

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
DIRECCION DE SERVICIO DE SALUD
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**GUÍA TÉCNICA:
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA LA ATENCIÓN DE LAS
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL
DE CAPACIDAD RESOLUTIVA**

2006

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

ABORTO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Aborto inevitable:	O05.0
Aborto incompleto:	O03.4
Aborto completo:	O03.0
Aborto retenido, diferido o frustrado:	O02.1
Aborto séptico:	O03.0

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Aborto Inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.

Aborto Completo: Es la eliminación total del contenido uterino.

Aborto Incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Aborto Retenido: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

o Diferido

Aborto Séptico: Complicación infecciosa grave del aborto.

2. Etiología:

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormona.
- Enfermedades intercurrentes.

3. Aspectos epidemiológicos:

Del 15 al 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Es causa importante de muerte materna y de secuelas que conducen a infertilidad.

III- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socioeconómicas (desnutrición).
- Violencia Familiar.
- Intoxicaciones ambientales.
- Factores hereditarios.

IV. CUADRO CLÍNICO

Gestación menor de 22 semanas con:

- Dolor abdominal en bajo vientre y/o sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios cervicales.
- Con o sin expulsión del producto de la gestación.

V. DIAGNÓSTICO:

1. Criterios diagnósticos

- Gestación menor de 22 semanas.
- Sangrado por vía vaginal.
- Dolor hipogástrico tipo contracción.

a) Aborto inevitable

- Cambios cervicales.
- Membranas rotas.

b) Aborto incompleto

- Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal).
- Sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente.

c) Aborto completo

- Expulsión completa del producto de la gestación con verificación ecográfica.
- Sangrado escaso.

d) Aborto diferido o retenido

Su diagnóstico es ecográfico, los parámetros son los siguientes:

- No visualización de embrión en una gestante con diámetro medio de saco gestacional de 25 mm, utilizando la ecografía abdominal; o de 18 mm si utilizamos ecografía transvaginal.
- No identificación de latido cardiaco fetal en un embrión con longitud coronal mayor de 6 mm.

e) Aborto séptico

Cuando en un aborto (incompleto, frustrado, etc.), se presenta fiebre de 38 grados o más y/o sangrado con mal olor.

2. Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico.
- Hemorragia uterina disfuncional con periodo de amenorrea previo.
- Enfermedad del trofoblasto (mola hidatiforme).
- Lesiones del canal vaginal.
- Patología cuello uterino y vagina (cáncer, pólipos, cervicitis, etc).

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica:

- Hemograma (Recuento leucocitos, formula leucocitaria, hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen de orina.
- RPR ó VDRL.
- Prueba de ELISA para VIH o prueba rápida para VIH.
- Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre).

2. De imágenes:

- Ecografía, revela restos en cavidad uterina o embrión, ausencia de signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos.

VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.
- Colocación de vía EV segura con CINA 9‰.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas: (ver protocolo de referencia)
 - Vía segura con cateter endovenoso N°18.
 - Vía aérea permeable. Oxigeno con catéter nasal a 3 litros. por minuto.
 - Posición decúbito dorsal.
 - Abrigo suficiente.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Traslado con acompañante, potencial donante de sangre.
 - Comunicar al sitio de referencia.
- En casos que cuente con profesional de salud capacitado y el sangrado sea abundante realizar:
 - Examen con espéculo.
 - Retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Lo mismo que en establecimientos con FONP más:

- Realizar tacto vaginal y examen con espéculo.
- Solicitar Hemograma (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, Prueba de Elisa para VIH o prueba rápida.
- Si hay signos de descompensación ver protocolo de Shock Hemorrágico.
- Si cuentan con médico capacitado, insumos e infraestructura proceder al Legrado o AMEU en aborto incompleto no complicado. De lo contrario estabilizar y referir.
- Referir si la paciente presenta:
 - Fiebre, reacción peritoneal, dolor a la movilización de cérvix o secreción purulenta o con mal olor.
 - Anemia severa y requiere transfusión sanguínea.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

a) Aborto incompleto.

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con CINA 9‰ .
- Solicitar:
 - Ecografía.
 - Hemograma, (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo sanguíneo y factor Rh.
 - Examen de orina.
 - RPR o VDRL.
 - Prueba de Elisa HIV o prueba rápida.
- Procedimiento:
Si el tamaño uterino es menor de 12 cm:
Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:

- Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos con infusión oxicítica 30 UI en 500 cc de CINA 9‰. Luego realizar legrado uterino.
- Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura.
- Si la metrorragia es abundante colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino estuviera cerrado realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso.

b) Aborto Retenido

- Hospitalizar.
- Solicitar:
 - Ecografía para evaluar viabilidad fetal.
 - Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina; sino cuenta con los reactivos, solicite tiempo de coagulación y sangría.
 - Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
 - Grupo y factor sanguíneo.
 - Sedimento de orina.
 - RPR o VDRL.
 - Prueba de Elisa HIV o prueba rápida.
- Si el cuello uterino es permeable realizar legrado uterino previa dilatación.
- Si el cuello uterino no es permeable, madurar con prostaglandinas (Misoprostol). Luego realizar legrado uterino.
- Si existen alteraciones en las pruebas de coagulación someter a legrado inmediatamente, con transfusión simultánea de componentes sanguíneos necesarios o sangre total fresca.

c) Aborto séptico:

- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos según el estadio clínico.
- Ver manejo de Sepsis en la correspondiente Guía de Práctica Clínica (Ver pág. 37).

2. Signos de alarma

- Aparición de fiebre, desvanecimiento.
- Signos de hipotensión y shock.

3. Criterios de alta

Paciente estabilizada hemodinámicamente, con funciones vitales estables, con prueba de deambulacion, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes.

Impartir:

- Orientación y conserjería en salud sexual y reproductiva.
- Elección de un método anticonceptivo de ser el caso.

4. Pronóstico

Depende de la complicación infecciosa o hemorrágica y de la prontitud de la intervención de parte del equipo de salud.

VIII. COMPLICACIONES:

- Shock hipovolémico: ver manejo en la correspondiente Guía de Práctica Clínica de Shock Hipovolémico (Ver pág. 24).

- Shock séptico: ver manejo en la correspondiente Guía de práctica clínica de Shock Séptico (Ver pág. 37).
- Perforación uterina: Laparoscopia o Laparotomía exploratoria.
- Desgarros de cérvix: Sutura.
- Pelviperitonitis: Histerectomía.

IX.-CRITERIOS DE REFERENCIA

Manejo según nivel de Funciones obstétricas y neonatales

Establecimiento con FONP: Identifica signos de alarma, estabiliza y refiere todos los casos al nivel con capacidad resolutive.

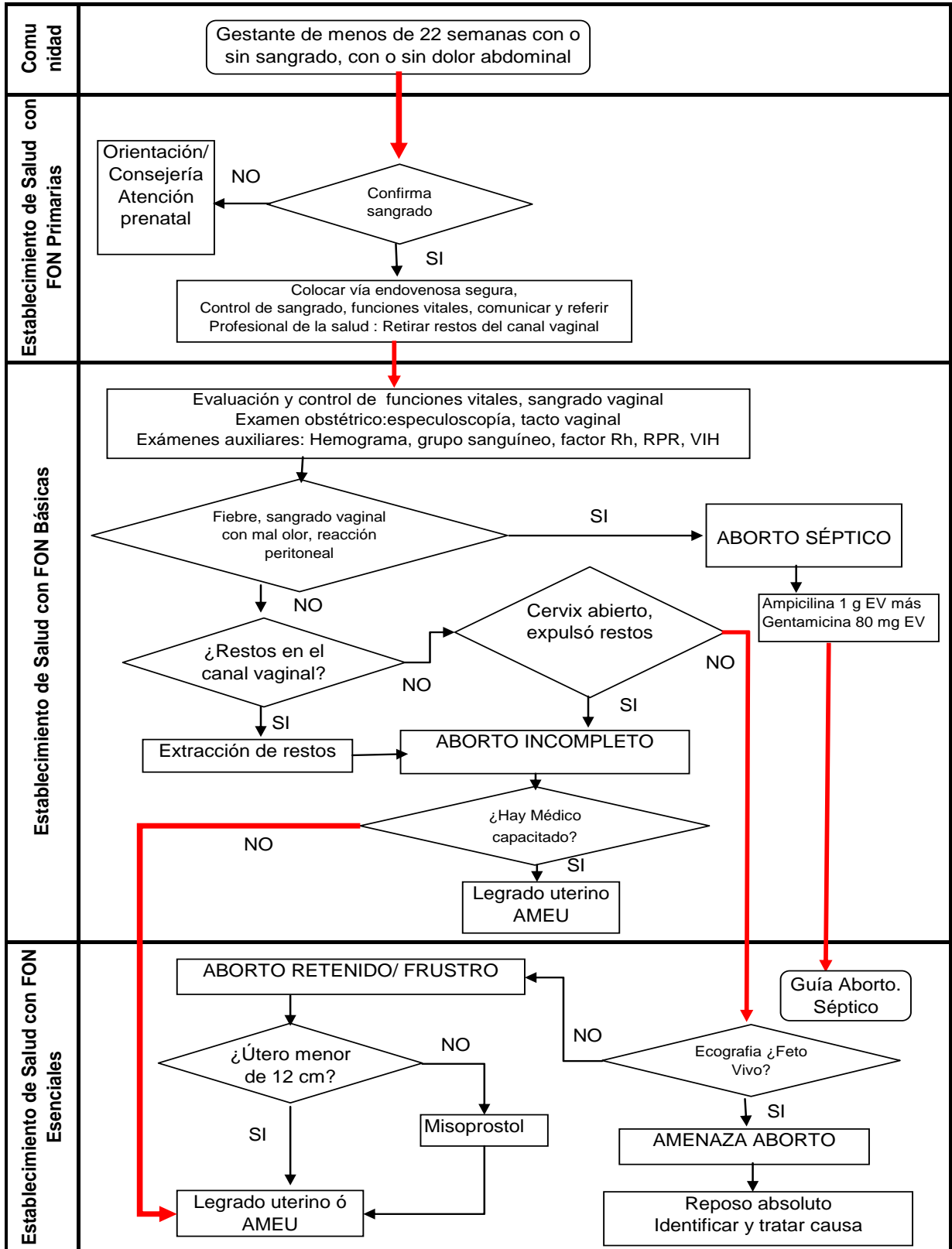
Establecimiento con FONB: Sin personal capacitado diagnostica, estabiliza y refiere todos los casos.

Con personal capacitado: refiere al establecimiento FONE todos los casos complicados y los mayores de 12 semanas. De ser necesario según la gravedad de la paciente al establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI).

Establecimiento con FONE: Realiza los procedimientos quirúrgicos, maneja las complicaciones, Insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, trastornos de coagulación, refiere al establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI).

X. FLUXOGRAMA

ABORTO



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EMBARAZO ECTÓPICO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Embarazo ectópico

O00.9

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Puede ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario.

2. Etiología

Presencia de obstáculos para la migración e implantación del huevo fecundado en la cavidad uterina.

3. Aspectos epidemiológicos

Son frecuentes las asociaciones con enfermedad pélvica inflamatoria, uso de DIU y múltiples compañeros sexuales.

III.- FACTORES ASOCIADOS

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Uso de progestágenos orales.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de cirugía tubárica previa.
- Uso de dispositivo intrauterino (DIU)
- Tuberculosis extra pulmonar.
- Endometriosis.
- Síndrome adherencial.
- Técnicas de fertilización asistida.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Dolor abdomino-pélvico agudo.
- Tumoración anexial dolorosa.
- Amenorrea de corta duración.
- Sangrado vaginal de cuantía variable.
- Dolor al movilizar el cérvix.

Pueden presentarse:

- Signos de hipovolemia.
- Signos de irritación peritoneal.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios diagnósticos

- Amenorrea y sangrado genital anormal.
- Dolor al movilizar el cérvix durante el tacto vaginal.
- Tumoración anexial.

2. Diagnósticos diferenciales:

- Aborto.
- Cuerpo lúteo hemorrágico.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Pielonefritis.
- Apendicitis.
- Quiste de ovario a pedículo torcido.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Dosaje de subunidad beta de gonadotropinas coriónicas humana HCG, en cantidad mayor de 1,500 UI / ml. y ausencia de saco intrauterino en la ecografía transvaginal.
- Dosaje de subunidad beta HCG que cada tercer día no se duplica como sucede en un embarazo normal.

2. De imágenes

- La ecografía revela útero con decidua hiperplásica. También se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina y líquido (sangre) en el fondo de saco, en caso de complicación.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – FONP Y FONB (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4)

- Identificar signos de peligro y factores asociados.
- Sospecha diagnóstica: estabilizar y referir inmediatamente.
- Vía segura con CINA 9‰ con catéter endovenoso N° 18.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
 - Vía segura con catéter endovenoso N°18.
 - Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 lts. por minuto.
 - Posición decúbito dorsal.
 - Abrigo adecuado.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Acompañante potencial donante de sangre.
 - Comunicar al sitio de referencia.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar
- Establecer vía endovenosa segura
- Valorar el estado hemodinámico:
 - Estable: Realizar pruebas para confirmar el diagnóstico.
 - Inestable: Laparotomía exploratoria.
- Realizar exámenes auxiliares: Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor RH, Beta -HCG.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Embarazo ectópico no complicado: Tratamiento médico, o laparotomía exploratoria de requerirse.
- Embarazo ectópico complicado: Laparotomía.
- Tratamiento médico: aplicable en paciente bajo control, asintomática, con embarazo ectópico íntegro, saco gestacional menor de 40 mm, sin actividad cardiaca embrionaria y niveles de Beta HCG menor de 5,000 UI / ml. con Metrotexate 50 mg por metro cuadrado de superficie corporal vía intramuscular.
- **Técnica quirúrgica de laparotomía:**

Lo primordial es cohibir la hemorragia con el mínimo daño a los órganos reproductivos ante la expectativa de nuevos embarazos. Asimismo es importante:

- Lavado de la cavidad abdominal con solución salina.
- Dejar, si es necesario, drenajes intra abdominales.

2. Signos de alarma

- Sangrado vaginal.
- Dolor pélvico abdominal.
- Distensión abdominal.
- Palidez marcada.
- Desmayos o pérdida de conocimiento.

3. Criterios de alta

Los mismos de toda cirugía abdominal. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar; así como sobre los riesgos de un nuevo embarazo.

3. Pronóstico

En general es favorable. Es reservado ante la expectativa de nuevas gestaciones, por lo que es importante que la mujer conozca los resultados de la cirugía y la historia clínica esté adecuadamente documentada.

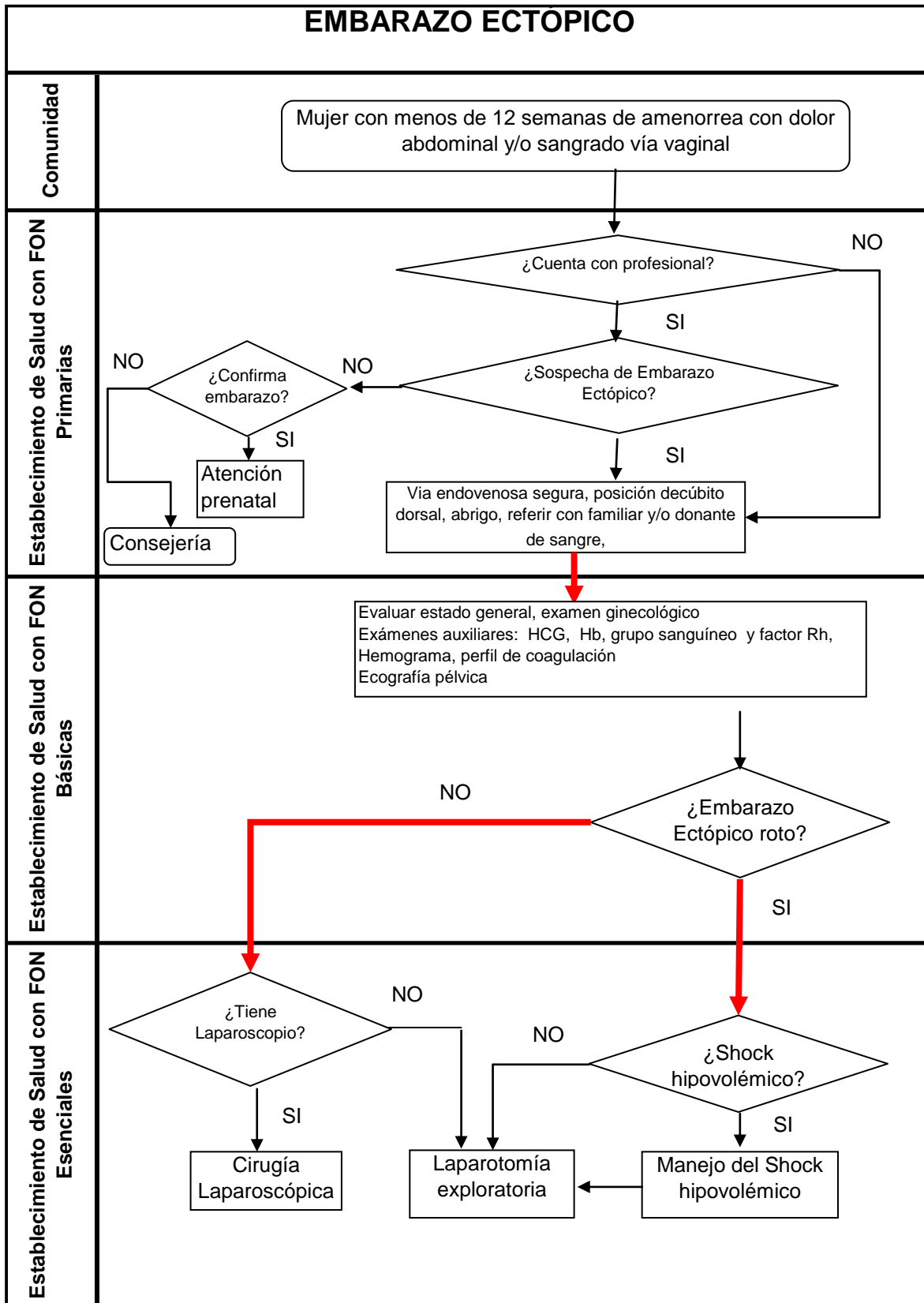
VIII. COMPLICACIONES:

- Shock hipovolémico
- Pelvipерitonitis

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Todos los casos de sospecha de embarazo ectópico se refieren con vía endovenosa segura a un establecimiento con FONE.

X. FLUXOGRAMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Placenta previa	O44
Desprendimiento prematuro de placenta	O45
Rotura uterina	O71

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.

2. Etiología

Placenta previa	DPP	Rotura uterina
Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie adecuadas en el fondo uterino	Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter vellosos, rotura, hematoma y desprendimiento placentario	Rotura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Placenta previa	DPP	Rotura uterina
-Gran Multípara -Mayor de 35 años -Antecedente de: legrado uterino, endometritis, cesárea, miomectomía. -Periodo inter genésico corto -Placenta grande o anormalmente insertada. -Tumores uterinos	-Antecedente de DPP. -Preeclampsia. -Cordón corto. -Consumo de cocaína, PBC -Embarazo múltiple. -Polihidramnios -Traumatismo abdominal. -Iatrogenia: Uso indebido de oxitocina, misoprostol, versión externa	-Cirugía uterina previa -Desproporción feto pélvica -Trabajo de parto disfuncional -Gran Multípara -Antecedente de legrado uterino y/o infección uterina. -Iatrogenia: Uso indebido de oxitocina, Maniobra de Kristeller, Parto instrumentado, Versión externa

IV. CUADRO CLÍNICO

- Gestación mayor de 22 semanas.
- Sangrado genital.
- Usualmente presencia de dinámica uterina.
- Compromiso de la vitalidad fetal y materna.

V. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA	PLACENTA PREVIA	DPP	ROTURA UTERINA
SANGRADO VAGINAL	Rojo vivo	Rojo oscuro (ausente en DPP oculto 20% casos)	Rojo oscuro escaso. Puede ser oculto.
TONO UTERINO	Normal	Aumentado	Hiperdinamia en inminencia de rotura uterina. Cese de contracciones uterinas y palpación de partes fetales en rotura establecida.
DOLOR	Ausente	Presente	Presente, luego cesa
Latidos cardiacos fetales	Variables o ausentes	Variables o ausentes	Variables o ausentes.
CAMBIOS HEMODINÁMICOS	Depende del volumen de pérdida sanguínea: Taquicardia o hipotensión		

VI. EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, en caso de no contar con laboratorio implementado realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar Test de Wiener (prueba de retracción del coágulo).
- Pruebas cruzadas.
- RPR o VDRL.
- Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.
- Urea, creatinina.
- Ecografía obstétrica.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – FONP Y FONB- (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4)

- Reconocer los signos de alarma y factores asociados.
- Ante la sospecha diagnóstica, estabilizar y referir inmediatamente.
- No realizar Tacto Vaginal, ni colocar espéculo.
- En caso de presentar signos compatibles con shock actuar según lo señalado en la guía de práctica clínica de shock hipovolémico.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
 - Colocación de 2 vías EV seguras de Cloruro de Sodio al 9% con catéter endovenoso N° 18.
 - Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
 - Posición decúbito lateral izquierdo.
 - Abrigo adecuado.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Estimar pérdidas sanguíneas.
 - El acompañante debe ser un potencial donante de sangre.
- Comunicar al lugar de referencia.

