificio cervical interno”
- Infla el TUB conectando el extremo abierto de la sonda al equipo de la bolsa de infusión. Infla el condón con agua o solución salina hasta aproximadamente 300 - 500 ml. Los proveedores deben explicar que el inflado debe detenerse cuando el sangrado se detiene.
- Pliega y amarra la sonda.

#### **El coordinador debe preguntar durante el informe:**

- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real?
- ¿Qué hará a continuación?
  - Administrar oxitocina 20 UI en fluidos IV 1 L a 60 gotas/min. Evaluar la pérdida de sangre, los signos vitales, el tono uterino y la excreción de orina.
- ¿Cuándo retirará el taponamiento?
  - Después de 12-24 horas si el sangrado se detuvo y la mujer está estable, dejando salir 50-100 de solución salina del condón cada hora.

### **Sesión 8: Extracción manual de la placenta - Práctica**

#### **Verifique si cada proveedor:**

- Explica a la mujer lo que realizará y por qué.
- Inicia un IV. Administra diazepam 5 g IV.

- Administra 2 g de ampicilina y 500 mg de metronizadol IV.
- Se coloca el equipo de protección personal, guantes estériles y largos o improvisa con dos pares de guantes estériles normales.
- Sostiene el cordón umbilical con una pinza y tracciona suavemente, utilizando el cordón para guiar la mano hacia el útero.
- Coloca los dedos de una mano dentro del útero y localiza el borde de la placenta. Mueve el lado de la mano hacia adelante y atrás con un suave movimiento lateral, “de barrido” hasta que la placenta se separe de la pared uterina.
- Retira la mano con la placenta. Realiza una contratracción abdominal.
- Administra 20 UI de oxitocina IV en 1 L de solución salina normal, 60 gotas /min.
- Examina si la placenta está completa.
- Evalúa el tono uterino y los signos vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, y después cada 30 minutos por las próximas 4 horas.

**El coordinador debe preguntar durante el informe:**

- ¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real?
- ¿Quién está autorizado para realizar una extracción manual de placenta retenida en su centro?
- ¿Suelen estar disponibles y accesibles en este centro los medicamentos necesarios?

**Sesión 9: Sutura de una laceración**

**Verifique si cada proveedor:**

- Se lava las manos. Se coloca guantes estériles.
- Limpia el perineo, la vulva y la vagina con un antiséptico (en el simulador).
- Pide a la mujer que vacíe su vejiga o instala una sonda.
- Sostiene el cuello uterino en un lado con una pinza esponja, y con una segunda pinza el otro lado del cuello, y tracciona suavemente en varias direcciones para visualizar todo el cuello uterino
  - la movilidad cervical es limitada si usa un trozo de espuma, por lo que los proveedores deben explicar cada acción. Si usa toallas, tendrá más opciones de movilidad.
- Luego de identificar la laceración, coloca ambas pinzas en una mano.
- Coloca la primera sutura a 0,5 cm más arriba del vértice de la laceración. Cierra con suturas continuas.

**El coordinador debe preguntar durante el informe:**

¿Qué de lo aprendido es posible poner en práctica con una cliente real?

**Sesión 10: Simulacro integrado**

**Guía del coordinador durante la actividad:**

Los coordinadores deben tener la información siguiente pero no deben compartirla hasta que “el proveedor” realice la evaluación pertinente durante la práctica.

- La mujer está respirando
- El pulso es de 116 latidos/minuto
- La PA es 84/58
- La respiración es de 32 respiraciones/min.
- Los signos vitales serán los mismos hasta que el sangrado se detenga después de colocado el TUB.
- El útero permanece blando hasta que se coloca el TUB.
- Muestre una creciente confusión y desorientación.