- Colocar sonda Foley con bolsa colectora de preferencia.
- Referir a establecimiento FONE, acompañado por profesional capacitado en atención de parto y manejo de shock hipovolémico.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Aplicar medidas generales realizadas en establecimientos con FONP y/o FONB.
- Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Asegurar buen acceso a vía venosa: vía endovenosa segura, flebotomía o catéter central.
- Realizar examen clínico general y preferencial obstétrico.
- Determinar el estado general de la paciente.
- Monitoreo materno fetal estricto:
 - Presión arterial, pulso, latidos fetales, dinámica uterina y tono uterino cada 15 minutos.
 - Delimitar fondo y altura del útero.
 - Colocar paño perineal permanente para cuantificar el sangrado.
 - Controlar diuresis horaria.
- Estabilizar en emergencia según gravedad del shock y solicitar exámenes auxiliares respectivos (ver Guía de Práctica Clínica de shock hipovolémico pág. 24).
- Solicitar depósito de sangre.
- De acuerdo a la gravedad, hospitalizar (sala de hospitalización, cuidados intermedios, UCI) o definir que pase a sala de operaciones.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.

2. Manejo específico

a) Placenta previa

De acuerdo a la magnitud del sangrado:

- Hemorragia severa determinada por pérdida sanguínea que lleva a cambios hemodinámicos, taquicardia, hipotensión arterial.
 - Cualquiera sea la edad gestacional: cesárea.
 - Procurar ingresar a sala de operaciones, previa o en forma simultánea a la transfusión de paquete globular o sangre completa.
 - Si no se logra una hemostasia correcta en el segmento inferior a pesar de técnicas conservadoras proceder a histerectomía.
- Hemorragia Leve, sin cambios hemodinámicos:
 - Actitud conservadora dependiendo de la madurez pulmonar fetal, coordinando con la unidad de neonatología:
 - * Feto inmaduro (edad gestacional mayor de 22 y menor de 34 semanas):
 - Maduración Pulmonar: Betametasona 12 mg. c/24 h. una por día por dos días (2 dosis), sino se cuenta usar Dexametasona 4 mg. EV c/6 h. por 2 días(8 dosis).
 - Culminar el embarazo por la vía más apropiada, si el sangrado no cede.
 - * Feto maduro: De acuerdo a las pruebas de madurez fetal (por ecografía).
 - Culminar la gestación por la vía más apropiada (parto vaginal o cesárea) según el caso.

Según la localización de la placenta:

- Placenta previa total: cesárea.
- Placenta Previa Marginal o Inserción Baja: parto vaginal monitorizado.
- Placenta previa parcial: vía vaginal si el parto es inminente (dilatación mayor de 8 cm.) y el sangrado es escaso. Cesárea si el sangrado es profuso.

b) Desprendimiento prematuro de placenta

- Terminar el embarazo por cesárea independientemente de la edad gestacional.

- Inminencia de parto: dilatación mayor a 8 cm. Intentar el parto vaginal con soporte hemodinámico. En caso de óbito fetal la decisión de la vía del parto se hará individualmente.
- Útero infiltrado (Útero de Courvalier) que no se contrae: reposición de fibrinógeno, puntos de T. Lynch o Histerectomía.

c) Rotura uterina

Inminencia de rotura uterina: Cesárea inmediata.

Rotura uterina:

- Laparotomía exploratoria.
- Proceder según hallazgos, paridad de la paciente y estado general: Reparación de rotura o histerectomía.

3. Signos de alarma: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

- Sangrado vaginal profuso.
- Taquicardia materna.
- Hipotensión arterial.
- Taquípnea.
- Útero tetánico.
- Alteración de la frecuencia cardiaca fetal o ausencia de latidos, palidez marcada, cianosis, alteración del sensorio, frialdad distal.

4. Criterios de alta:

Paciente hemodinámicamente estable y sin sangrado pasa a su domicilio según indicaciones de parto normal o cesárea; pasa a casa de espera según disponibilidad.

5. Pronóstico

Está en relación a la patología que generó el cuadro clínico, es favorable en general y reservado en caso de expectativa de nuevas gestaciones por posibilidad de rotura uterina.

VIII. COMPLICACIONES

La principal complicación es la del shock hipovolémico, el cual debe ser tratado según la guía de atención respectiva. Lo importante es poder identificarlo oportunamente.

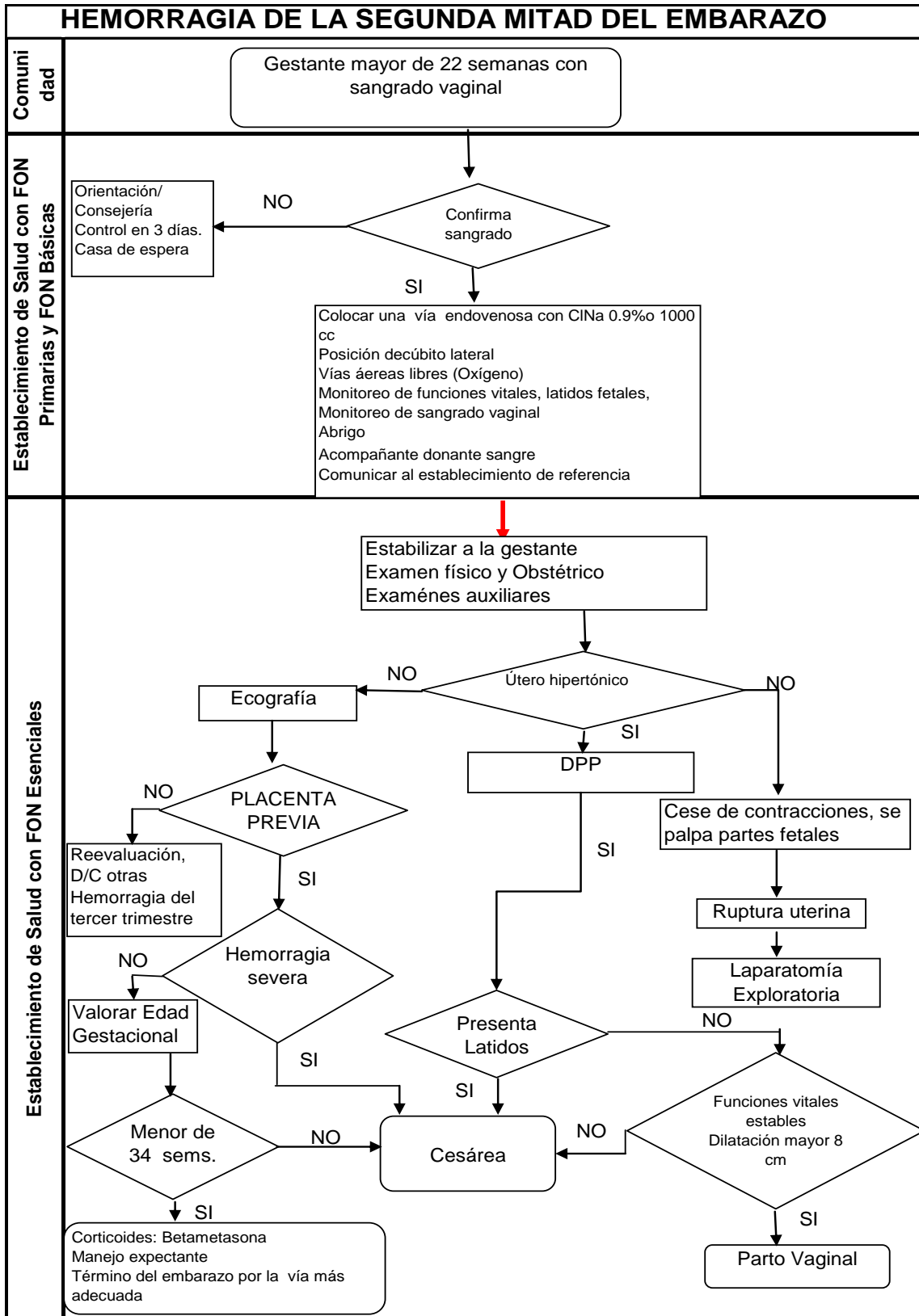
IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Establecimiento con FONP: Identifica y deriva a las gestantes con factores de riesgo. Asimismo al detectar un caso que presenta hemorragia vaginal, canaliza dos vías endovenosas seguras con CINA al 9 ‰ y se refiere de inmediato al establecimiento con FONE.

Establecimiento con FONB: Identifica y diagnostica la etiología del caso patológico y refiere con dos vías endovenosas seguras canalizadas, al establecimiento con FONE

Establecimiento con FONE: Realiza exámenes auxiliares para precisar el diagnóstico, identifica la etiología del caso y determina la resolución del mismo, sea quirúrgico o no.

X. FLUXOGRAMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

HEMORRAGIA INTRAPARTO Y POSTPARTO.

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Hemorragia del tercer periodo del parto (retención de placenta)	O72.0
Otras hemorragias postparto inmediatas (atonía uterina)	O72.1
Hemorragia postparto tardía	O72.2

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Hemorragia postparto: Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 hrs. después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. También se define por:

- a) Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.
- b) Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso.

Hemorragia postparto tardía: Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.

2. Etiología

Hemorragia intraparto:

- Retención de placenta.

Hemorragia postparto:

- Atonía uterina.
- Retención de restos o alumbramiento incompleto.
- Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas).
- Inversión uterina.
- Coagulación intravascular diseminada.

Hemorragia postparto tardía:

- Retención de restos.
- Sub involución uterina.

3. Aspectos epidemiológicos:

Se presenta hasta en el 10% de los partos, es la primera causa de muerte materna en el Perú.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Factores	Atonía uterina	Retención Placenta	Retención de restos placentarios	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Antecedentes	Multiparidad mayor de 4 Gestante añosa: > 35 años.	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Cicatriz uterina previa. Legrado uterino múltiples.	Primigesta	Inversión uterina previa
Características	-Macrosomía -Polihidramnios -Embarazo múltiple -DPP -Parto prolongado -Parto precipitado -Corioamnionitis -Fibromatosis uterina -Obesidad	-Fibromatosis uterina -Adherencia anormal de la placenta -Anomalías uterinas -Corioamnionitis -Prematuridad	-Adherencia anormal de la placenta -Lóbulo placentario aberrante -Antecedente de abortos	-Feto macrosómico -Parto precipitado -Expulsivo prolongado -Parto instrumentado -Extracción podálica -Periné corto, fibroso -Varices vulvar y vaginal.	Placenta adherida
Intervenciones	-Mal uso de oxitócicos, anestésicos generales, sulfato de magnesio, relajantes uterinos.	-Mala conducción del parto. -Mal manejo del alumbramiento	-Mala conducción del parto. -Mal manejo del alumbramiento	-Mala técnica de atención del expulsivo	-Mala técnica de atención del alumbramiento -Mala técnica de la extracción manual de placenta

IV. CUADRO CLÍNICO

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquípnea.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios diagnósticos

Atonía uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.

Retención de placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).

Lesión de canal del parto: Sangrado continuo con útero contraído.

Inversión uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo.

2.- Diagnóstico diferencial

Trastornos de la coagulación.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Hemoglobina o Hematocrito.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, en caso de no contar con laboratorio implementado realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar Test de Wiener (prueba de retracción del coágulo).
- Pruebas cruzadas.
- RPR o VDRL.
- Test de Elisa HIV o prueba rápida.
- Urea, Creatinina.

2. De imágenes

- Ecografía Obstétrica.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Reconocer signos de alarma y factores asociados.
- Colocar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía solo con ClNa 9‰ 1000 cc y pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.

- Masaje uterino externo y bimanual si se encuentra personal profesional capacitado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma.
- Referir en forma oportuna según normas a todas las pacientes luego de:
 - Extracción digital de coágulos del útero (si se encuentra personal profesional capacitado).
 - Si se evidencia desgarro del canal del parto realizar taponamiento con gasa (si se encuentra personal profesional capacitado).
- Comunicar al establecimiento al que se refiere.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4)

- Colocar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía solo con ClNa 9‰ 1000 cc y pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Si la paciente continua hemodinámicamente inestable ver Guía de practica clínica de manejo del shock hipovolémico
- Colocación de sonda vesical con bolsa colectora preferentemente.
- Evaluación clínica de la paciente: examen abdominal y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.
- Tratamiento según la causa:

a) Atonía uterina:

- Aplicar oxitocina como en el establecimiento con FONP. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con cloruro de sodio y pasar 500 cc chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Evacuación vesical.
- Aplicar Ergometrina 1 ampolla (0,2 mg.) intramuscular con presión arterial en valores normales, sin preeclampsia. Se puede repetir a los 15 minutos.
- Compresión bimanual externa.
- Ante sospecha de retención de restos o membranas y si se cuenta con personal profesional capacitado proceder a la revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Referencia oportuna realizando masaje uterino bimanual o realizar taponamiento uterino.
- Referir con monitoreo continuo y con profesional capacitado en manejo del shock hipovolémico.

b) Retención de placenta

- Evacuación vesical
- Realizar tacto vaginal y determinar la localización de la placenta
- Si hay signos de desprendimiento, extraer la placenta realizando elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen y tracción sostenida del cordón con la otra (Maniobra de Brandt-Andrews).
- De no estar desprendida la placenta aplicar a través de la vena umbilical 50 cc de ClNa 9‰ con 20 unidades de oxitocina.
- Si no hay signos de desprendimiento y no sangra sospechar de acretismo placentario y referir inmediatamente a establecimiento con FONE, instalando doble vía endovenosa.
- Si el personal profesional está capacitado y la paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso y el sitio de referencia se encuentra a más de 2 horas proceder a extracción manual de placenta según Anexo 6.

c) Laceración del canal del parto

Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar de sangrado y reparar:

- Desgarros perineales y vaginales de I y II grado: suturar con catgut crómico 2/0.

- Desgarro cervical: pinzar con pinza de anillos Foerster los bordes del desgarro y suturar, referir si no cuenta con personal capacitado, en lo posible clampar el ángulo sangrante con pinza Foerster.
 - Hematomas: Referir a la paciente si son de tamaño considerable.
 - En casos de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, o ante la imposibilidad de suturar o identificar el lugar del sangrado realizar compresión vaginal continua con gasas y referir inmediatamente.
- d) Retención de restos placentarios (alumbramiento incompleto)**
- Revisión de placenta y membranas luego del alumbramiento.
 - Ante la sospecha de retención de restos o membranas y si cuenta con personal profesional capacitado proceder a la revisión manual de cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- e) Inversión uterina**
- Colocar vía endovenosa con CINA 9‰ y referir a establecimiento con FONE.
- f) En hemorragia puerperal tardía**
- Referir con infusión de oxitocina 20 UI en 1000 cc de CINA al 9‰ a 40 gotas por minuto EV.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)
Hemorragia puerperal inmediata:

- Manejo multidisciplinario e interdisciplinario de especialistas.
- Proceder inmediatamente, en forma simultánea:
 - Canalizar otra vía endovenosa con catéter No. 18, con CINA 9‰ 1000 cc, considerar uso de oxitocina (debe tener 2 vías seguras).
 - Si la puerpera continúa hemodinámicamente inestable actuar según protocolo de shock hipovolémico.
- Evacuar vejiga espontáneamente, de ser necesario colocar sonda Foley con bolsa colectora.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Revisión manual de la cavidad uterina y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.
- Tratamiento según la causa:
 - a. Atonía uterina**
 - Instalar vía endovenosa segura con CINA 9‰ 1000 ml con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía solo con CINA y pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
 - Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
 - Masaje uterino bimanual.
 - Aplicar Ergometrina 0.2 mg intramuscular, que se puede repetir a los 15 minutos.
 - Si no cede pasar a sala de operaciones para:
 - Infiltración de los cuernos uterinos con oxitocina.
 - Puntos de B. Lynch, si la paciente desea conservar la fertilidad, siempre y cuando se consiga cohibir la hemorragia.
 - Histerectomía total.
 - b. Retención de placenta:** ver ANEXO 6 extracción manual de placenta.

c.- Laceración del canal del parto

- Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar:
 - Desgarros perineales y vaginales: con catgut crómico 2/0.
 - Desgarro cervical: pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y suturar con catgut crómico 2/0.
- Antibióticoterapia Ampicilina 1 g EV c/ 6 hrs. y Gentamicina 160 mg/día en desgarro de IV grado.

d. Hematomas: Debridarlos y realizar hemostasia en la sala de operaciones.

e. Rotura uterina: Pasar a sala de operaciones para reparar las laceraciones uterinas o realizar histerectomía según la extensión de la rotura, su localización, estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.

f. Retención de restos (alumbramiento incompleto)

- Instalar vía endovenosa segura con ClNa 9‰ más 20 UI de oxitocina.
- Si hay evidencias ecográficas de restos endouterinos proceder al legrado uterino.

g. Inversión uterina

- Pasar a SOP y administrar anestesia general.
- Si la placenta aún no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después.
- Reposición manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba.
- De no lograr reponer el útero realizar histerectomía total abdominal.

Hemorragia puerperal tardía

- Retención de restos
 - Instalar Vía endovenosa segura con Cloruro de sodio al 9 ‰ más 20 UI de oxitocina.
 - Legrado puerperal: Debe realizarse con mucho cuidado pues el útero puerperal es muy friable y su perforación es fácil.
 - Uso de antibióticos.
- Sub involución uterina
 - Instalar Vía endovenosa segura con Cloruro de sodio al 9‰ más 20 UI de oxitocina.
 - Legrado puerperal.
 - Antibioticoterapia :
Ampicilina 2gr. EV c / 6 h. más Gentamicina 160mg/día, o
Ampicilina 2gr. EV c/ 6 h. más Metronidazol 500mg EV c 12 hrs, o
Clindamicina 600 mg. EV c/8 h. más Gentamicina 160 mg/ día.

2. Signos de alarma: Hemorragia intraparto y postparto

- Sangrado vaginal abundante en gestante o puérpera.
- Taquicardia materna.
- Hipotensión arterial.
- Taquípnea.
- Palidez marcada.

3. Criterios de alta: Hemorragia intraparto y postparto

Luego de la solución del factor etiológico la puérpera debe permanecer bajo observación por lo menos 24 horas para ser dada de alta, luego del parto vaginal. Durante ese tiempo realizar monitoreo de funciones vitales, exámenes auxiliares y síntomas (en especial el sangrado).

La puérpera saldrá de alta habiendo recuperado sus funciones biológicas y la capacidad de realizar sus actividades comunes.

Contemplar la posibilidad de mantenerla bajo observación en la casa de espera.

4. Pronóstico

Dependerá de la patología subyacente y del tipo de tratamiento instaurado.

VIII. COMPLICACIONES

- Anemia aguda.
- Shock hipovolémico.
- CID.
- Insuficiencia renal.
- Panhipopituitarismo.

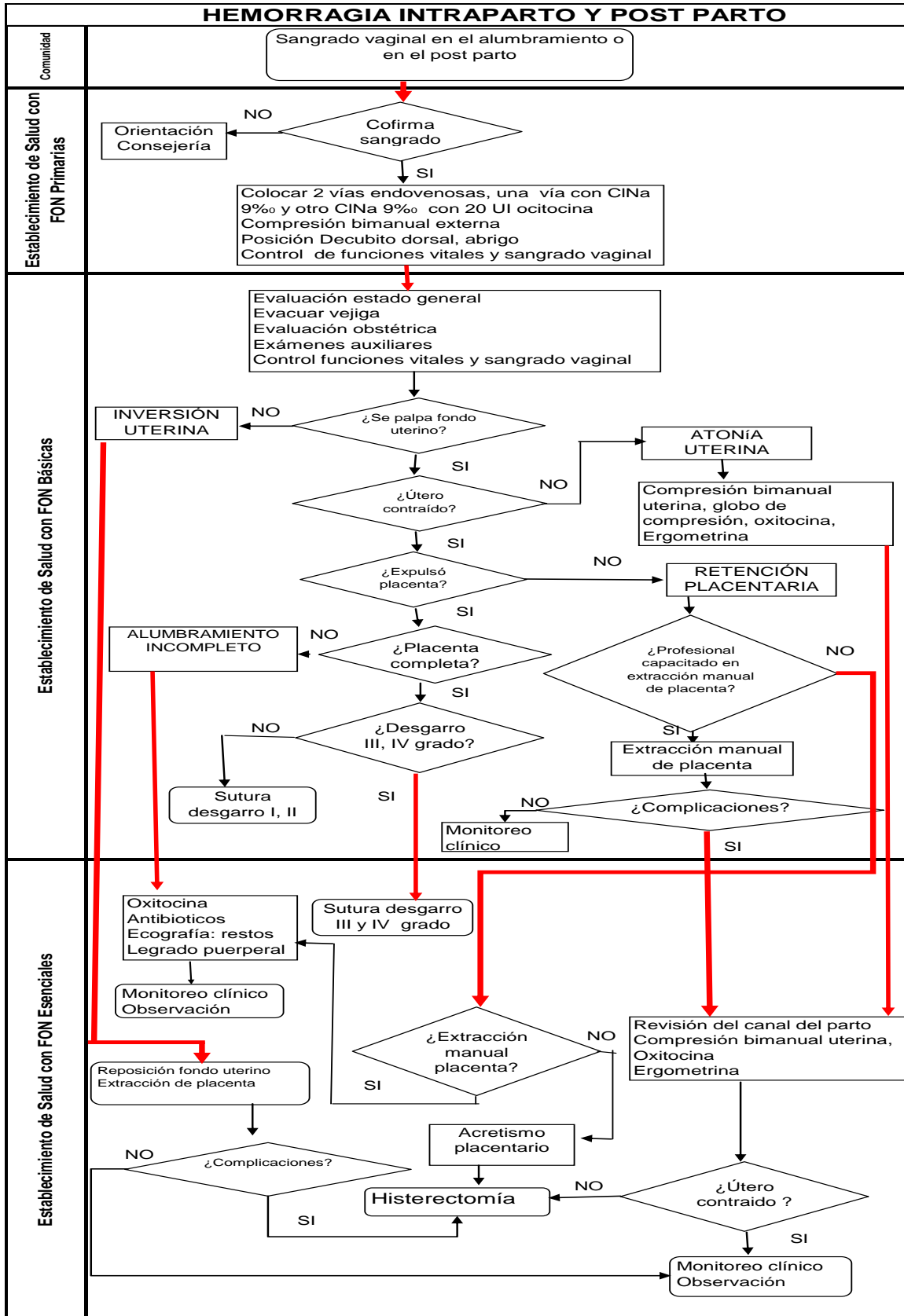
IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Establecimiento con FONP: Identifica y refiere a las gestantes con factores de riesgo. Asimismo al detectar un caso que presenta hemorragia, canaliza dos vías endovenosas seguras con CINA al 9 ‰ y refiere al nivel FONE.

Establecimiento con FONB: Identifica y diagnóstica la etiología del caso patológico y refiere al establecimiento con FONE con dos vías endovenosas seguras, sin pérdida de tiempo.

Establecimiento con FONE: Realiza exámenes auxiliares para precisar el diagnóstico, diagnóstica la etiología del caso y determina la resolución del mismo, sea quirúrgico o no.

X: FLUXOGRAMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Shock hipovolémico

O75.1

II. DEFINICIÓN.

1. Definición

Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo).

2. Etiología

- **Hemorrágico:** el más frecuente
 - Hemorragia interna: Por ejemplo en embarazo ectópico roto
 - Hemorragia externa: En caso de aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales.
- **No hemorrágico**
 - Pérdidas intestinales: Por vómitos, diarreas, etc.
 - Pérdidas extraintestinales: Por uso de diuréticos por ejemplo.
 - Acumulación en el tercer espacio: En caso de ascitis, polihidramnios, obstrucción Intestinal.

3. Aspectos epidemiológicos

Aproximadamente un caso por cada 100 partos, con una mortalidad materna de 2% y fetal del 65%. Es la primera causa de mortalidad materna en el Perú.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La anemia y desnutrición de las pacientes, las hace más vulnerables al sangrado. Asimismo es importante recalcar que existe una identificación tardía de la complicación por parte de las pacientes.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.
- Alteraciones de la conciencia.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios diagnósticos

- Identificación de antecedentes y factores de riesgo según etiología.
- Síntomas y signos:
 - Pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales.
 - Taquicardia (pulso mayor de 100 x min.).
 - Alteraciones de la conciencia.
 - Hipotensión (Presión arterial menor de 90/60).
 - Oliguria.
- Cuadro clínico según intensidad de la pérdida sanguínea:

PARÁMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	< 15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Frecuencia del pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis (ml / hora)	> 30	20 – 30	15 a 20	< 15
Estado mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

- Manifestaciones propias de las hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo.

2. Diagnóstico diferencial

Otras causas de Shock: sépsis, neurogénico.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación sino cuenta, realizar tiempo coagulación y tiempo de sangría.
- Pruebas cruzadas.

2. De imágenes

- Ecografía.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica: Es importante poder conseguir:

- Presión sistólica \geq 90 mm Hg.
- Volumen urinario \geq 0.5 ml / Kg. / hora.
- Piel con temperatura normal.
- Estado mental normal.
- Control del foco de la hemorragia.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Mantener vía aérea permeable.
- Reposición del volumen circulante:
 - Canalizar 2 vías EV seguras con catéter intravenoso Nº 18.
 - Infusión de 1 a 2 litros de CNa 9‰, iniciar con 200cc a chorro, luego regular a 60 gotas por minuto.
- No administrar líquidos por vía oral.
- Usar expansores plasmáticos si se cuenta con profesional capacitado.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal abrigada (si es gestante de la segunda mitad del embarazo en decúbito lateral izquierdo).
- Colocar sonda Foley y bolsa colectora preferentemente.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4)

Actuar según establecimiento con FONP, además:

- Asegurar oxigenación adecuada: Oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal 3 litros por minuto.
- Si después de 2000 cc de ClNa 0,9% persisten signos de hipovolemia, valorar el uso de expansores plasmáticos (Poligelina, Haemacel o Dextran al 5%), pasar a chorro los primeros 15 a 20 minutos y luego de 40 a 60 gotas por minuto. Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar la referencia a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Actuar según establecimiento con FONB, además:

- Solicitar hematocrito o hemoglobina, Grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, bioquímica (urea y creatinina), examen de orina, electrolitos y gases en sangre arterial.
- Manejo interdisciplinario especializado.
- Instalar presión venosa central.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Realizar reto de fluidos según la regla 2 con 5 de la PVC:
 - Si la Presión venosa central (PVC) es menor de 5 cm. H₂O iniciar reto con 5-10 ml / Kg. peso de Cl Na 9‰.
 - Medir PVC a los 10 minutos.
 - Si PVC es menor de 2 cm H₂O continuar con cargas cada 10 minutos hasta llevar PVC mayor de 5 cm H₂O.
 - Si PVC aumenta entre 2 y 5 cm H₂O esperar 10 minutos y repetir medición si la PVC no disminuye suspender el reto; si disminuye actuar según el paso anterior.
 - Si PVC aumenta más de 5 cm H₂O o se estabilizan bruscamente los parámetros hemodinámicos suspender el reto.
- Continuar con oxigenación, mantener si saturación de O₂ < 90% y PaO₂ < 60 mm Hg.
- Traslusión de sangre fresca total si Hb es menor a 7gr% o la anemia es sintomática (taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia), independientemente del valor de la Hb. Tomar en cuenta los niveles de hemoglobina según altitud. (Ver ANEXO 1)
- Identificar y corregir la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo. Considerar necesidad quirúrgica.
- Hospitalizar en unidad de cuidados intensivos.

2. Signos de alarma

La pérdida de conocimiento, alteración significativa de las funciones vitales y la hemorragia profusa.

3. Criterios de alta

Una vez resuelto el factor etiológico, con evidencias de la recuperación de funciones vitales normales, funciones biológicas y reinicio de actividades comunes.

4. Pronóstico

Es reservado porque la mortalidad materna por ésta causa es muy elevada, en especial en establecimientos alejados de centros de referencia con capacidad resolutive.

VIII. COMPLICACIONES

- Anemia aguda.
- Coagulación intravascular diseminada. (CID).
- Insuficiencia renal.
- Panhipopituitarismo.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

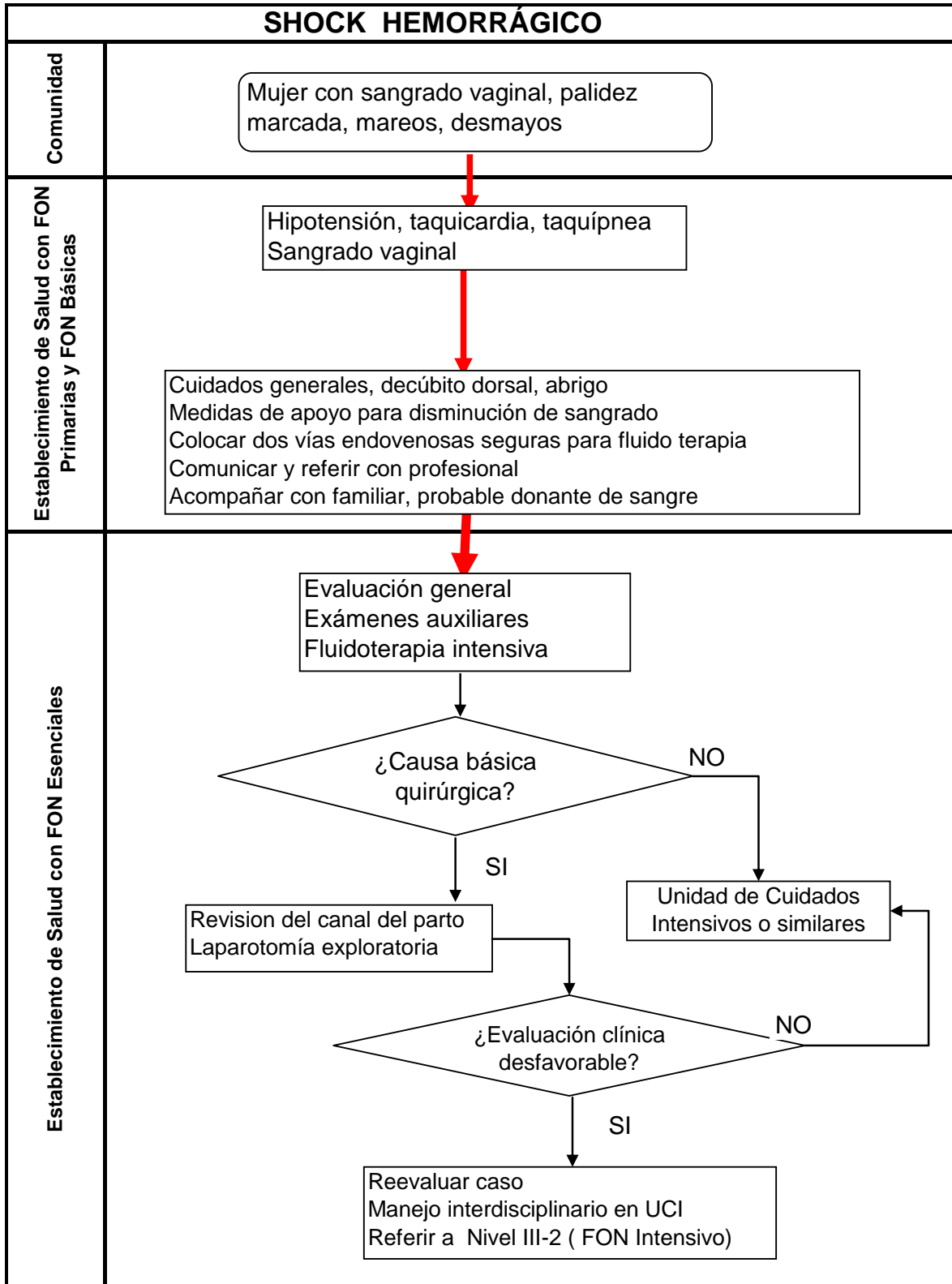
En todos los casos la presunción de un cuadro de este tipo amerita un manejo rápido y en centros de referencia con implementación y personal capacitado para brindar la atención especializada y de urgencia.

Establecimiento con FONP: Identifica los casos y los refiere inmediatamente con dos vías endovenosas seguras con CINA al 9 %o al establecimiento con FONE.

Establecimiento con FONB: Confirma el diagnóstico, evalúa la aplicación de expansores plasmáticos o sangre completa, identifica la etiología del shock y refiere sin pérdida de tiempo con dos vías seguras canalizadas al establecimiento con FONE.

Establecimiento con FONE: Realiza exámenes auxiliares para precisar el diagnóstico, diagnostica la etiología del caso y determina la resolución del mismo, sea quirúrgico o no. Realiza acciones de reposición de volemia para estabilizar a la paciente para su resolución definitiva en las mejores condiciones.

X. FLUXOGRAMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

I. NOMBRES Y CÓDIGO CIE 10

Preeclampsia	O14.9
Eclampsia	O15.9
Hipertensión transitoria de la gestación	O13
Hipertensión crónica	O16
Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada	O11

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Hipertensión inducida por la gestación

Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.

- A. **Preeclampsia leve:** Presencia de:
- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mm Hg.
 - Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- B. **Preeclampsia severa:** La presencia de pre eclampsia y una o más de las siguientes características:
- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
 - Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg
 - Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
 - Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis.
- C. **Eclampsia:** Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia.
- D. **Síndrome HELLP.-** complicación de la preeclampsia caracterizada por:
- Anemia hemolítica microangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr. / dl a predominio indirecto.
 - Aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
 - Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100 000 por ml.

2. Etiología

La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es desconocida.

3. Fisiopatología

Múltiples teorías, actualmente es desconocida. El sustrato es la vasoconstricción generalizada.

4. Aspectos epidemiológicos

Es la segunda causa de muerte materna en el Perú. Origina hasta el 10 % de muertes perinatales y el 15 % de cesáreas.

III. FACTORES ASOCIADOS

- Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas.
- Antecedente de hipertensión en embarazo anterior.

- Edad menor de 20 y mayor de 35.
- Raza negra.
- Primera gestación.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Obesidad.
- Hipertensión crónica.
- Diabetes mellitus.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia.

IV. CUADRO CLÍNICO

- **Hipertensión inducida por la gestación**

Aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mm Hg o incremento de la presión sistólica en 30 mm Hg o más e incremento de la presión diastólica en 15 mm Hg o más sobre la basal.
- Proteinuria de 0.3 a 5 gr. / lit en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (Test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg o incremento de la presión sistólica en 60 mm Hg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mm Hg o más (en relación a la basal).
- Proteinuria igual o mayor de 5gr. / lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
- Oliguria: Menor de 500 ml/24 h. (creatinina mayor de 0.8 mg/dl).
- Edema pulmonar.
- Disfunción hepática
- Trastorno de la coagulación.
- Elevación de creatinina sérica
- Oligohidramnios, Retardo de crecimiento intrauterino.
- Ascitis.

Eclampsia: complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas.

- **Hipertensión transitoria de la gestación:** Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve (no mayor de 140/90 mm Hg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (Hasta 10 días postparto).
- **Hipertensión crónica**
 - Hipertensión (140/90 mm Hg. o más) que precede al embarazo.
 - Hipertensión (140/90 mm Hg. o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación.
 - Hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.
- **Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida:** Su diagnóstico exige la documentación de la hipertensión subyacente crónica, a la que se agrega proteinuria después de las 20 semanas de gestación

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios diagnósticos

Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

2. Diagnóstico diferencial

- Hígado graso agudo del embarazo.
- Púrpura trombocitopénica.
- Síndrome antifosfolípídico.
- Síndrome urémico hemolítico.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica: Solicitar desde la evaluación inicial:

- Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Proteínas en orina de 24 h.

2. De imágenes: Pruebas de bienestar fetal:

- Ecografía obstétrica.
- Perfil biofísico.
- Flujometría Doppler.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categoría I-1)

- Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura de ClNa 9‰ a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-2, I-3)

- Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.
- En caso de preeclampsia severa o eclampsia:
 - Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr. de Sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gts. / min. hasta llegar a FONE.
 - Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
 - Labetalol 200 mg. vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr. vía oral c/12 horas.
 - Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mm Hg en relación a presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110, administrar Nifedipino 10 mg. vía oral como primera dosis y luego 10 mg. cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mm de mercurio.
 - Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB: (Categoría I-4)

Evaluar presión arterial.

Preeclampsia leve:

- a. Control materno:
 - Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
 - Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y Creatinina,
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, Tiempo de protombina, Tiempo parcial de tromboplastina activada, sino cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría
 - Perfil Hepático: TGO, TGP, Billirrubinas totales y fraccionadas y LDH.
- b. Control fetal:
 - Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
 - Test no Estresante cada 48 horas.
 - Ecografía con perfil biofísico semanal.
- c. Considerar hospitalización:
 - Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
 - Si vive lejos, considerar la casa de espera.
- d. Control en hospitalización:
 - Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
 - Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.
 - Autocontrol de movimientos fetales.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía más perfil biofísico semanal.
- e. Sí se diagnostica preeclampsia severa:
 - Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE.

Preeclampsia severa: Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto
 - Otra vía con 10 gr. de Sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 lit. de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gts./min.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg. vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino 1 gr. de Metildopa c/12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mm Hg en relación a la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110, administrar Nifedipino 10 mg. vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 lts. x min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

Eclampsia:

- Realizar lo indicado para Pre eclampsia severa, además:
 - Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo).
 - Vía endovenosa segura.
 - Comunicar y referir a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Preeclampsia leve:

- Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB.
- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.

Preeclampsia severa:

- Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONB.
- Administrar Labetalol 50 mg. endovenoso en 10 minutos seguido de 1-2 mg. por Kg. de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr. de Metildopa c/12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mm Hg. en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 administrar Nifedipino 10 mg. Vía oral. Repetir a los 30 minutos si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg. en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mm Hg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 lts. por minuto.
- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas, de 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.

Eclampsia: Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultanea:

- a) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- b) Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
- c) Paciente en decúbito lateral izquierdo.
- d) Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).
- e) Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
- f) Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.
- g) Monitorización hemodinámica estricta.
 - Diuresis horaria estricta.
 - Control de PVC.
- h) Valoración de las posibles alteraciones funcionales:
 - Función hepática: TGO, TGP.
 - Función renal: Creatinina, Acido Úrico, Sedimento de orina.
 - Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.
 - Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP.
- i) Medidas medicamentosas:
 - Tratamiento de las convulsiones:
Sulfato de Mg 10 mg. diluido en 1000 cc de CNa 9‰, vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gts/min.
 - Tratamiento antihipertensivo:

- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 minutos seguido de 1-2 mg. por Kg. de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr. de Metildopa c/12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mm Hg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 administrar Nifedipino 10 mg. Vía oral. Repetir a los 30 minutos si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg, en 24 horas.
- j) Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.
- k) Estabilización de la paciente:
 - a. Fluidoterapia.
 - b. Corrección de oliguria.
 - c. Control de factores de la coagulación.
 - d. Presión venosa central.
 - e. Oxigenoterapia.
- l) La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.

2. Signos de alarma

- Cefalea.
- Mareos.
- Tinnitus.
- Escotomas.
- Acúfenos.
- Epigastralgia.

3. Criterios del alta

- Presión arterial estabilizada con diastólica menor de 100 mm de Hg.
- Ausencia de signos de alarma.
- Exámenes de laboratorio dentro de lo normal.
- Posibilidad de seguimiento continuo, casa de espera.

4. Pronóstico

- Depende del grado de hipertensión, existencia de daño de órgano blanco y condiciones de hipoxia fetal.

VIII. COMPLICACIONES

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar agudo
- Insuficiencia renal.
- DPP.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

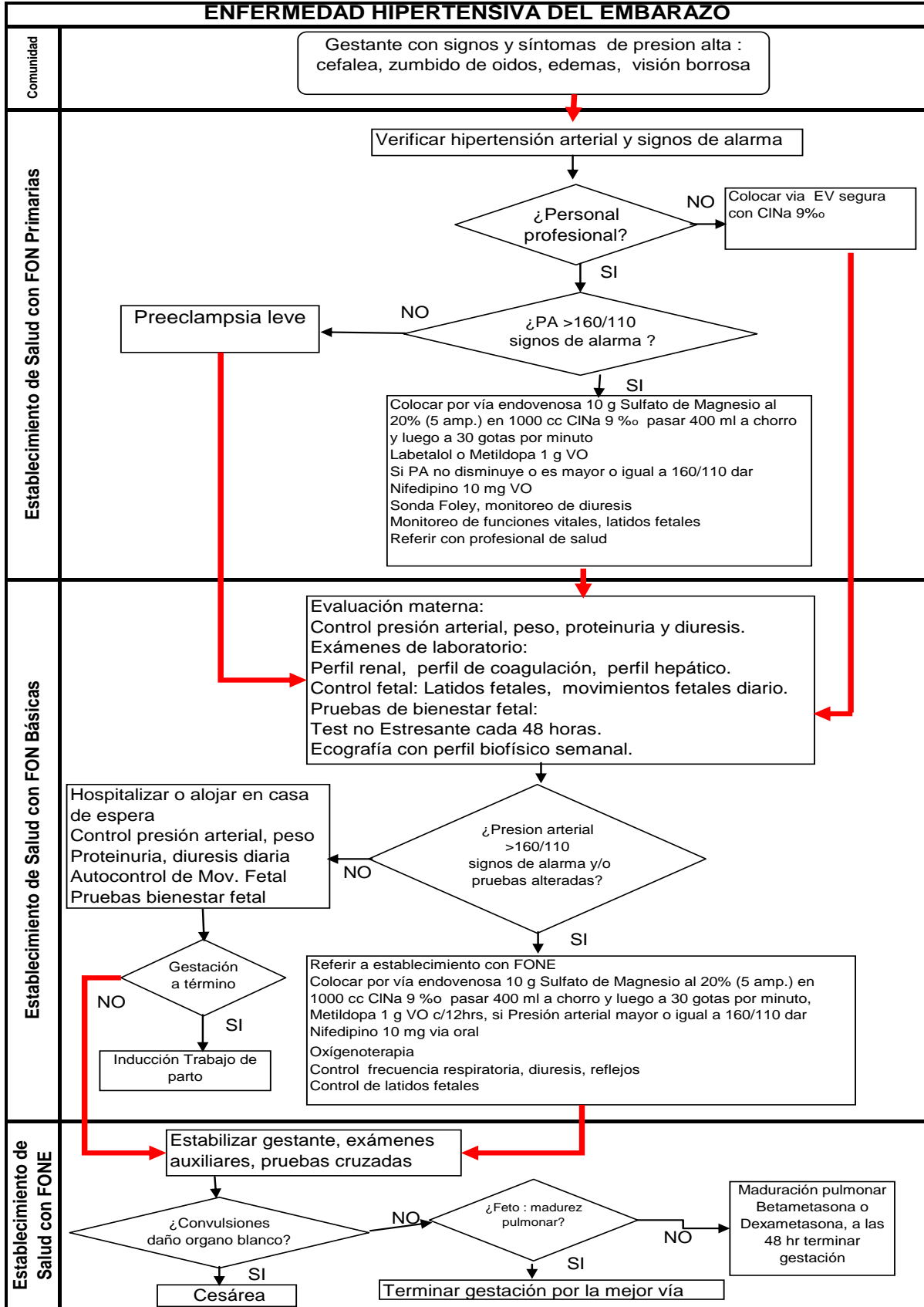
- Toda gestante con criterios de hipertensión arterial debe ser referida a un establecimiento con FONB -FONE.
- Toda paciente con **preeclampsia severa** debe ser referida inmediatamente a un establecimiento con FONE.
- Comunicar oportunamente toda referencia al establecimiento con FONB y FONE.