**Observe si cada proveedor realiza lo siguiente:**

- Pide ayuda y organiza al personal de apoyo
- Asegura que la vía aérea de la mujer está abierta y que está respirando.
- Administra oxígeno, si hay.
- Verifica la PA, pulso y respiración
- Verifica el tono del útero y lo masajea si está blando.
- Administra 10 UI de oxitocina.
- Inicia la infusión IV. Extrae sangre para hemoglobina y compatibilidad cruzada.
- Rápidamente administra fluidos IV con 20 UI de oxitocina (1 L cada 15 o 20 min)
- Si dispone de TANN en este centro, lo aplica. Si no, coloca a la mujer de su lado izquierdo, cubre la parte superior de su cuerpo con una manta y le levanta las piernas.
- Instala sonda vesical, vigila balance hídrico.
- Sigue verificando el tono uterino y masajea.
- El coordinador ahora debe estar muy letárgico, confundido y semiconsciente.
- Inicia la compresión bimanual.
- Comienza a coordinar el plan de traslado de emergencia.

- Se lava las manos (o usa alcohol gel) y utiliza guantes estériles hasta los codos.
- Introduce suavemente la mano en la vagina. Mueve la mano hacia la parte posterior de la vagina frente al útero y forma un puño. Coloca la otra mano sobre el abdomen de la madre y comprime entre su mano y su puño.
- Luego de 5 minutos, libera lentamente la presión de la mano abdominal y libera el puño para ver si el sangrado disminuyó o se detuvo. (El coordinador debe detener el sangrado durante la compresión bimanual, pero reabrir el tanque de sangre cuando la presión se libera para mostrar que el sangrado no se detuvo).
- Prepara e introduce el TUB (siguiendo las indicaciones de la GP, pág. 53).
- Al cambiar a TUB, el coordinador debe aflojar la cinta cervical y mantener una botella en el útero o introducir un MamaU dentro del (o junto al) simulador para practicar la inserción del TUB.

## Actividades de aprendizaje

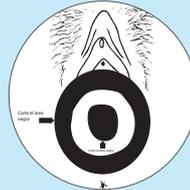
### Sutura de laceraciones cervicales

#### Prepare el simulador para suturar desgarros

Corte trozos de espuma en bloque para la simulación. Cada bloque debe ser de aproximadamente 20 x 20 x 20 cms. Los bloques deben cortarse de espuma de “colchón”. La espuma debe ser densa y esponjosa y se debe probar antes para asegurar que no se desmenuzará al suturarla.

#### Reúna los insumos con anticipación

- Buena iluminación
- Simulador de bloque de espuma (cada participante debe tener el suyo)
- Marcadores negros (uno por participante )
- Cortadores de cartón/navajas de precisión
- Solución antiséptica
- Guantes estériles
- Equipos de sutura: sutura cromada 2-0 o 3-0 en aguja CT
- Porta aguja
- Pinzas/pinzas para tejido
- Dos pinzas de esponja
- Tijeras
- Lidocaína 0,5% o 1% , jeringa y aguja
- Gasa estéril
- Espéculos



Demuestre la preparación de los simuladores de bloque de espuma dibujando marcas anatómicas vaginales y cervicales en varias superficies del bloque de espuma (ver diagrama arriba y a la izquierda). Pida a los participantes que hagan lo mismo para preparar sus bloques para la práctica. Utilice tijeras o cortadores de cartón para retirar la espuma y formar el canal vaginal. Corte los desgarros en los lugares adecuados.

Si no puede conseguir espuma, puede utilizar

una toalla enrollada, o una tela pequeña y gruesa. Si se aplica este método, necesitará una toalla de cara pequeña por proveedor y cinta adhesiva. No necesitará bloques de espuma, marcadores o cortadores de cartón.

#### Crear un cuello uterino de tela:

1. Tome una toalla de cara y enrolle dos esquinas opuestas una vez
2. Doble las otras dos esquinas una vez
3. Coloque una de las esquinas plegadas a lo largo frente a usted y enrolle toda la toalla hacia la otra esquina plegada (esto hará un “tubo” con dos extremos enrollados)
4. Coloque cinta alrededor de la circunferencia a 2.5 o 5cms de los extremos del tubo
5. Ahora cada extremo simula un cuello uterino lacerado que podrá ser suturado por los proveedores como práctica.