- Toda referencia debe contar con su respectiva contrarreferencia.

Condiciones de referencia

- Dos vías endovenosas seguras:
 - 1) CINA 9‰, a 40 gotas por minuto.
 - 2) CINA 9‰, con 5 ampollas de Sulfato de magnesio al 20%, pasar 400 cc en 15 minutos a chorro, y 100 cc en una hora, 30 gts. por minuto.
- Administrar hipotensores en preeclampsia severa o eclampsia: 1 gr. de metildopa vía oral cada 12 horas, sino disminuye Nifedipino 10 mg. vía oral.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 lts. por minuto.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

X. FLUXOGRAMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SEPSIS EN OBSTETRICIA

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Sepsis	5.3
Shock séptico	085.5

II. DEFINICIÓN

1. Definición

- Sepsis: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado.
- Sepsis severa: Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: Acidosis láctica, oliguria, alteración de conciencia.
- Shock séptico: estado de choque asociado a una sepsis. Con fines prácticos presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg en una paciente séptica pesar de la administración a goteo rápido de 2000 ml de solución salina o de 1000 ml de coloide.

2. Etiología

- Infección bacteriana es la causa más frecuente.
- Los bacilos Gram negativos son los principales causantes de este síndrome, en los últimos años se ha incrementado la infección por Gram positivo.

3. Fisiopatología

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

4. Aspectos epidemiológicos:

La Mortalidad Materna relacionada a sepsis es menor al 3% y en los casos de shock séptico llega al 28%.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Manipulación de la vía genitourinaria para procedimientos terapéuticos o maniobras abortivas.
- Endometritis puerperal.
- Pielonefritis.
- Corioamnionitis.
- Cesárea en condiciones de riesgo.
- Parto no institucional.
- RPM prolongado.
- Extracción manual de placenta.
- Anemia y estado nutricional deficitario.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS):
 - Temperatura: Mayor de 38 o menor de 36° C.
 - Taquicardia materna: FC mayor de 90 x minuto.
 - Taquípnea: FR mayor de 20 x minuto.
 - Fórmula leucocitaria: mayor de 12,000 o menor de 4000 o desviación izquierda (Abastionados mayor de 10%).
- En Shock séptico:
 - Pulso rápido y débil.

- Presión arterial baja: sistólica menor de 90 mm Hg.
- Palidez.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Ansiedad, confusión o inconciencia.
- Oliguria (orina menor de 0.5ml. x Kg. de peso x hora).

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados.
- Examen físico: Signos y síntomas.
- Hallazgos de laboratorio y exámenes auxiliares.

2. Diagnóstico diferencial

- Aborto séptico.
- Endometritis puerperal.
- Peritonitis.
- Infecciones anexiales.
- Flemón en parametrios.
- Absceso pélvico.
- Tromboflebitis pélvica séptica.
- Fasceitis necrotizante.
- Pielonefritis.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Hemograma.
- Perfil de coagulación: TP, TPTa, Fibrinógeno, Plaquetas.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Glucosa, urea, creatinina.
- TGO, TGP, Bilirrubina Total y Fraccionadas.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Hemocultivo (2 muestras de inicio).
- Cultivo de secreción cervical o endouterina.
- Urocultivo.
- Examen de orina.

2. De imágenes

Ecografía Abdomino pélvica.

3. Pruebas especiales:

Dosaje gases arteriales.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detección de signos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y factores asociados.
- Colocar vía endovenosa segura.
- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal capacitado: Ampicilina 1gr. EV, Gentamicina 80 mg. EV, si la paciente no manifiesta alergia medicamentosa.

- Referir inmediatamente a Establecimiento con FONE.
- Comunicar a establecimiento con FONE de la referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Lo mismo que en el establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Continuar tratamiento antibiótico:
 - Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas, más
 - Gentamicina 5 mg./kg. peso corporal. EV cada 24 horas.
- Otra alternativa de antibióticos:
 - Clindamicina 600 EV diluida cada 8 horas más
 - Gentamicina 5 mg./kg. peso corporal EV/24 horas.
- Colocar sonda Foley N° 14 con bolsa colectora.
- Monitorear diuresis.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE con oxígeno terapia a través de cánula nasal a 3 lts. x minuto.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización.
- Lo mismo que en el Establecimiento con FONB más:
 - Evaluar signos clínicos, resultado de análisis de laboratorio y exámenes auxiliares.
- Continuar con tratamiento antibiótico iniciado en Establecimiento con FONB
Otra alternativa de antibióticos si se cuenta con los recursos
 - Ceftriaxona 2 gr. EV cada 24 horas.
 - Amikacina 1gr. EV cada 24 horas.
 - Metronidazol 500 mg. EV cada 8 horas.
- Fluido Terapia: Administra 2000cc de Cloruro de sodio 0.9% a goteo rápido, seguido de 500 ml de coloide repetir si:
 - Frecuencia cardiaca > 120 por minuto.
 - Diuresis menor 0.5 ml x kg. de peso x hora.
 - Saturación de oxígeno > de 95%.
 - Soporte con inótrofos: solo si PVC > 10 cm y FC menor 120, no sed, no frialdad de manos.
- Tratamiento médico quirúrgico de acuerdo al caso.

2. Signos de alarma:

- Fiebre o hipotermia.
- Hipotensión arterial.
- Taquicardia.
- Oliguria.

3. Criterios de alta:

Paciente afebril, con funciones vitales estables sin evidencias de infección.

4. Pronóstico:

De acuerdo al germen y compromiso sistémico.

VIII. COMPLICACIONES

- Shock séptico.
- Falla multiorgánica.
- Coagulación Intravascular Diseminada.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)

Referir todos los casos a establecimiento con FONB para evaluación. Referir con vía EV segura si cuenta con profesional iniciar antibióticos.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

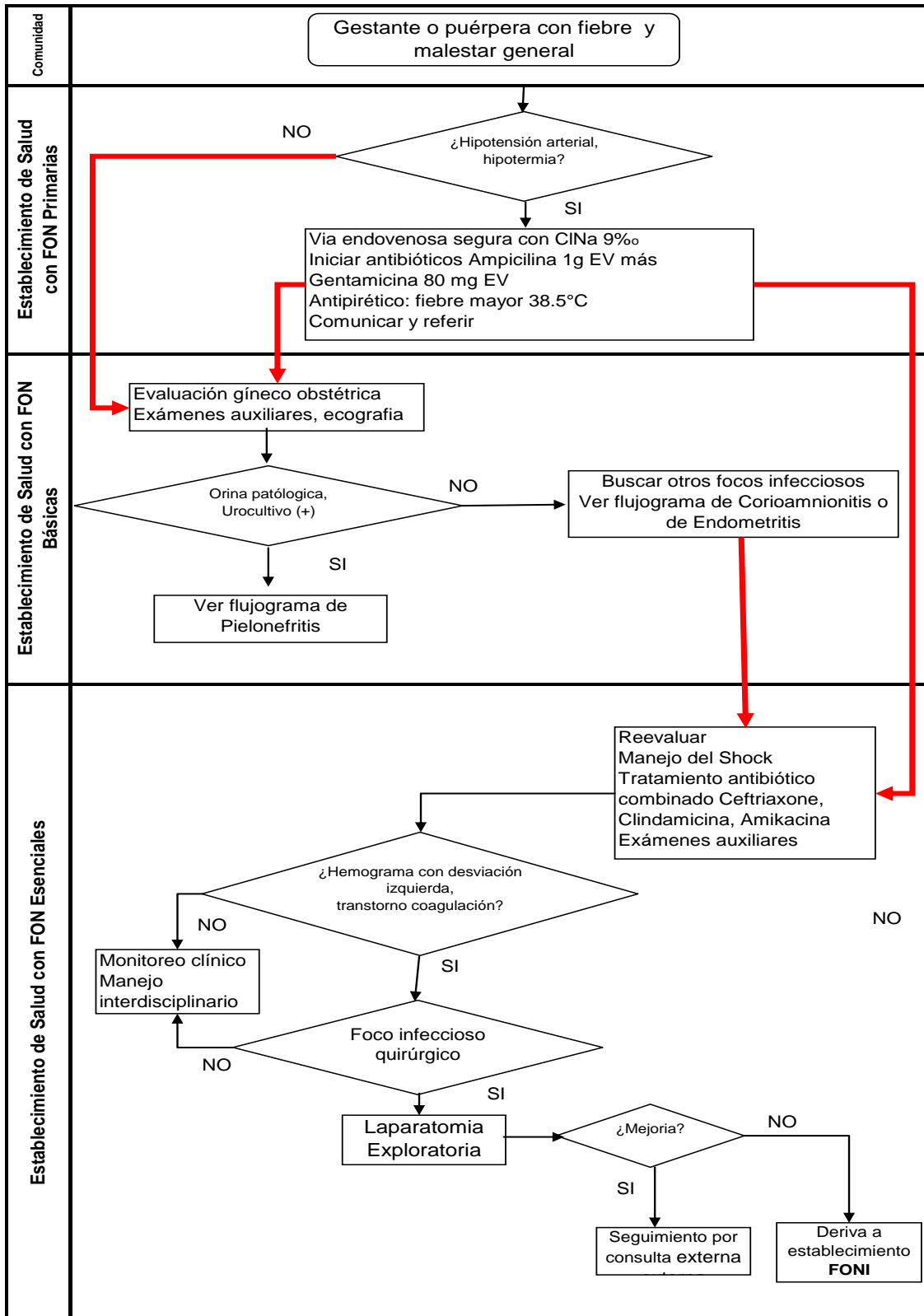
Referir todos los casos con hipotensión o hipotermia en forma inmediata a establecimientos con FONE, con vía EV segura y antibióticos combinados.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)

Referir los casos que requieran hemodiálisis, ventilación mecánica o manejo interdisciplinario en UCI, a establecimientos con FONI.

X. FLUXOGRAMA

SEPSIS Y SHOCK SEPTICO



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ABORTO SÉPTICO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Aborto Séptico

O0.8

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Aborto Séptico: Complicación infecciosa grave del aborto, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico, y síndrome de disfunción orgánica múltiple.

2. Etiología:

Infección ascendente producida por gérmenes gram negativos y anaerobios. Se produce como consecuencia de aborto espontáneo complicado, aborto frustrado complicado y/o maniobras abortivas.

3. Aspectos epidemiológicos:

El 5% de las muertes maternas durante el 2005 tuvieron como causa básica el aborto, de los cuales la mayoría fueron por aborto séptico.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Edad materna: menor de 15 años o mayores de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedentes de abortos previos.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socioeconómicas (desnutrición).
- Falta de atención prenatal.
- Violencia familiar.

IV. CUADRO CLÍNICO

Aborto incompleto, frustrado, etc, presenta fiebre de 38°C y/o sangrado con mal olor; y se hayan descartado otras causas.

Estadios clínicos:

- Endometritis: Limitado al útero.
 - . Síndrome febril.
 - . Flujo vaginal mal oliente.
 - . Taquisfigmia.
- Anexitis: Compromete útero y anexos.
A los signos anteriores se agrega:
 - . Dolor pélvico y/o abdominal.
 - . Dolor a la movilización de cuello uterino.
- Pelvi peritonitis: Compromete órganos pélvicos.
 - . Signos peritoneales.
 - . Taquipnea o polipnea.
- Shock séptico.
 - . Hipotensión arterial.
 - . Oliguria o anuria.
 - . Hipotermia.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico:

- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados.
- Examen físico: Signos y síntomas.
- Hallazgos de laboratorio y exámenes auxiliares.

2. Diagnóstico diferencial:

- Sepsis.
- Pielonefritis.
- Enfermedad Inflamatoria pélvica complicada.
- Vulvovaginitis complicada.
- Patología Cervico-vaginal (Cáncer, pólipos, cervicitis, etc.).

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica

- Hemograma, Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Lámina periférica (Hemólisis).
- Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, fibrinógeno, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina.
- Prueba de confirmación del embarazo. (Orina, sangre).
- Urea, creatinina.
- Pruebas hepáticas.
- Prueba de vaginosis – Secreción Vagina.
- Examen de orina.
- Hemocultivo, urocultivo.
- Cultivo de restos abortivos o de secreción purulenta de cuello uterino.

2. De imágenes:

Ecografía abdominal y pélvica.

3. Pruebas especiales:

- Gases arteriales.
- Cultivo de anaerobios.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detección de signos de aborto séptico y factores asociados.
- Colocar vía EV segura con ClNa 9‰.
- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal de salud capacitado: Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas y Gentamicina 5mg. por kg./peso EV cada 24 horas. Otra alternativa Clindamicina 600 mg. EV y Gentamicina 5mg. por kg./peso EV cada 24 horas.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar de la referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Lo mismo que establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Iniciar tratamiento antibiótico: Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas y Gentamicina 5mg. por kg./peso EV en 24 horas. Otra alternativa Clindamicina 600 mg. EV cada 8 horas y Gentamicina 5mg. por kg./ peso EV cada 24 horas.
- Fluido terapia: pasar 1000 cc. de CINA 9‰ a goteo rápido y mantener a 60 gotas por minuto.
- Administrar oxigenoterapia con cánula nasal 3 litros por minuto.
- Colocar Sonda Foley N °14 con bolsa colectora.
- Monitorear diuresis.
- Referir inmediatamente a Establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2) y Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas - FONI

- Manejo interdisciplinario.
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Vigilancia Intensiva o Unidad de Cuidados Intermedios según el estadio clínico.
 - Monitoreo de signos vitales, diuresis horaria.
 - Fluido terapia: pasar 1000 cc de CINA 9‰ EV, goteo rápido y mantener a 60 gotas por minuto.
 - Oxigenoterapia.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Administrar líquidos intravenosos para lograr diuresis mínima 0.5 cc./Kg. peso por hora.
- Administrar sangre si hemoglobina es menor de 7 gr. % o presenta anemia sintomática.
- Tratamiento antibiótico:
Esquemas alternativos:
 - a. Ampicilina 1 gr EV c/6h. más:
Gentamicina 5mg. por Kg./peso EV en 24 horas.
 - b. Clindamicina 600 mg. EV c/8h, más:
Amikacina 500 mg. EV c/12h más
Ceftriaxona 2 gr. EV c/ 24 h.
 - c. Ciprofloxacina 2gr.. EV c/12h más:
Amikacina 500 mg. EV c/12h más
Ceftriaxona 2 gr. EV c/24 h.
- Estabilizado la paciente y con tratamiento antibiótico iniciado se procederá al tratamiento quirúrgico:
 - a) Legrado uterino: Si el cuadro esta limitado al útero y existían restos en cavidad (Estadio I).
 - b) Si a las 6 horas del legrado uterino no se evidencian signos de mejoría pasar a histerectomía.
 - c) Histerectomía abdominal total más salpingooforectomía unilateral o bilateral según estado de los ovarios o expectativas reproductivas de la paciente si:
 - El cuadro alcanzó los anexos (estadio II).
 - Existe absceso pélvico (estadio III).
 - No existe respuesta al tratamiento conservador de la infección uterina.

2. Signos de alarma

- Fiebre o hipotermia.
- Hipotensión arterial.
- Sangrado vaginal con mal olor.
- Oliguria.

3. Criterios de alta

Paciente afebril, con funciones vitales estables sin evidencias de infección.

4. Pronóstico

De acuerdo al germen y compromiso sistémico.

VIII. COMPLICACIONES

- Shock séptico.
- Perforación uterina.
- Desgarros de cervix.
- Pelviperitonitis.

IX. CITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)

Referir todos los casos a establecimiento con FONE para evaluación. Referir con vía EV segura si cuenta con profesional iniciar antibióticos.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

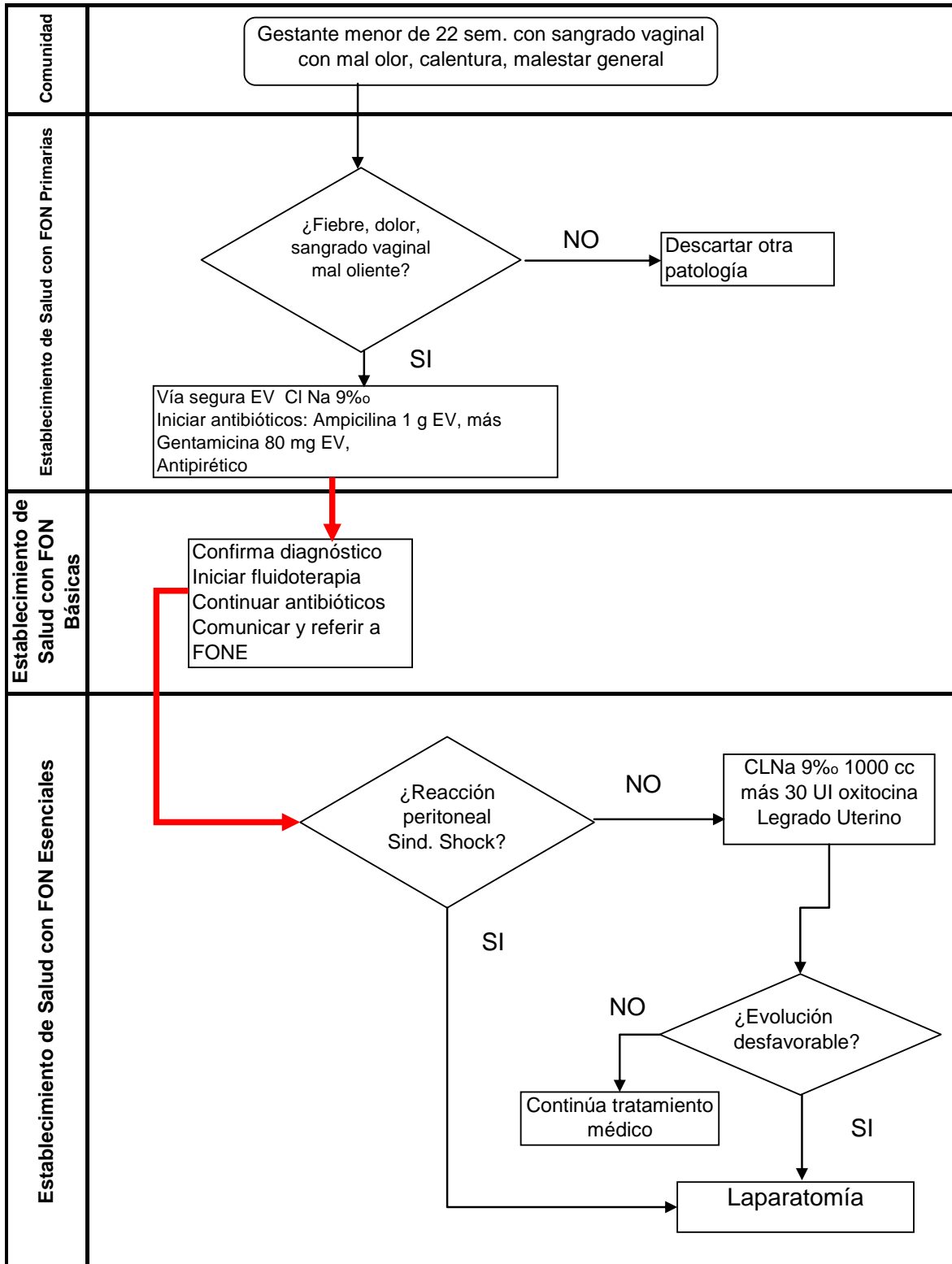
Referir todos los casos con hipotensión o hipotermia en forma inmediata a establecimientos FONE, con vía EV segura y antibióticos combinados.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)

Referir los casos que requieran hemodiálisis, ventilación mecánica o manejo interdisciplinario en UCI, a establecimientos con FONI.

X. FLUXOGRAMA

ABORTO SÉPTICO



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Rotura prematura de membranas (RPM) O42.9

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes de inicio del trabajo de parto.

RPM prolongada: Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas.

2. Etiología:

- Traumatismos y complicaciones de procedimientos invasivos.
- Estiramientos de las membranas: Incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple.
- Infección local por Trichomonas, estreptococo grupo B, Clamydia, Ureaplasma.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de vitamina C, Cobre o Zinc.

3. Aspectos Epidemiológicos:

Frecuencia es de 16 a 21% en embarazo a término y 15 a 45% en el embarazo pretérmino.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Embarazo múltiple y polihidramnios.
- Infección cervico vaginal.
- Infección intraamniótica.
- Presentaciones podálica y transversa.
- Antecedente de RPM y parto pretérmino.
- Infección del tracto urinario.
- Traumatismo.
- Pruebas auxiliares invasivas.