#### Nota para el facilitador

Utilizando bloques de espuma o toallas preparadas, demuestre la técnica para suturar desgarros. Circule para orientar y tener a los participantes practicando.

Si bien el tiempo es limitado para una práctica estructurada durante el día de la capacitación, incentive a los participantes a practicar con sus propios bloques de espuma en casa o durante las sesiones de práctica de baja dosis, alta frecuencia en su centro de salud. Crear el simulador es una habilidad que los participantes deberán compartir con sus colegas.

# Prevenir y manejar el shock debido a HPP

PLAN DE ACCIÓN

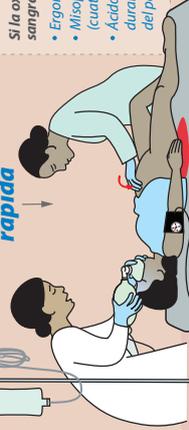
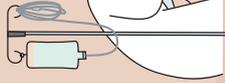
## SIGNOS DE SHOCK



Si sangra mucho



**Pida ayuda  
Realice una evaluación  
rápida**



Si la oxitocina no está disponible o el sangrado no se detiene, administre:

- Ergometrina 0,2 mg IM o IV lento
- Misoprostol 800 mcg sublingual (cuatro tabletas de 200 mcg)
- Ácido tranexámico (ATX) 1g IV lento durante 10 min dentro de 3 horas del parto

## Inicie el manejo de emergencia

- 1 Verifique el ABCY administre oxígeno
- 2 Masaje el útero
- 3 Administre 10 UI de oxitocina IM (o IV si está disponible)
- 4 Comience una infusión IV Tome muestra de sangre
- 5 Catectice la vejiga
- 6 Aplique el TANN

**DETERMINE LA CAUSA DEL SANGRADO  
Verifique si la placenta salió y está completa  
Verifique si hay desgarros sangrantes**

## MANEJO

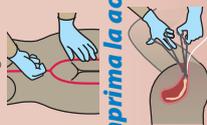
Si necesita sangre, transfúndala lo antes posible

**ÚTERO ATÓNICO  
Continúe el masaje  
Agregue 20 UI de  
oxitocina a la IV e  
infunda rápido**



**Comprima el útero**

Si aún sangra mucho



**Comprima la aorta**

**Inserte el  
taponamiento con balón**

**Busque cuidados  
avanzados**

**PLACENTA/  
FRAGMENTOS  
RETENIDOS**



**Realice extracción  
manual de placenta**

**DESGARROS  
SANGRANTES**



**Revise, identifique**

**Suture**

La placenta o fragmentos  
no salen  
O aún sangra mucho  
**Busque cuidados  
avanzados**

La placenta salió completa  
Pérdida normal de sangre

Desgarro suturado  
Pérdida normal de sangre

**Continúe los cuidados después de la HPP**

Evalúe pérdida de sangre y la condición en forma permanente



## Prepárese para el parto

Parto (Ver Plan de Acción para el bebé en ABR)

10 UI o 200 mcg x 3 = 600 mcg

Administre medicación dentro de 1 minuto

Corte el cordón entre 1 y 3 minutos



Aplique tracción controlada del cordón para sacar la placenta

Salió



Verifique el tono

Masajeé si está blando

No sale en 30 minutos

Anime a vaciar la vejiga

Repita 10 unidades de oxitocina

Repita la tracción controlada del cordón

Salió



¿Placenta completa?

Completa



¿Útero duro?



Duro

¿Sangrado normal?

Normal



Continúe los cuidados

Verifique el tono  
Vigile el sangrado  
Controle los signos vitales  
Anime el amamantamiento



Incompleta

Cuidados avanzados



Blando

Masajeé el útero  
Si aún está blando

Repita la medicación

Duro

Sangrado abundante



Presione los desgarros

Si está disponible



Blando abundante

Sangrado abundante



Comprima el útero

Aplice rápidamente el TANN



Mantenga abrigada  
Busque cuidados avanzados