IV. CUADRO CLÍNICO:

- Pérdida de líquido por vagina, con olor a lejía, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal.
- Visión directa de salida de líquido amniótico por cervix al examen con espéculo, espontáneamente o a la maniobra de Valsalva (pujar).
- Al tacto vaginal no se tocan membranas ovulares.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico:

- a.- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados
- b.- Examen físico general y ginecológico con espéculo.
- c.- Hallazgos de laboratorio y ecografía.

2. Diagnóstico diferencial:

- Flujo vaginal (ardor, prurito y otras características propias).
- Eliminación del tapón mucoso.
- Incontinencia urinaria (tos, esfuerzo).
- Ruptura de quiste vaginal.

- Hidrorrea decidual (líquido ubicado en el espacio entre decidual parietal y refleja).
- Rotura de pre bolsa de las membranas ovulares (espacio existente entre corión y amnios).

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica:

- Test de FERN observación al microscopio de una gota de líquido que toma aspecto de hojas de helecho al ser desecado por 5 minutos (96% exactitud).
- Método de Laneta: Positivo (+): Observación de halo blanquecino en el porta objeto calentado.
- Test de nitrazina (papel) determina el Ph alcalino del líquido amniótico: Es positivo (+) si vira de amarillo a azul (95%) de exactitud puede dar falsos positivos en contacto con moco cervical, sangre, orina, semen y antisépticos.
- Hemograma.
- Proteína C reactiva.
- Examen de orina.

2. Diagnóstico por Imágenes:

- Ecografía: Oligohidramnios que antes no existía
- Pruebas de bienestar fetal: Ecografía, Perfil Biofísico Fetal, Monitoreo Fetal.

3. Exámenes especiales:

Test Clements.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéuticas

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detectar factores de riesgo asociados.
- Instalar vía EV segura.
- Iniciar antibiótico terapia si cuenta con personal de salud capacitado.
 - Si RPM es mayor de 12 hrs. usar antibiótico:
Ampicilina 2 gr. EV si la gestante no manifiesta signos de alergia medicamentosa,
Otra alternativa: Eritromicina 500 cada 8 horas por vía oral , ó Gentamicina 160 mg. IM.
 - Si hay fiebre o líquido con mal olor iniciar antibiótico terapia combinada:
Ampicilina 2 gr. EV, más Gentamicina 160 mg. EV
- Traslado en camilla, control de pérdida de líquido (Paño perineal).
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Iniciar antibiótico terapia con Ampicilina 2 gr. EV c/ 6 horas, mas Eritromicina de 500 mg. cada 8 horas vía oral por 48 horas y luego continuar con Eritromicina de 500 mg. cada 8 horas por vía oral y amoxicilina 250 mg. cada 8 horas vía oral por 5 días.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tacto vaginal.
- Especuloscopia para precisar condiciones cervicales y recoger muestra de fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación.
- Ecografía para evaluar edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, situación placentaria.
- Sospecha de corioamnionitis, referir inmediatamente a establecimiento con FONE con antibiótico terapia combinada Ampicilina 2 gr EV más Gentamicina 5mg por kg / peso

corporal o Clindamicina 600 mg. EV más Gentamicina 5mg por kg./peso corporal la conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:

- Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción transferir a establecimiento con FONE.

- Gestación pre-término: Derivar a establecimiento con FONE, si gestación se encuentra entre 31 y 33 semanas iniciar maduración pulmonar fetal: con Betametasona 12 mg. intramuscular por día, 2 dosis, en casos de no contar con Betametasona usar Dexametasona 4 mg. intramuscular c/ 6 horas por 8 dosis.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Continuar con antibiótico terapia de establecimiento con FONP/FONB.
- Solicitar exámenes auxiliares
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos.
- Especuloscopia ,Test de Fern
- Realizar pruebas de bienestar fetal
- Realizar pruebas de maduración pulmonar
- Si presenta signos de corioamnionitis: Iniciar terapia antibiótica combinada con Ampicilina 1gr. EV cada 6 horas más Gentamicina 5 mg. por kg./peso EV cada día, otro esquema terapéutico sería Clindamicina 600 mg. endovenosa c/ 8 hrs. más Gentamicina 5 mg. x kg. EV cada 24 horas y terminar la gestación por la vía más rápida.
- La conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:
 - Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea.
 - Gestación pre-término:
 - Gestación entre 34 y 36 semanas: manejar igual que feto a término.
 - Gestación entre 31 y 33 semanas: Administración de corticoides, y antibiótico terapia por 48 horas; y extracción fetal mediante cesárea o inducción de trabajo de parto según condiciones obstétricas.
 - Gestación menor de 31 semanas: Conducta expectante y manejo multidisciplinario.

2. Signos de alarma

- Fiebre.
- Disminución de movimientos fetales.
- Alteración patológica de los latidos fetales.
- Oligoamnios severo.
- Pruebas de bienestar fetal alteradas.

3. Criterios de alta

Paciente puérpera sin signos de infección ni compromiso general.

4. Pronóstico

Materno depende de la severidad del cuadro infeccioso.

Fetal depende de la edad gestacional del término del embarazo y de la severidad de la infección.

VIII. COMPLICACIONES

- Corioamnionitis.
- Endometritis puerperal.
- Sepsis y Shock séptico.

- Desprendimiento prematuro de placenta.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

Toda gestante que refiera pérdida de líquido y/o fiebre, debe ser referida a un establecimiento con FONB para su evaluación. Si tiene más de 12 horas de RPM iniciar antibióticos.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Toda gestante pre-término con evidencia de pérdida de líquido, toda inducción fallida de gestantes a término con RPM, toda corioamnionitis deben ser referidas a un establecimiento con FONE con vía EV segura y antibióticos.

X. FLUXOGRAMA Ver pagina 55

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CORIOAMNIONITIS

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Corioamnionitis O41.1

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Infección inespecífica de la cavidad amniótica, de sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto.

2. Etiología:

Infección producida principalmente por cualquiera de los gérmenes que se encuentran en la vagina. La corioamnionitis se puede desarrollar cuando se produce una ruptura de las membranas (bolsa de líquido amniótico) durante un largo período. Esto permite el ingreso de microorganismos vaginales al útero.

3. Fisiopatología:

Las vías de infección pueden ser:

- Vía ascendente o transcervical.
- Vía hematógena o transplacentaria.
- Vía Transparietal.

4. Aspectos epidemiológicos:

Se presenta en 1 a 2 por ciento de todos los embarazos, pero es mucho más común en los partos prematuros.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Ruptura prematura de membranas.
- Pérdida del tapón mucoso más de 48 horas.
- Disminución de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico (anemia, bajo nivel de Zinc).
- Coito pre parto.
- Trabajo de parto prolongado.
- Tactos vaginales frecuentes.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Flujo vaginal mal oliente y/o purulento.
- Fiebre materna.
- Taquicardia materna.
- Dolor a la palpación del útero.
- Taquicardia fetal.
- Alteración de la frecuencia cardiaca fetal (DIP II y III).

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico:

- a.- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados.
- b.- Examen físico: Signos y síntomas.
- c.- Hallazgos de laboratorio.

2. Diagnostico diferencial:

- a.- Pielonefritis.
- b.- Infecciones vaginales.
- c.- Otras patologías febriles durante el embarazo.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica:

- Hemograma: Leucocitosis (mayor de 12,000) o leucopenia (menor de 4000) con desviación izquierda.
- Velocidad de sedimentación (VSG) mayor de 60 mm.
- Proteína C reactiva: mayor de 2 mg./dl.
- Tinción Gram: Presencia de gérmenes en líquido amniótico y más de 50 leucocitos x campo.
- Cultivo de secreción cervical.

2. De imágenes:

- Ecografía: Perfil biofísico fetal con oligohidramnios y no reactividad.

3. De exámenes especiales:

Pruebas de bienestar fetal:

- Test no estresante (NST): No reactivo con variabilidad disminuida
- Test estresante (TST): DIP II y DIP III

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detección de factores asociados.
- Colocar vía EV segura.
- Iniciar tratamiento antibiótico:
Ampicilina 2gr. EV cada 6 horas y Gentamicina 5 gr./kg. peso EV cada 24 horas.
Otra alternativa: Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5 gr./kg. peso EV cada 24 horas.
- Monitoreo materno fetal.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Lo mismo que en el establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Ante la sospecha de coriomionitis derivar a establecimiento con FONE.
- Continuar tratamiento antibiótico combinado establecido.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización
- Lo mismo que en el establecimiento con FONB, se pueden evaluar usar otras alternativas de antibiótico terapia en caso de que sea necesario:
 - Ceftriaxona 1 gr. EV cada 24 horas, Amikacina 500 mg. cada 12 horas y Metronidazol 500 mg. EV cada 8 horas.
- Corioamnionitis: culminar la gestación luego de estabilización hemodinámica del caso.
- Sepsis: Culminar gestación después de administrar primera dosis de antibiótico.

2. Signos de alarma

- Fiebre.
- Líquido con mal olor.
- Alteración de latidos fetales.
- Dolor a la palpación del útero.

3. Criterios de alta

Puérpera sin signos de infección ni compromiso general.

4. Pronóstico

Materno depende de la severidad del cuadro infeccioso.

Fetal depende de la edad gestacional y de la severidad de la infección.

VIII. COMPLICACIONES

- Endometritis puerperal.
- Sepsis.
- Shock séptico.

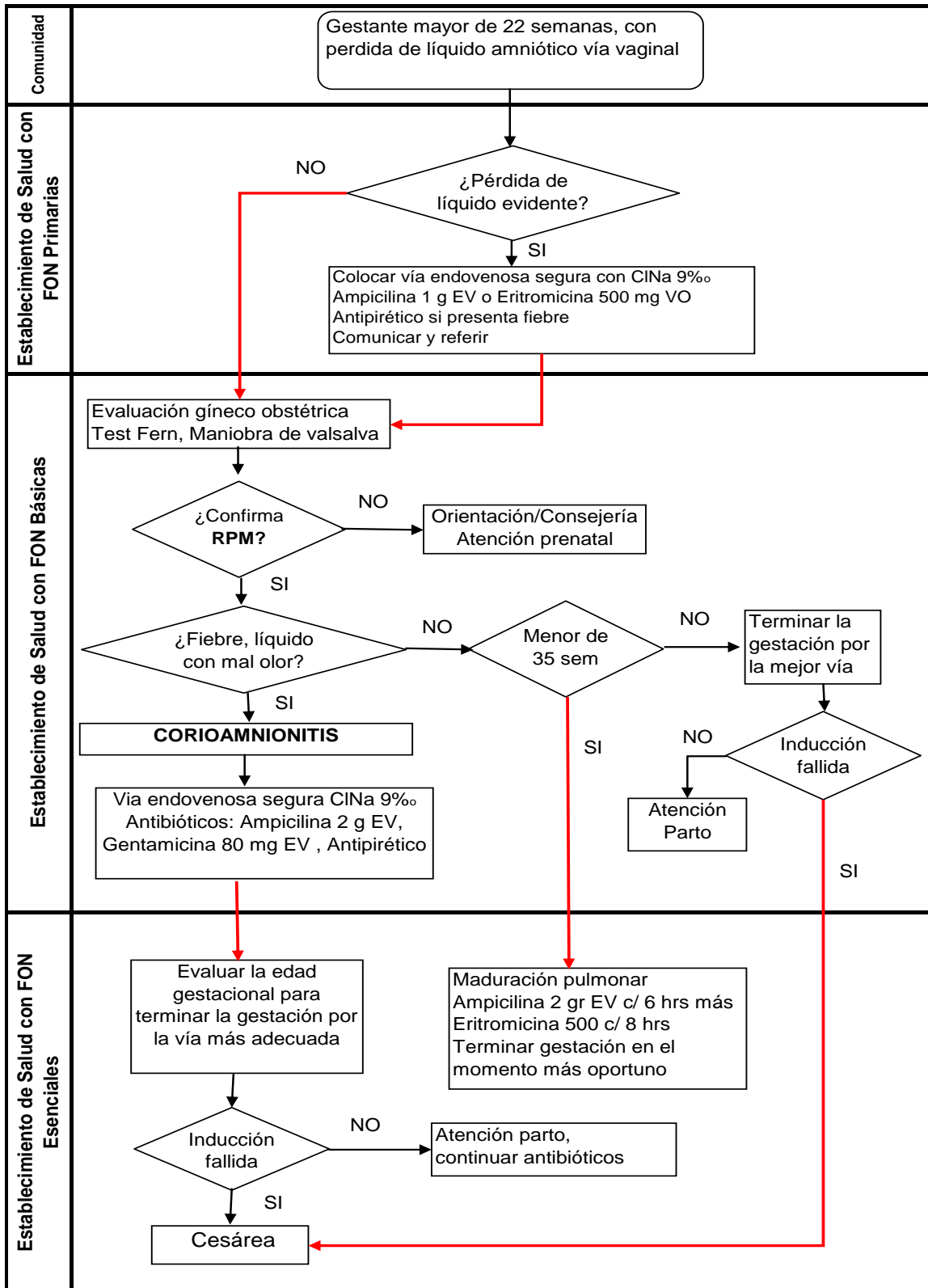
IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4)

Toda paciente que presente: fiebre, líquido con mal olor, alteración de latidos fetales, dolor a la palpación del útero debe ser referida de inmediato a un establecimiento con FONE, con vía EV segura y antibióticos.

X. FLUXOGRAMA

RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ENDOMETRITIS PUERPERAL

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Endometritis puerperal 085.0

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con posibilidad de invadir la capa muscular. La infección puede favorecerse si existe retención de restos placentarios. Se caracteriza por presentar fiebre mayor de 38°C, pasadas las 48 horas del parto, en dos controles cada 6 horas.

2. Etiología

Los gérmenes más frecuentemente presentes son:

- Estreptococos.
- Anaerobios.
- E. Coli.
- Bacterioides.
- Clostridium.
- Estafilococo dorado.

3. Aspectos epidemiológicos

Se presenta en un 5% en partos vaginales y hasta en un 15 % en post cesárea.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Anemia.
- Estado nutricional deficitario.
- RPM.
- Corioamnionitis previas.
- Parto domiciliario.
- Trabajo de Parto Prolongado.
- Múltiples tactos vaginales.
- Parto traumático.
- Retención de restos placentarios.
- Cesárea en condiciones de riesgo.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Fiebre alta postparto o post cesárea.
- Escalofríos.
- Dolor uterino intenso a la palpación.
- Subinvolución uterina.
- Dolor a la movilización del cuello uterino.
- Útero sensible.
- Loquios purulentos y malolientes.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico:

- a.- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados.
- b.- Examen físico general y ginecológico.
- c.- Hallazgos de laboratorio y ecografía.

2. Diagnostico diferencial:

- Infección de episiotomía o desgarro.
- Infección de herida operatoria.
- Ingurgitación mamaria.
- Mastitis puerperal.
- Infección del tracto urinario.
- Flebitis.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De patología clínica:

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo, factor Rh.
- VDRL, prueba de Elisa VIH.
- Cultivo de loquios.
- Coloración Gram de loquios.
- Examen de orina.

2. De imágenes:

- Ecografía revela útero sub involucionado, algunas veces con retención de restos placentarios; también puede revelar la presencia de absceso pélvico.

3. Pruebas especiales

- Cultivo para anaerobios.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

Detectar factores de riesgo asociados.

- Toma de temperatura y evaluación del estado general.
- Colocar vía segura con Cloruro de sodio al 9 o/oo.
- Si la temperatura es mayor de 38.5° administrar Metamizol 1gr. IM. Stat.
- Administrar antibiótico si cuenta con personal de salud capacitado:
 - Ampicilina 2 gr. EV cada 6 horas, más
 - Gentamicina 5 gr./kg. peso EV cada 24 horas.

Otra alternativa:

- Clindamicina 600 mg. EV cada 8 horas, más
- Gentamicina 5gr./kg. peso cada 24 horas.
- Referir inmediatamente a un establecimiento con FONB.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

- Hospitalizar.
- Evaluar y realizar el diagnóstico diferencial.
- Solicitar exámenes auxiliares.

- Colocar vía EV segura con Cloruro de sodio al 9 o/oo con 20 UI de oxitocina, pasar a 30 gotas por minuto
 - Continuar antibiótico terapia siguiente:
 - Ampicilina 1 gr. EV c/6 horas, más
 - Gentamicina 5 mg./Kg. peso corporal EV cada 24 horas.
- Otra alternativa
- Clindamicina 600 mg. VO cada 8 horas, más
 - Gentamicina 5mg./Kg. peso corporal EV / día.
- En caso de retención de restos placentarios, realizar legrado uterino si cuenta con médico capacitado y equipamiento.
 - Tratamiento parenteral continuará hasta que la puerpera esté asintomática por espacio de 48 horas, luego se suspende antibióticos.
 - Si en 24 horas no se evidencia mejora post legrado puerperal referir a un establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar a la paciente en Unidad de Cuidados Intermedios, UCI.
 - Solicitar exámenes de laboratorio y ecografía.
 - Continuar terapia antibiótica:
 - Ampicilina 1gr. EV c/6 horas más
 - Gentamicina 5 mg./Kg. de peso corporal cada 24 horas.
- Otra alternativa
- Ceftriaxona 1 gr. EV cada 8 horas, más
 - Amikacina 500 mg. EV cada 12 horas, más
 - Metronidazol 500 mg. EV cada 8 horas.
- El tratamiento parenteral continuará hasta que la puerpera esté asintomática por espacio de 48 horas, luego se suspende antibióticos.
 - Proceder a realizar LU si el caso lo amerita.
 - Si la fiebre persiste hasta 72 horas a pesar del tratamiento adecuado debe sospecharse en Tromboflebitis Pélvica, un absceso pélvico, fiebre farmacológica o fiebre por otras causas.
 - Manejo interdisciplinario.
 - Tratamiento quirúrgico si fracasan las medidas anteriores (antibioticoterapia, legrado uterino)

2. Signos de alarma

- Fiebre.
- Loquios con mal olor.
- Hipotensión arterial.
- Hipotermia.

3. Criterios de alta

Paciente sin evidencias de infección puerperal.

4. Pronóstico

De acuerdo a la severidad de la infección.

VIII. COMPLICACIONES

- Pelvi peritonitis.
- Shock séptico.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

Toda puérpera con fiebre debe ser referida a un establecimiento con FONB para evaluación por profesional con exámenes auxiliares.

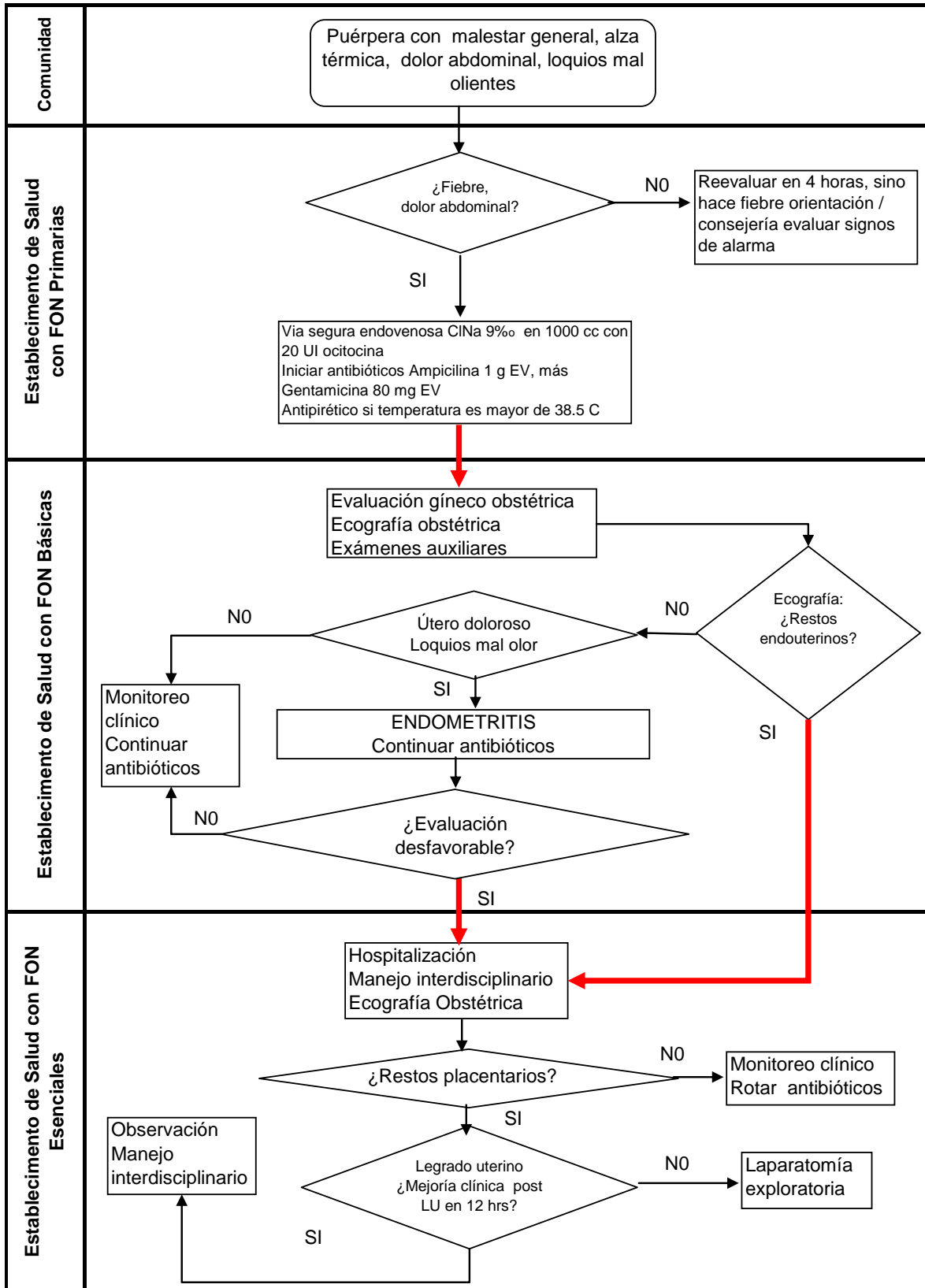
Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Toda puérpera que requiera legrado puerperal y no se cuente con profesional médico capacitado o no tenga el equipamiento requerido debe ser referida a un establecimiento con FONE

Toda puérpera que no evolucione adecuadamente post legrado debe ser referida a un establecimiento con FONE.

X. FLUXOGRAMA:

ENDOMETRITIS



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ALTERACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Trabajo de parto prolongado O63.0 O63.1

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

2. Etiología

- Desproporción céfalo pélvica.
- Mala presentación o situación fetal.
- Uso de sedantes uterinos.
- Ayuno prolongado.
- Distocias cervicales y de contracción.

3. Fisiopatología

Detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de dichas proteínas y/o calorías.

4. Aspectos epidemiológicos importantes

La atención del parto domiciliario puede ser un factor condicionante en la detección tardía de los factores que intervienen en la presentación del trabajo de parto prolongado.

La frecuencia es de 0.33 a 1.5 % de los partos.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Medio ambiente

- Parto domiciliario.

2. Estilos de vida

- Gestantes obesas o desnutridas.

3. Otros

- Gestantes adolescentes: < 15 años.
- Gestantes añosas: > 35 años.
- Talla corta: < 1.40 cm.
- Abdomen péndulo.
- Intervalo ínter genésico prolongado.
- Cesareadas anteriores.

IV. CUADRO CLÍNICO

- Duración prolongada del trabajo del parto.
- Curva de dilatación del trabajo de parto ingresa a la zona de riesgo.

- Monitoreo clínico del trabajo de parto alterado.
- Agotamiento materno.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

Gestante en trabajo de parto por más de 12 horas.

- **Alteraciones de la fase latente:**
Mediante el tacto vaginal se pueden detectar la progresión de la dilatación y el descenso en mayor tiempo del promedio.

Fase Latente Prolongada: Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

- **Alteraciones de la fase activa:**
Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por Enlentecimiento:

- a) Fase Activa Lenta o Prolongada: Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas
- b) Retraso del Descenso o Descenso lento: Cuando la presentación fetal desciende menos de 1cm./hora en nulíparas y menos de 2 cm./hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

Por Detención:

- a) Detención de la Dilatación: Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.
- b) Detención del Descenso: Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.

- **Alteraciones del expulsivo**
 - a) Expulsivo prolongado:
 - Más de 2 horas en nulíparas
 - Más de 1 hora en multíparas

2. Diagnóstico Diferencial

- Falso trabajo de parto.

VI EXÁMENES AUXILIARES

1. De imágenes:

- Ecografía.

2. De exámenes especiales:

- Monitoreo fetal electrónico intraparto.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y preventivas

Detección oportuna de los factores de riesgo durante la atención prenatal.

Detección oportuna de los signos de alarma: Monitoreo continuo de trabajo de parto.

Nutrición e hidratación con productos ricos en glucosa durante el trabajo de parto.

2. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento

El objetivo del manejo es detectar oportunamente los casos en riesgo, detectar la patología del trabajo de parto oportunamente y darle un manejo adecuado.

Llevar al mínimo el riesgo de morbilidad.

3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

Utilizar la oxitocina en dosis fisiológicas y controlar estrictamente su aplicación por el profesional de salud. El uso indiscriminado puede producir efectos adversos sobre el feto y la madre que pueden comprometer la salud de la madre y el niño.

4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

- La curva de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana en el partograma con curva de alerta.
- Disminución de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas.
- Detención de la dilatación o el descenso.
- Formación de un anillo de contracción doloroso en el útero que se puede evidenciar al examen clínico.
- Duración del parto mayor de 12 horas.

5. Criterios de alta

El alta se dará luego de realizado el parto con evolución favorable, a las 24 horas de producido.

6. Pronóstico

Favorable cuando la intervención es oportuna.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detectar factores de riesgo y signos de alarma.
- Identificar a gestantes con fecha probable de parto cercana y referir.
- Referir a toda gestante con contracciones uterinas al establecimiento con FONB.
- A la que presenta signos de alarma o factores de riesgo referirla con una vía segura.
- Comunicar de la referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

- Detección de factores de riesgo.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.
- Evaluación General: estado general, estado nutricional, peso talla, funciones vitales.
- Evaluación Obstétrica:

Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.

- Identificación de signos de alarma.
- Si se diagnostica como parto obstruido referir a establecimiento con FONE.
- Comunicar al sitio de referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Realizar tacto vaginal para detectar si la prolongación del trabajo de parto es por una fase latente prolongada o una fase activa prolongada.

- **Fase latente prolongada:**
 - a) Descartar falso trabajo de parto.
 - b) Brindar apoyo psicológico a la paciente.
 - c) Permitir la deambulación

- d) Ofrecer dieta y líquidos
- e) Monitorear el progreso del trabajo de parto
- **Fase activa prolongada (incremento de la dilatación <1 cm. por hora)**
 - a) Estimular el trabajo de parto con Oxitocina. Iniciar con 8 gotas por minuto de una solución de 1000cc de ClNa 9 ‰ con 10 UI de oxitocina, luego regular el goteo cada 15 minutos hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos.
 - b) Monitorear la estimulación del trabajo de parto utilizando el partograma con curva de alerta de la OMS.
 - c) En caso que la curva se desvíe hacia la derecha o los indicadores de dilatación o descenso de la presentación no evolucionen favorablemente considerar la posibilidad de cesárea.
- **Expulsivo Prolongado (> 1 hora en multíparas y >2 horas nulípara)**

Reevaluar la pelvis materna y las dimensiones fetales además del bienestar fetal.
En caso de ser compatibles las dimensiones maternas con las fetales proceder a realizar parto instrumentado (Vacuum extractum) de haber profesional capacitado. En caso contrario o si éste fracasara realizar cesárea.

VIII. COMPLICACIONES

Maternas

- Hemorragias por desgarros cervicales: Proceder a la reparación mediante sutura si es que el desgarro es sangrante con catgut crómico cero y de acuerdo al nivel de complejidad. En algunos casos el sangrado puede cohibirse mediante la compresión con pinzas.
- Rotura uterina: Amerita reparación quirúrgica en sala de operaciones.
- Lesión de partes blandas: debe de ser suturada en caso de existir hemorragia y según nivel de complejidad.

Fetales:

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia.
- Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

Se debe instalar una vía EV segura, estabilizar y referir a la gestante en las mejores condiciones a un establecimiento con FONB o FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Debe diagnosticar, estabilizar y referir en condiciones óptimas a la gestante.

La atención del parto eutócico debe realizarse en este nivel.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Todo parto distócico con prolongación del tiempo debe atenderse en este nivel.

El nivel FONE debe resolver el caso según lo indicado en el manejo en la presente guía.

X. FLUXOGRAMA Ver pagina 73

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA Y ESTRECHEZ PÉLVICA

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

Desproporción fetopélvica	O65.4
Estrechez Pélvica	O65.2

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

2. Etiología

- Malformaciones congénitas fetales.
- Desnutrición materna.
- Macrosomía fetal.
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas.
- Diabetes.

3. Fisiopatología

La relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permiten el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre.

4. Aspectos epidemiológicos importantes

La talla corta de las mujeres en especial de las zonas rurales se relaciona con desnutrición lo cual a su vez se puede acompañar de un desarrollo inadecuado de la pelvis.

Asimismo la alta frecuencia de embarazo adolescente condiciona el parto en una mujer cuya pelvis no se ha desarrollado completamente.

La frecuencia es de hasta 8% de todas las cesáreas en el Perú.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Medio ambiente

- Considerar aquellas zonas con bajo desarrollo económico condicionantes de desnutrición.

2. Estilos de vida

- Inicio precoz de la vida sexual sin protección.

3. Factores hereditarios

- Diabetes
- Talla corta

4. Otros

- Gestantes añosas
- Altura uterina mayor de 35 cm.
- Distocias en los partos anteriores.

IV. CUADRO CLÍNICO

1.- Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología

- Alteración detectable al examen obstétrico.
- Falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primerizas.
- Falta de progresión del trabajo de parto, tanto en la fase activa y el expulsivo.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

a) Pelvis Estrecha

Examen vaginal:

- Promontorio tactable menor de 12 cm.
- Curvatura sacrocoxigea con exostosis.
- Diámetro biciático < 9,5 cm
- Diámetro bisquiático < 8 cm.
- Angulo subpúbico < 90 grados.

b) Desproporción Céfalo Pélvica

El principal signo es el trabajo de parto prolongado al que se agrega lo siguiente:

Examen obstétrico:

- Altura uterina > 35 cm.
- Ponderación fetal mayor de 4 kilos por examen clínico.
- Cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis que no se consigue proyectar dentro de la pelvis a la presión del fondo uterino.
- Moldeamiento 3 (sutura superpuesta y no reducible).
- Caput succedaneum.
- Regresión de la dilatación.
- Deflexión y asinclitismo de la cabeza fetal.
- Presentaciones mixtas.

Examen Ecográfico Fetal

- Diámetro biparietal > 95 mm.
- Ponderado fetal > 4000 grs.

2. Diagnóstico Diferencial

- Compatibilidad feto pélvica.
- Disfunción hipodinamia uterina.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De imágenes:

- Ecografía Fetal.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas Generales y preventivas

Generales:

- Identificación, captación, diagnóstico y referencia oportuna de las gestantes.
- Optimizar el sistema de referencia.
- Uso de partograma en todo trabajo de parto.

Preventivas:

- Mejorar la nutrición infantil de las niñas.
- Evitar el embarazo en adolescentes.

- Manejo adecuado de la diabetes en la gestación.

2. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento

El objetivo es el diagnóstico precoz para determinar oportunamente la vía del parto.

3. Signos de alarma

- Trabajo de parto prolongado.
- Hiperdinamia uterina.
- Signos de sufrimiento fetal.
- Presentación del anillo de contracción uterina.

4. Criterios de alta

El alta se realizará al cabo de tres días de realizada la cesárea de no existir ninguna complicación.

5. Pronóstico

Favorable cuando la intervención es oportuna. En el caso de estrechez pélvica se someterá a cesárea electiva en los siguientes embarazos.

En el caso de desproporción dependerá del desarrollo fetal.

VIII. COMPLICACIONES

Maternas

- Hemorragias por desgarros cervicales.
- Ruptura uterina.
- Lesión de partes blandas.

Neonatales

- Asfixia
- Trauma obstétrico

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Referir a toda gestante en trabajo de parto al establecimiento con FONB.
- Atender el parto inminente.
- De darse el caso referir al establecimiento con FONE a toda paciente que supere las 2 horas de expulsivo o éste tienda a prolongarse.
- Si la gestante presenta factores de riesgo o signos de alarma para desproporción feto pélvica, talla menor de 1.40mts. referir antes de las 37 semanas al establecimiento con FONB.
- Considerar la posibilidad de alojamiento en casa de espera.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)

Evaluación General:

Ectoscopia, estado general, estado nutricional, peso talla, funciones vitales.

- Evaluación Obstétrica:
Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.
- Detección de factores de riesgo.
- Signos de alarma.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.

- Referencia de los casos de desproporción céfalo pélvica o estrechez a partir de las 37 semanas al nivel FONE, considerar el alojamiento en la casa de espera.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Confirmar los hallazgos encontrados en el nivel FONB.
- Solicitar los exámenes de laboratorio correspondientes.
- Realizar cesárea.

X. FLUXOGRAMA: Página 73

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARTO PODÁLICO

I. NOMBRE Y CODIGO CIE 10

Parto Podálico

O64.1

II. DEFINICIÓN

1. Definición:

Es el parto en el cual el polo de presentación es la pelvis del feto, comprende las variedades de nalgas puras y las variedades completa en donde se presentan las nalgas y ambos miembros inferiores y la incompleta en que se presentan los miembros inferiores.

2. Etiología

El factor etiológico en la mayoría de casos no está definido, en otros casos es debido a distocia funicular, estrechez pélvica, placenta previa, parto prematuro, malformaciones fetales, malformaciones uterinas y tumoraciones uterinas.

3. Fisiopatología del problema

Después de las 34 semanas el feto adopta su posición definitiva la cual normalmente es cefálica.

El parto en presentación pélvica conlleva a un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal y morbilidad materna, debido a que la complejidad del expulsivo produce trauma o anoxia fetal.

4. Aspectos epidemiológicos importantes

Del 3 al 4 % de las gestantes llegan al término de su gestación con feto en presentación podálica.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Factores Congénitos

- Malformaciones Uterinas
- Malformaciones Fetales.

2. Otros

- Prematuridad.
- Tumoraciones uterinas.
- Placenta previa.
- Estrechez Pélvica.

IV. CUADRO CLÍNICO

Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología.

Examen obstétrico completo referido a:

- Maniobras de Leopold.
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por encima del ombligo (con estetoscopio de Pinard).

Examen vaginal:

- Tactar partes fetales: nalga o miembros inferiores.
- Presencia de meconio.

Examen ecográfico fetal

- Presentación podálica.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

- Detección de factores de riesgo.
- Examen Clínico: examen abdominal, tacto vaginal.
- Examen Ecográfico.

2. Diagnóstico Diferencial

- Deflexión de Cara.
- Presentación Transversa.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De imágenes:

- Ecografía Fetal.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas Generales y preventivas

Generales:

- Realizar maniobras de Leopold en todo CPN.
- Realizar tacto vaginal a partir de las 36 semanas de gestación.

Preventivas:

- Referir a toda paciente con presentación podálica a las 36 semanas al establecimiento con FONE.

2. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento.

El objetivo del tratamiento es permitir que todos los partos podálicos arriben oportunamente al establecimiento con FONE, donde mayoritariamente deben ser resueltos mediante cesárea, excepto aquellos que se encuentren en periodo expulsivo avanzado.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3) y Básicas (Categoría I4)

- Detectar precozmente la presentación podálica y referirla al establecimiento con FONE para la programación de cesárea con la debida anticipación.
- Canalizar una vía segura a gestante en trabajo de parto y referir inmediatamente al nivel FONE.
- De encontrarse el parto podálico en periodo expulsivo, sin posibilidades de llegar oportunamente al nivel FONE considerar la atención del parto por vía vaginal, según descripción más adelante.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

La vía de elección de atención del parto podálico es la cesárea a menos que se encuentre en periodo expulsivo.

Atención del parto por vía vaginal

Previamente se debe informar a la gestante y familiares, obteniendo el consentimiento informado.

Se debe de seguir el siguiente procedimiento:

Previa evacuación de vejiga y con vía EV canalizada.

- Evaluación de la pelvis.

- Esperar que la dilatación esté completa.
- Apoyo emocional.
- Anestesia epidural con bloqueo pudiendo si fuera necesario.
- Una vez que las nalgas han entrado a la vagina diga a la mujer que puede pujar con fuerza durante las contracciones.
- Realizar episiotomía si el perineo es muy estrecho.
- Permitir la expulsión de las nalgas y el tórax hasta que se visualicen los omóplatos.
- Sostenga las nalgas en una mano sin hacer tracción.
- Si las piernas no se expulsan espontáneamente extraiga una pierna por vez.
- Sostenga al bebé por las caderas sin jalarlo.
- Permita que los brazos se liberen espontáneamente, ayude si es necesario.
- Después de la expulsión del primer brazo eleve las nalgas hacia el abdomen de la madre para permitir que el segundo brazo se expulse.
- Extraiga la cabeza de la siguiente manera:
 - Ponga al bebé con la cara hacia abajo sosteniéndole el cuerpo longitudinalmente sobre su mano y brazo.
 - Coloque el primer y tercer dedos de la mano con que lo sostiene sobre los pómulos del bebé, y coloque el segundo dedo en la boca del bebé para bajar la mandíbula y flexionar la cabeza.
 - Utilice la otra mano para sujetar los hombros del bebé.
 - Con dos dedos de esta mano, flexione la cabeza del bebé hacia el pecho, al tiempo que, con la otra, baja la mandíbula para flexionar la cabeza del bebé hacia abajo hasta que se vea la línea de inserción del cabello.
 - Jale con delicadeza para extraer la cabeza.
 - Pídale a un asistente que presione por encima del pubis de la madre, mientras expulsa la cabeza para mantenerla flexionada.
 - Levante al bebé, todavía a horcajadas sobre su brazo, hasta que la boca y la nariz queden libres.
- Luego de realizar el alumbramiento examine cuidadosamente el canal del parto y repare cualquier desgarro.

3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

En caso de no detectarse la presentación podálica oportunamente el riesgo es tanto para la madre como para el feto.

- Para la Madre: Lesiones del canal del parto.
- Para el Feto: Asfixia en sus diferentes grados, trauma obstétrico.

4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

- Rotura prematura de membranas.
- Prolapso de miembros o cordón.
- Proscidencia de cordón.
- Hiperdinamia uterina.
- Signos de sufrimiento fetal: alteraciones de los LCF y presencia de meconio.

5. Criterios de alta

Los mismos que para una cesárea. En el caso del parto vaginal los mismos del parto.

6. Pronóstico

En el caso del parto vaginal el pronóstico para el RN depende del Apgar al momento del nacimiento y las dificultades para la extracción fetal.

VIII. COMPLICACIONES

De la atención por vía vaginal:

Materna:

- Desgarro vaginal.

Perinatales:

- Sufrimiento fetal.
- Retención de cabeza.
- Fractura de clavícula.
- Parálisis braquial.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- El establecimiento con FONP debe referir a toda gestante con factores de riesgo al establecimiento con FONB durante la atención prenatal
- En caso de trabajo de parto debe instalar una vía EV segura, estabilizar y referir a la gestante en las mejores condiciones al establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3) y Básicas (Categoría I4)

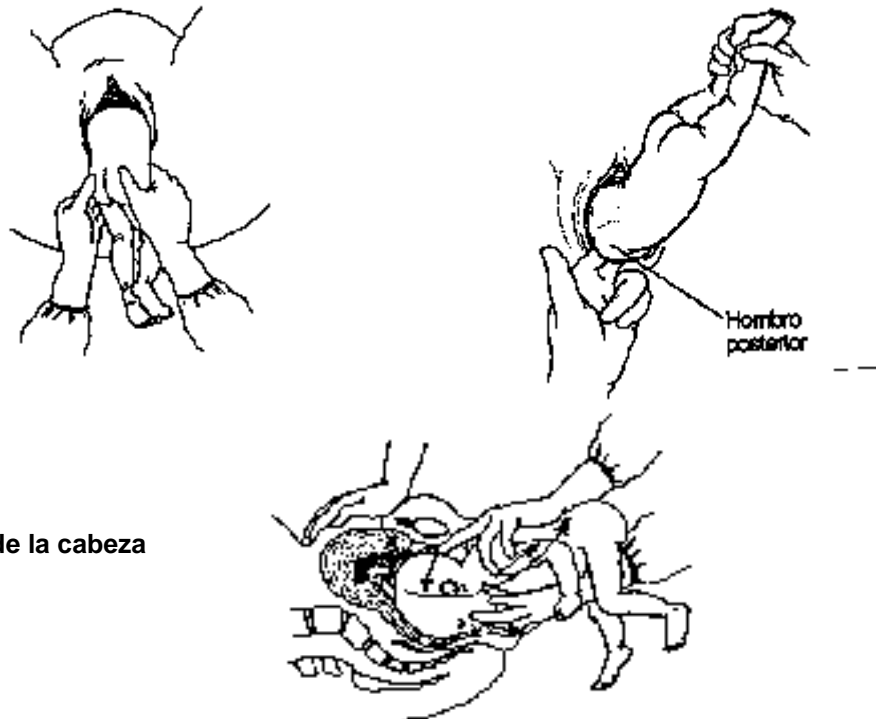
- El establecimiento con FONB debe diagnosticar, estabilizar y referir en condiciones óptimas a la gestante al establecimiento con FONE.
- Si el parto es inminente debe atenderse en este nivel según el procedimiento descrito.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

- Todo parto podálico debe ser atendido mediante cesárea programada a partir de las 37 semanas.
- Realizar la contrarreferencia.

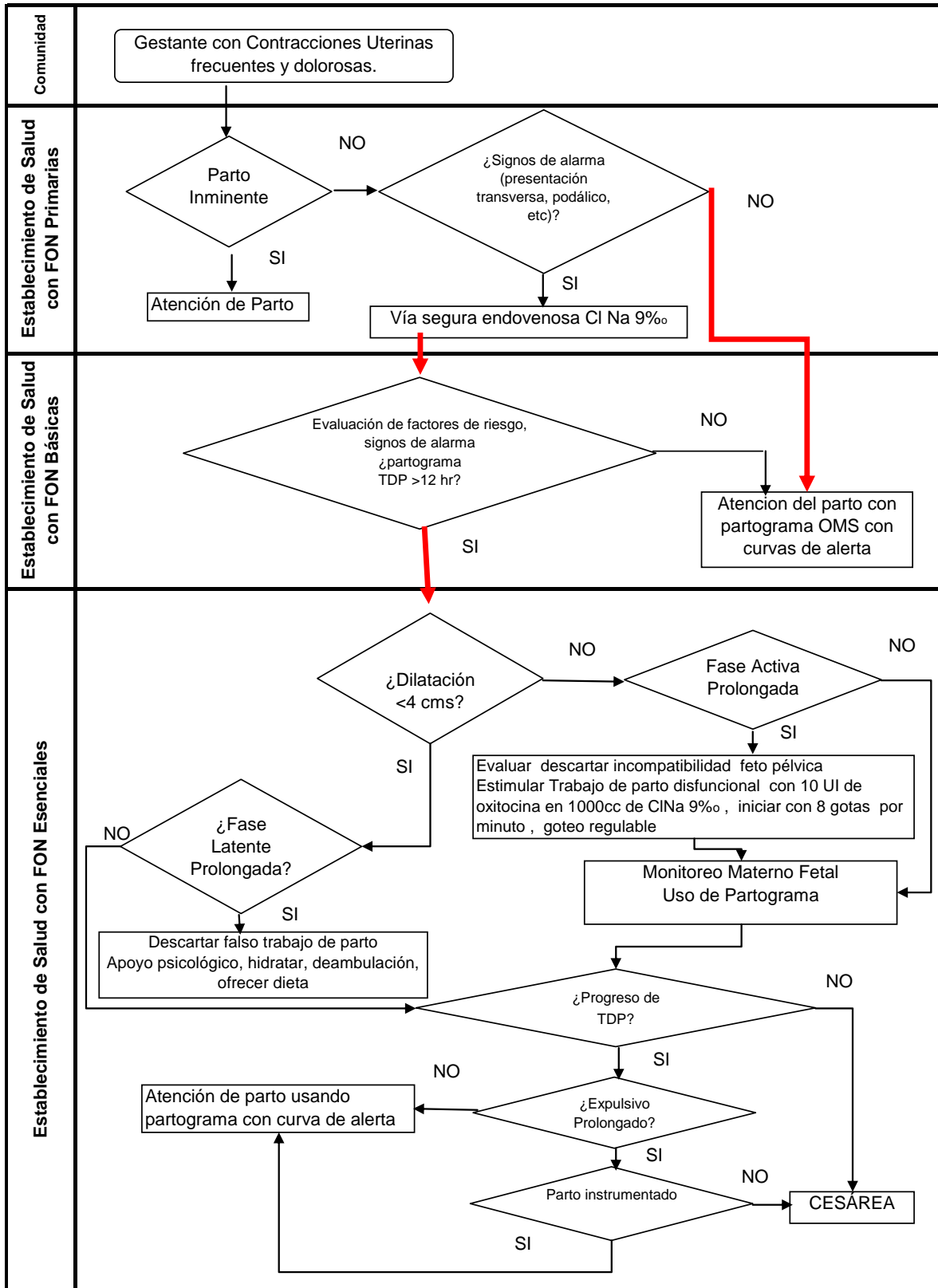
X. FLUXOGRAMA ver pagina 73

XI. ANEXOS Gráfico extracción fetal en podálica



Extracción de la cabeza

ALTERACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO



ANEXO 1

ATENCIÓN PRENATAL

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Atención prenatal

II. DEFINICIÓN

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el personal de salud destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

- Embarazo no deseado.
- Embarazo en adolescente.
- Gestante de más de 35 años.
- Lugar de residencia lejana.
- Pobreza.
- Analfabetismo.
- Paridad: nuliparidad / multiparidad.
- Antecedentes patológicos de carácter general.
- Antecedentes obstétricos patológicos.

IV. PROCEDIMIENTO

1. Características

- Precoz.
- Periódico.
- Integral.

2. Objetivos

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto e identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la adecuada nutrición.
- Detectar el cáncer de cérvix uterino y la patología mamaria.
- Detectar el VIH y la Sífilis y dar tratamiento profiláctico en caso de ser positivo.
- Detectar violencia y brindar apoyo.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.

- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional (plan de parto) con participación de la pareja y/o de la familia.

3. Frecuencia de las Atenciones Prenatales

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral.

Se considera como mínimo que una gestante reciba 06 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas.
- La quinta entre las 33 a 35 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

4. Procedimientos

Primera atención prenatal

Debe durar no menos de 20 minutos (dependiendo de los factores de riesgo) y comprende:

- Elaboración de la Historia Clínica del SIP 2000, incluyendo:

Anamnesis: Considerar filiación, antecedentes personales de importancia en la gestante, antecedentes ginecológicos y antecedentes obstétricos y precisar la edad gestacional. Indagar sobre violencia y salud mental.

Si en los establecimientos **FONP** se identifican factores de riesgo o signos de alarma referir a establecimientos **FONB o FONE**.

Examen clínico general, que incluye funciones vitales, y el examen de los diferentes aparatos y sistemas (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc.).

Se realiza en establecimiento **FONB, FONE y FONP** con profesional capacitado.

Examen obstétrico completo (confirmar gestación normal)

Se realiza en establecimientos **FONB, FONE y FONP** con profesional capacitado.

Exámenes auxiliares básicos hemoglobina (se evaluará según altitud de cada lugar), Grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, urea y creatinina, reacciones serológicas para sífilis (RPR) e infección por VIH (Test ELISA o prueba rápida para VIH), examen completo de orina, ecografía obstétrica).

Se realiza en establecimientos **FONB, FONE y FONP** con profesional capacitado, y laboratorio.

Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

- Toma de muestra para Papanicolaou.
- Llenado del carné perinatal.
- Evaluación y control del estado nutricional.
- Solicitar evaluación odontostomatológica.
- Iniciar vacunación antitetánica.
- Tamizaje de depresión y violencia.
- Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.
- Consejería en estilos de vida saludables: nutrición, ejercicios, reposo, sexualidad y recreación.

Atenciones prenatales posteriores

Las siguientes consultas deben durar no menos de 15 minutos dependiendo de los factores de riesgo y deben realizarse según el protocolo de periodicidad, considerando:

- **En todas las consultas:**
 - Evaluación integral.
 - Interrogar por signos y síntomas de alarma.
 - Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
 - Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
 - Interpretación de exámenes auxiliares.
 - Evaluar edad gestacional.
 - Indicar suplemento de hierro con Ácido fólico después de las 16 semanas.

- **A partir de las 28 semanas:**
 - Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
 - Control de latidos cardiacos fetales.
 - Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
 - Iniciar estimulación prenatal desde las 12 semanas y preparación psicoprofiláctica del parto desde las 22 semanas.

- **A partir de las 35 semanas:**
 - Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica en primigrávidas.
 - Determinación del encajamiento fetal.
 - Reevaluación del estado general materno.
 - Actualizar exámenes auxiliares, según criterio médico.
 - Solicitar pruebas de bienestar fetal, según caso.
 - Solicitar riesgo quirúrgico y programar para cesárea electiva los casos necesarios.

5. Signos y síntomas de alarma

Su presencia obliga a acudir inmediatamente al establecimiento de salud para atención:

- Náuseas y vómitos intensos o repetidos.
- Disuria.
- Fiebre.
- Sangrado vía vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Cefalea intensa o permanente.
- Visión borrosa, escotomas y/o zumbido de oídos.
- Aumento súbito de peso. Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida vaginal de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Ser objeto de Violencia.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.

6. Criterios de hospitalización

- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- Violencia.
- Trabajo de parto.

- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el especialista.

7. Seguimiento

La atención prenatal debe ser realizada por personal de salud capacitado en los establecimientos **FONP**, si se detectan factores de riesgo o signos de alarma referir a establecimiento de mayor capacidad resolutiva **FONB**, **FONE** según el caso. En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera cercana a un establecimiento **FONB** o **FONE** según sus factores de riesgo.

ANEMIA SEGÚN LOS SIGUIENTES VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

Altitud (metros)	Incremento de hemoglobina y hematocrito según altitud		Valor de hemoglobina y hematocrito para considerar anemia	
	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)
Menos de 1000	0	0	11	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.5	34.5
2000	0.8	2.5	11.8	35.5
2500	1.3	4.0	12.3	37.0
3000	1.9	6.0	12.9	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.0	15.5	47.0

ANEXO 2

ATENCIÓN DEL PARTO

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Atención del parto

I. DEFINICIÓN:

La atención del parto es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.

PARTO: expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos.

PARTO EUTÓCICO: Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vertex, con sus anexos completos.

PARTO DISTÓCICO: Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.

II. REQUISITOS:

- Establecimiento con capacidad resolutive: (personal capacitado, insumos, infraestructura) y sistema de referencia organizado.
- Consentimiento informado de la gestante y familiar.
- Historia clínica con partograma, en donde se registrara todos los datos de la gestante y la evolución del parto.
- Sala de partos con los equipos e instrumental necesarios:
 - Camilla ginecológica y materiales para atención de parto con adecuación cultural.
 - Incubadora fija y de transporte
 - Detector de latidos fetales Doppler.
 - Equipo de Reanimación Neonatal.
 - - Aspirador de secreciones.
 - Fuente de calor para el recién nacido Oxígeno y accesorios.
 - Equipo de atención de parto: 3 pinzas Kocher, 1 tijera de mayo recta, 1 tijera de episiotomía, pinza de disección, porta aguja.
 - Estetoscopio Pinard.
 - Tensiómetro.
 - Estetoscopio biauricular.
 - Ropa para atención de parto (mandilón de plástico, mandilón de tela, gorras, mascarillas, botas, 2 toallas, tres en uno, campo estéril).
 - Cinta del CLAP.
 - Termómetro.
 - Reloj.
- Medicamentos
 - Oxitocina.
 - Catgut crómico o ácido poliglicólico 2/0 con aguja nr 35.
 - Xilocaina o Lidocaína al 2% AD 20 cc.
 - Konakion.

- Gentamicina oftálmica.
- Cloruro de sodio 9‰ 1000 cc.
- Materiales e insumos
 - 4 Pares de guantes estériles.
 - 8 Gasas 20x15 cm.
 - Solución con yodo povidona.
 - 2 Jeringas de 10 cm
 - Clamp
 - Jeringa de tuberculina
 - Alcohol y algodón
 - Sonda para evacuar vejiga
 - Equipo de venoclisis.
 - Abocath Nro. 18x1.5
 - Esparadrapo de preferencia antialérgico.

IV. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

COMUNIDAD: Agente comunitario de salud y /o familia.

- Identificación de la gestante y referencia de gestantes a término.
- Referencia oportuna de gestante con contracciones uterinas frecuentes de buena intensidad y duración, expulsión tapón mucoso, pérdida de líquido sangrado vaginal (signos de trabajo de parto).
- Organización comunal en coordinación con el Gobierno local para la referencia oportuna: Transporte, potenciales donantes de sangre, botiquín comunal.
- Comunicación al sitio de referencia.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categoría I-1)

- Recepción de la gestante, evaluación de la edad gestacional.
- Identificar factores de riesgo.
- Determinar signos de alarma.
- Control de funciones vitales materna: Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Peso, edemas.
- Identificación y referencia de gestantes a término a establecimiento con FONB o casa de espera cercana a un establecimiento con FONB.
- Referencia oportuna de gestante con signos de trabajo de parto.
- Atención del parto si éste es inminente o no referible (cuando la gestante ha iniciado sus contracciones y por el tiempo y distancia no es posible que la gestante llegue al establecimiento del siguiente nivel).
- Registrar los datos en la historia clínica materno perinatal.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-2, I-3)

- Identificar factores de riesgo, si es necesario referir a una casa de espera
- Control de funciones vitales materna: Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Peso, edemas.
- Examen obstétrico: Maniobras de Leopold, auscultación de FCF, medición de altura uterina, tacto vaginal (determina altura de presentación, incorporación y dilatación cervical, estado de las membranas, características de la pelvis)
- Identificación y referencia de gestantes a término a establecimiento FONB.
- Referencia oportuna de gestante con signos de trabajo de parto.
- Atención del parto si éste es inminente o no referible.
- Registrar los datos en la historia clínica materno perinatal.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB (Categoría I4)

- Recepción de la gestante.
- Solicitar a la gestante que evacue espontáneamente la vejiga.
- Registrar los datos en la historia clínica materno perinatal.
- Interrogatorio de la gestante, para precisar las circunstancias en la que el parto se ha iniciado, pérdida de tapón mucoso, pérdida de líquido, etc.
- Control de funciones vitales maternas: Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Peso, edemas.
- Examen clínico general (palidez, ictericia, cianosis, edemas, etc).
- Maniobras de Leopold, auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina, movimientos fetales, ponderado fetal.
- Determinar factores de riesgo.
- Tacto vaginal previa asepsia para verificar:
 - Tipo de presentación.
 - Grado de encajamiento.
 - Incorporación y dilatación cervical.
 - Características de la pelvis.
 - Estado de las membranas.
 - Posibles patologías (prolapso de cordón, prolapso de miembros)
- Solicitud de hemoglobina, hematocrito, VDRL, HIV (ELISA o prueba rápida con información previa), si en la historia clínica no consta.
- Si la gestante no tiene factores de riesgo y se encuentra en fase latente de trabajo de parto: hospitalizar.
- Anotar en el libro de emergencia la hora y el estado obstétrico de la paciente (incorporación, dilatación, altura de presentación frecuencia cardiaca fetal (FCF), signos vitales maternos, etc.

PROCEDIMIENTOS SEGÚN PERIODO DEL TRABAJO DEL PARTO

1.- Primer periodo: Dilatación

- Permitir la ingesta de alimentos, mates o líquidos azucarados, toda vez que lo desee.
- Ropa adecuada según costumbre de la zona.
- Permitir la deambulación.
- Acompañamiento de su pareja o familiar.
- La gestante adoptará la posición que le es más cómoda.
- Brindar apoyo psicológico y recordarle la técnica de relajación y respiración.
- Control de la evolución del trabajo de parto: control de dinámica uterina cada hora durante 10 minutos (frecuencia, intensidad y duración de la contracción uterina).
- Elaboración del partograma de la OMS a partir de los 4 cm. de dilatación.
- Control de descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos).
- Tacto vaginal cada 4 horas, siempre cuando la progresión del parto sea normal (procurar no hacer más de 4 tactos).
- Auscultación fetal con estetoscopio de Pinard o Doppler cada 30 minutos, si se detecta alteración de los LF realizarlo cada 10 minutos.
- Control horario de presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria.
- No realizar ruptura artificial de membrana cuando la evolución del parto es normal.
- Pasa a sala de expulsión cuando.
 - Primípara: Dilatado 10 y altura de presentación más 2
 - Multípara: Dilatado 10 y altura de presentación "0" mas deseos de pujar.
 - Gran multípara: Dilatado 8
- Si se detecta algún signo de alarma del trabajo de parto, realizar el tratamiento según patología, sino es posible referir a un establecimiento FONE.

2. Segundo periodo: Expulsivo

Cuando la dilatación ha completado y sienta deseos de pujar.

- Permita el acompañamiento por un familiar si la gestante lo desea.
- El profesional debe respetar estrictamente las reglas de bioseguridad: lavarse las manos, utilizar ropa y guantes estériles
- Micción espontánea, o evacuación vesical con sonda descartable antes del ingreso a sala de expulsivo.
- Posición a elección de la parturienta según su cultura. (de pie, semisentada, cuclillas, de rodillas, echada, etc.)
- Preparación de la mesa con el instrumental adecuado
- Higiene vulvo perineal según técnica.
- Colocación de campo estéril.
- Controlar Latidos fetales.
- Descartar presencia de líquido meconial.
- Pídale a la mujer que jadee o de pequeños pujos, acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.
- Proteger el periné durante el expulsivo, episiotomía si fuera necesario
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de la mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionadas.
- Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto deslícelo por encima de la cabeza y si está ajustado píncelo con dos pinzas y córtelo.
- Aspirar boca y nariz en caso de líquido meconial.
- Permita que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
- Parto del hombro, coloque las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (zona de los parietales del bebé), dígame a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé, con una mano mientras éste, se deslice hacia afuera.
- Coloque al recién nacido, sobre la mesa de atención en un campo de felpa precalentada, clampar el cordón umbilical y cortar.
- Colocar el niño sobre el tórax de la madre hasta por treinta minutos para estimular el pezón lo que ayuda a mejorar la relación madre-niño y el inicio precoz de la lactancia materna en recién nacido sin signos de alarma.

3. Periodo de alumbramiento

Alumbramiento espontáneo o fisiológico en establecimientos con FONP (con Técnico de enfermería o Técnico Sanitario).

- Este periodo no debe durar más de 30 minutos.
- Signo de desprendimiento de la placenta.
Signo de Kusner.- Presión por encima de la sínfisis del pubis para desplazar el fondo uterino hacia arriba y si el cordón asciende, la placenta no se ha desprendido.
Signo de Alfed.- descenso del cordón umbilical más o menos de 8 a 10 cm, reanudación de contracciones uterinas, sangrado vaginal, elevación del fondo uterino, descenso del cordón umbilical.
- Cuando los signos de desprendimiento placentario sean evidentes, realizar la expulsión de la placenta mediante un suave masaje en el fondo uterino y una tracción firme pero cuidadosa del cordón umbilical.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión: Comprobar la integridad de la placenta y las membranas
- De existir sospechas que la placenta o membranas quedaron retenidas, referir a la púérpera a establecimiento **FONB o FONE**.

Alumbramiento dirigido en establecimiento con FONP con profesional capacitado y en establecimiento con FONB y FONE.

- Preparar una jeringa con 10UI de oxitocina.
- A la salida del único o último feto aplicar 10 UI de oxitocina vía intramuscular.
- Proceda a la atención inmediata del recién nacido, secado y clampaje del cordón umbilical, al termino verifique los signos de desprendimiento de la placenta.
- Realizar la maniobra de Brandt Andrews que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con la mano diestra y con la otra mano realizar la contracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión: Comprobar la integridad de la placenta y las membranas.
- De existir sospechas que la placenta o membranas quedaron retenidas, referir a la puérpera a establecimiento con **FONB o FONE**.

4. Puerperio inmediato:

En caso de establecimiento **FONP** con Técnico de enfermería o Técnico Sanitario, de ser posible, referencia inmediata a **FONB o FONE**

Control de la puérpera en sala de partos o puerperio inmediato:

- Las 2 primeras horas: cada 15 minutos.
- Hasta las 24 horas: cada hora.
- Luego cada 6 horas.

Se controla:

- Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Vigilar rigurosamente la contracción uterina y el sangrado vaginal.
- Masaje uterino.

De presentarse sangrado excesivo, o alguna alteración en los signos vitales, verificar contracción uterina (atonía uterina), revisión de canal del parto (presencia de desgarró, etc).

USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Información sobre la paciente: Nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas.

Frecuencia cardiaca fetal: Registre cada media hora.

Líquido amniótico: Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:

- I: membranas intactas;
- R: momento de la rotura de membranas;
- C: membranas rotas, líquido claro;
- M: líquido con manchas de meconio;
- S: líquido con manchas de sangre.

Moldeamiento

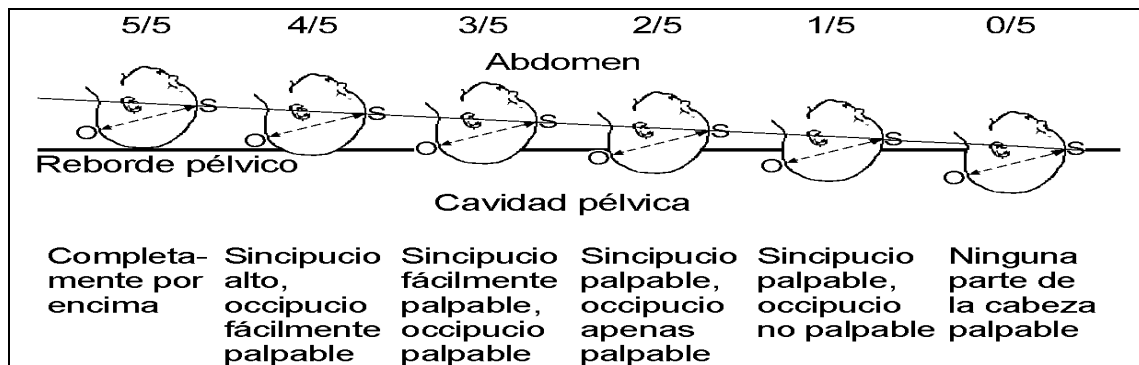
- 1: suturas lado a lado;
- 2: suturas superpuestas, pero reducibles;
- 3: suturas superpuestas y no reducibles.

Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal y marque con una cruz (6). A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.

Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.

Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen vaginal. A 0/5, el sincipicio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.



No. de horas: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

Hora: Registre el tiempo real.

Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones durante 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:

Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.

Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

Pulso: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (•).

Presión arterial: Registre cada 4 horas y marque con flechas.

Temperatura: Registre cada 2 horas.

Proteína, acetona y volumen: Registre cada vez que se produce orina.

ANEXO 3

CESÁREA

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Cesárea

II. DEFINICIÓN

Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.

Cesárea Electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.

Cesárea de Emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

Frecuencia: En el Perú la tasa de cesárea es de 15 %.

III. INDICACIONES

Indicaciones absolutas:

- Cesárea iterativa.
- Cesareada anterior con periodo íntergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Estrechez pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Situación transversa.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Infección por Herpes activa.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal.
- Infección por VIH.

Indicaciones relativas:

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anormales.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Preeclampsia Severa - eclampsia - Síndrome de Hellp.
- Insuficiencia cardio-respiratoria.

- Enfermedad oftalmológica (Miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Papiloma virus humano.

IV. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Establecimiento con Funciones Obstetricias Esenciales – FONE (Categorías: II-1, II-2)
Sala de operaciones equipada: Máquina de anestesia, oxímetro de pulso, monitor cardiaco, aspirador de secreciones, servo cuna, mesa quirúrgica, mesa de Mayo y media luna, cialítica, equipo de reanimación, set de cesárea, set de histerectomía, etc
- Material e insumos: Suturas, Soluciones antisépticas, gasas, sonda Foley, aguja para anestesia epidural, etc.
- Medicamentos: Lidocaina al 5%, lidocaina al 2%, bupivacaina, oxitocina, ergometrina, atropina, diazepam, dexametazona, cefazolina, ampicilina.

V. PROCEDIMIENTO

Requisitos

- 1.-Consentimiento informado.
- 2.- En caso de cesárea electiva:
 - Historia clínica completa.
 - Nota pre operatoria
 - Exámenes pre operatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, y recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, HIV, VDRL y sedimento de orina.
 - Electrocardiograma y Rx. de tórax.
 - Descarte de hepatitis B en zonas endémicas.
 - Riesgo quirúrgico.
 - Depósito de sangre.
- 3.- Cesárea de emergencia:
 - Nota de ingreso de emergencia o nota pre operatoria de piso.
 - Exámenes pre operatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, y recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, Test de ELISA para tamizaje de VIH, VDRL.

Preparación previa a la intervención

- Evaluación pre-anestésica el día anterior a la intervención.
- Preparación Psicológica.
- No ingesta de alimento por horas antes de la cirugía programada.
- Retirar joyas y dentadura postiza, no usar cosméticos. Vestir con bata delgada y limpia.
- Baño completo, cabello firmemente sujetado.
- Recorte del vello en el área operatoria con tijeras (30 minutos antes de la cirugía).
- Llevar a la paciente a la sala de operaciones media hora antes de lo programado con vendaje compresivo de miembros inferiores (profilaxis de la trombo embolia).

Técnica quirúrgica cesárea segmentaria

- Lavado de manos.
- Lavado de pared abdominal.
- Colocación de campos Incisión de la pared abdominal: mediana infraumbilical (MIU) o transversa (Pfannenstiel).

- Después de la incisión en piel, realizar la apertura por planos hasta llegar a cavidad.
- En cavidad abdominal, palpar el útero o restablecer la dextrorrotación.
- Incidir el peritoneo en la reflexión vesico uterina y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.
- Con el bisturí hacer una incisión de aproximadamente 2 cm. en sentido transversal en el segmento, evitando lesionar al feto y tratando de mantener intactas las membranas.
- Abierto el útero extender la incisión, cortando lateralmente y luego ligeramente hacia arriba con tijeras o si el segmento es delgado hacerlo con ambos dedos índices.
- Deslizar cuidadosamente la mano dentro de la cavidad uterina, levantando suavemente la cabeza fetal, mientras el ayudante presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza, los hombros y el resto del cuerpo fácilmente.
- Aplicación de oxitócicos, extracción de la placenta y limpieza de la cavidad uterina.
- Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal cubriéndolo con un campo estéril.
- La histerorrafia se realiza en un plano con sutura continua con catgut crómico 1 o ácido Poliglicólico 1. Colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes puede colocarse otra capa de sutura, luego aproximar los bordes de la serosa que cubre el útero y la vejiga con sutura continua catgut crómico 2/0.
- Retirar todas las compresas, si el útero se exteriorizó, revisar y restituirlo a su lugar, limpiar pliegues y correderas parietocólicas de sangre y liquido amniótico.
- Solicitar recuento de gasas.
- Cerrar peritoneo parietal con catgut crómico 2/0.
- Afrontamiento de plano muscular con puntos interrumpidos con catgut crómico 2/0.
- Afrontar la aponeurosis con ácido Poliglicólico, sutura continua.
- Cerrar la piel con sutura subdérmica o con puntos separados si hay riesgo de infección.

Antibióticoprofilaxis

En todos los casos de cesárea, inmediatamente después de colocar el clamp en el cordón umbilical administrar un antibiótico de amplio espectro:

- Primera opción: Cefazolina 1 gr. EV.
- Segunda opción: Ampicilina 1 gr. EV.

Post-operatorio inmediato

- Vigilancia en Sala de Recuperación por 4 horas.
- Control de funciones vitales, sangrado vía vaginal y estado de contracción uterina. Cada 15 minutos
- Fluidoterapia y uso de oxitócicos y analgésicos:
 - Ketorolaco 60 mg. IM c/8 horas.
 - En pacientes con perfusión renal disminuida: Pre eclampsia severa, sepsis y post hemorragia no usar AINES ni pirazolonas.
 - Si cuenta bomba de infusión: Fentanilo 50 mg. diluidos en 100 cc de CNa al 9‰ a razón de 5 cc / hora
- Movilización precoz.

Reporte operatorio

- Fecha y hora de inicio y término de la operación.

- Diagnóstico pre operatorio.
- Diagnóstico post operatorio.
- Nombre de Cirujano, Asistentes, Anestesiólogo, Instrumentista y circulante.
- Tipo de anestesia.
- Tiempo operatorio.
- Hallazgos y condiciones del recién nacido.
- Procedimiento.
- Pérdida sanguínea.
- Incidentes.
- Condición de la paciente al salir de sala de operaciones.

VI. CRITERIO DE ALTA

- Sin complicaciones al 3er. día
- Con complicaciones de acuerdo a evolución
- Cita a los 7 días en caso de requerir retiro de puntos
- Reingreso en caso de complicaciones (infección de herida operatoria, endometritis, etc)

VII. SEGUIMIENTO Y CONTRARREFERENCIA

- Sin complicaciones, seguir controles en su establecimiento de salud de origen luego de haber asegurado una evolución adecuada del post operatorio. La contrarreferencia se realiza con el carné perinatal.
- Con complicaciones control en consultorios externos de la Institución hasta cumplir los criterios de alta para cada caso y teniendo en cuenta el lugar de residencia. La contrarreferencia se realiza con el carné perinatal.

ANEXO 4

LEGRADO UTERINO

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Legrado uterino

I. DEFINICIÓN

Evacuación del contenido uterino y raspado mesurado del endometrio con fines terapéuticos (aborto incompleto) o diagnósticos (biopsia endometrial).

II. INDICACIONES

- Terapéuticas: Aborto incompleto, aborto frustrado, Enfermedad trofoblástica gestacional, alumbramiento incompleto, Hemorragia uterina disfuncional, embarazo ectópico.
- Diagnósticas: Infertilidad, infecciones crónicas, hiperplasia endometrial, poliposis endometrial, biopsias.

III. REQUISITOS:

En todos los casos consentimiento informado. En los pacientes en situación de emergencia se aplicará conforme a la Ley.

- Historia clínica completa.
- Análisis de Laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, Grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, Test de ELISA para HIV.
- Ecografía pélvica si es necesaria y posible.
- Vía permeable con catéter intravenoso N° 18.
- Profesional médico capacitado.

IV. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Establecimiento con funciones obstétricas esenciales FONE, y FONB si cuenta con profesional capacitado y equipamiento.
 - Sala de operaciones o de procedimientos equipada (Máquina de anestesia).
 - Aspirador de secreciones, mesa quirúrgica, mesa de Mayo, cialítica.
- Set de legrado uterino.
- Material e insumos: Soluciones antisépticas, cloruro de sodio, gasas, etc.
- Medicamentos: Ketamina o Fentanilo, oxitocina, ergometrina, atropina, diazepam, dexametazona, antibióticos en caso de ser necesario.

V. PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Vía segura con ClNa 9‰.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción.
- Administración de anestesia.
- Aplicar solución antiséptica yodada a la región perineal, vagina y cuello uterino.
- Realizar examen pélvico bimanual para evaluar el tamaño y posición del útero.
- Colocación de valvas.
- Verificar presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo.

- Si hay productos de la concepción en vagina o el cuello uterino, extraerlos utilizando una pinza de Foerster.
- Pinzamiento del labio anterior del cuello uterino.
- Histerometría.
- Dilatación cervical si fuera necesario, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- Evacuar el contenido uterino con una pinza Foerster o una cureta grande.
- Legrar con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza recorriendo la cavidad uterina en forma horaria del fondo hacia el cerviz.
- Revisar hemostasia.
- Usar oxitócicos a criterio clínico.
- Examinar el material evacuado y enviar muestra a Anatomía-Patológica.

VII. COMPLICACIONES

- Perforación uterina
- Hemorragia

VIII.-CRITERIOS DE ALTA

- Sin complicaciones, antes de 24 horas según evolución de síntomas, estado general, sangrado, dolor y restitución de la capacidad de realizar labores comunes
- Con complicaciones, según criterio médico individualizado

ANEXO 5

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Aspiración manual endouterina (AMEU)

I. DEFINICIÓN

Es el método de elección para la evacuación de la cavidad uterina cuando se ha producido el aborto, hasta las doce semanas de gestación y sin complicaciones infecciosas, que se realiza mediante la aspiración manual.

Disminuye las complicaciones costos y estancia hospitalaria.

III. INDICACIONES

- En los casos de aborto no complicados por debajo de las 12 semanas de gestación.
- Biopsia endometrial.

IV. REQUISITOS

- Historia clínica completa, examen pélvico.
- Exámenes auxiliares: Hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh.
- Ecografía si es necesario y posible.
- Informar y comunicar a la paciente las características del procedimiento.
- Consentimiento informado de la paciente de aceptación del procedimiento.

V. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Establecimiento con FONE y FONB si cuenta con profesional médico capacitado y equipamiento:
Sala de procedimientos equipada (camilla ginecológica, lámpara de cuello de ganzo o cialítica). No requiere sala de operaciones tradicional, ya que el manejo en la mayoría de los casos es con la paciente despierta y con anestesia local.
Requiere de la presencia permanente de un personal de apoyo (orientadora/or).
- Instrumental y materiales (Espéculo vaginal, tenáculo, pinza de anillos, dilatadores, gasas, solución antiséptica, jeringa de 10 ml con aguja N° 22, extensores de aguja, guantes).
Set de AMEU (Jeringas para el vacío, cánulas flexibles de diferentes diámetros, adaptadores, silicón para lubricar la jeringa).
- Medicamentos: Atropina.
Anestésicos (lidocaína).
Ansiolíticos (Diazepan o midazolán si se tiene personal entrenado con este medicamento).
Analgésicos (Ibuprofeno, petidina).

VI. PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Vía endovenosa con ClNa 9‰.
- Asepsia y antisepsia de región vulvo perineal y vaginal.
- Colocar el espéculo y sostener firmemente el Cervix con el tenáculo.
- Asepsia del fondo de saco vaginal.
- Bloqueo para cervical y manejo del dolor.

Técnica de bloqueo para cervical

- Utilizar aguja N° 25 con extensor de aguja.

- Aplicar 5 ml de anestesia local (xilocaína al 1% bajo la mucosa en los tomados en cuenta las horas del reloj (alrededor de las 4 ó 5 y de las 7 ó 8).
- Esperar unos 3 a 5 minutos para el bloqueo tenga el máximo efecto.

Pasos para el Procedimiento de AMEU

- Dilatación cervical si es necesaria, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- Inserción de la cánula correspondiente mientras se aplica una tracción ligera del cuello uterino. La cánula debe insertarse directa y lentamente en la cavidad uterina hasta que toque el fondo, pero no más de 10 cm. Teniendo extremo cuidado de no tocar las paredes vaginales.
- Medir la profundidad del útero por los puntos visibles en la cánula y luego retirar un poco la cánula.
- Conectar la jeringa de AMEU, ya preparada, a la cánula a la cual previamente se le ha hecho el vacío.
- Liberar la válvula o valvas de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
- Evacuar el contenido uterino haciendo girar con delicadeza la jeringa de un lado a otro y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia delante y atrás dentro de la cavidad uterina.
- Puede ser necesario vaciar la jeringa y aplicar nuevamente el vacío, sin retirar la cánula, a menos que haya indicios que ésta se haya obstruido y necesite ser liberada con una pinza estéril.
- Para evitar que se pierda la succión, no retirar la abertura de la cánula más allá del orificio del cuello uterino. Si se pierde el vacío, o si se ha llenado más de la mitad de la jeringa, vacíela por completo y luego establezca el vacío.
- Verificar señales de un vaciamiento completo (cese del sangrado, la cánula percibe la aspereza de la cavidad uterina vacía y se extrae espuma de color rojiza).
- Retirar la cánula, luego separar la jeringa. Con la válvula abierta, vaciar el contenido de la jeringa de AMEU en un tamiz empujando el émbolo.
- Retirar el tenáculo y el espejuelo; previa revisión de la hemostasia.
- Descontaminar el material.
- Examinar los restos extraídos y enviar muestras para estudio histopatológico.

Durante el procedimiento el personal de apoyo (orientadora/or) constantemente estará conversando con la paciente y vigilando sus funciones vitales y reacciones.

VII. ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN EL POST ABORTO

Es muy probable que una mujer a quien se le acaba de practicar el procedimiento (legrado uterino, AMEU) se encuentre muy preocupada por su salud. Puede no estar interesada en hablar sobre anticoncepción y hay que respetar sus sentimientos y deseos; probablemente la mujer no está pensando en reanudar la actividad sexual de inmediato y no necesite protección anticonceptiva. También es probable que esté atemorizada, sedada, con dolor o con sentimiento de culpa.

Los/las consejeros/as deben tener siempre presente, que muchas de estas mujeres sólo establecen contacto con los servicios de salud en el caso de un aborto incompleto. Por esa razón se considera indispensable que se dé orientación/consejería a este grupo de mujeres y en lo posible involucrar también a sus parejas.

Información indispensable para la consejería

- **Momento para brindar la consejería**

En caso de tratarse de un aborto incompleto no complicado, la orientación/consejería podrá realizarse antes o después del procedimiento. Lo ideal es abarcar los dos periodos, ya que la consejería se considera como un proceso. En caso de tratarse de

un aborto con complicaciones, el momento adecuado para brindar consejería será después del procedimiento.

- **Información que se debe brindar**

Se debe informar a la mujer acerca de:

Los cuidados que debe tener post intervención, signos de alarma que pueden indicar alguna complicación, tiempo de retorno de la fecundidad, cuando regresar al hospital para una atención de emergencia, cuando regresar para su control.

- **Métodos anticonceptivos disponibles**

Puede utilizar todos los métodos disponibles después del aborto no complicado, como el DIU, hormonales, barrera, AQV, a excepción del MELA.

Aspectos importantes a considerar: Todo proveedor de salud puede ayudar

a. **Tratando respetuosamente a la mujer**

- Pregúntele si desea conversar.
- De ser así, muestre interés en sus sentimientos y en su experiencia.
- Si ella no se siente bien, bríndele orientación cuando se sienta mejor.
- Proporcione un ambiente privado durante la sesión de orientación.
- Bríndele apoyo y seguridad emocional.

b. **Informando sobre la situación y las necesidades de la mujer**

- Pregúntele si desea volver a quedar embarazada pronto o tener hijos en adelante.
- Pregúntele si ha usado algún método anticonceptivo y si hubo algún problema en usarlo.
- Pregúntele si prefiere algún método específico.

c. **Proporcionando la información adecuada para la mujer.**

- Oriente para a obtener el anticonceptivo de su elección, siempre y cuando no esté contraindicado.
- No presione a la persona a aceptar un método anticonceptivo si ella desea tener mas hijos inmediatamente; sin embargo se debe considerar que, en general, se recomienda esperar como mínimo tres meses antes que la mujer quede nuevamente embarazada.
- Haga una cita de seguimiento o refiérala si ella tiene cualquier otra necesidad relacionada con su salud sexual y reproductiva.

Cuidados post operatorios

Observación continúa de la paciente durante 2 horas siguientes al procedimiento.

Evaluar funciones vitales, dolor abdominal y sangrado vaginal.

Administración de analgésicos de ser necesario, administración de antibióticos profilaxis.

Orientación/Consejería en planificación familiar.

VIII. COMPLICACIONES

El AMEU es un procedimiento menos traumático para el útero y cuello uterino. Sin embargo en un pequeño porcentaje de los casos pueden ocurrir una o más de las siguientes complicaciones.

- Perforación uterina.
- Hemorragia.
- Infección Pélvica.
- Hematometra agudo.
- Embolismo de aire.

IX. CRITERIOS DE ALTA

A las 2 horas cuando la paciente pueda vestirse por si sola, con funciones vitales normales y no presente ningún signo de alarma.

X. SEGUIMIENTO Y CONTRARREFERENCIA.

Control a los 7 días en su establecimiento de salud de origen.

ANEXO 6

EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Extracción Manual de la Placenta

I. DEFINICIÓN

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional realiza para manejar la hemorragia intra parto causada por la retención de la placenta y evitar una muerte materna.

La retención de placenta es la primera causa de muerte materna por hemorragia en el Perú.

II. INDICACIONES

Retención de la placenta por más de 30 minutos luego de producido el nacimiento.

Retención de la placenta por más de 15 minutos luego de producido el nacimiento en el manejo activo del alumbramiento.

III. CONTRAINDICACIONES.

- a. Acretismo placentario.
- b. Falta de capacitación para realizar el procedimiento.

IV. REQUISITOS:

- Consentimiento informado. En caso de que la paciente por su estado de gravedad no pueda dar el consentimiento y no hay presente un familiar se procederá conforme a la Ley.
- Historia clínica.
- Análisis de Laboratorio: Hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Vía permeable con catéter intravenoso N° 18.
- Profesional entrenado.

V. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

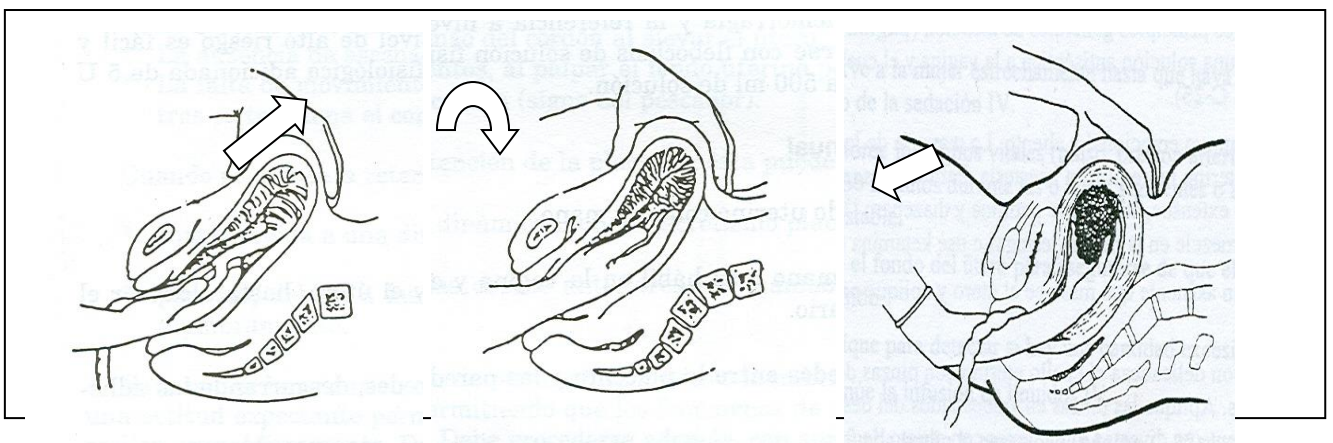
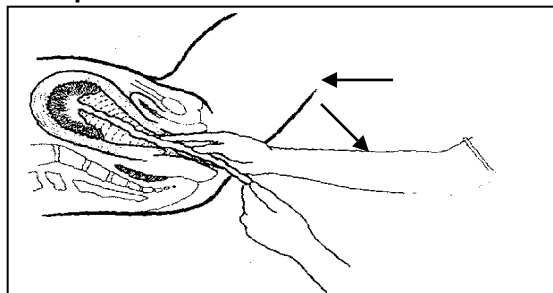
- Sala de operaciones o sala de partos equipada.
- Material médico no fungible: Set de legrado uterino.
- Material médico fungible: Soluciones antisépticas, gasas, etc.
- Medicamentos: Petidina , Ketorolaco , Diazepan , atropina , oxitocina, ergometrina, ampicilina, gentamicina, cefazolina.

VI. PROCEDIMIENTO

- Colocar dos vías EV con cloruro de sodio al 9/00, a una agregar oxitocina 10U.
- Administre antibiótico profiláctico (ampicilina 2 gr. EV una dosis).
- Aplicar medidas de bioseguridad.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción o por sonda vesical.
- Masajee suavemente el útero para estimular una contracción.
- Realizar tacto vaginal y determine la localización de la placenta

- Intente sacar la placenta: sostener el útero, poner una mano encima de la sínfisis pubiana y presione (Maniobra de Brands Andrews). No traccione bruscamente. Si no tiene éxito comunique a la familia que tiene que realizar el procedimiento de Extracción Manual de Placenta, continúe con el paso siguiente.
- Administración de sedoanalgesia. (Diazepan 10mg. EV, o Midazolán 2.5mg., atropina 0.5mg. EV, petidina 50mg. Ev lento o Ketorolaco 1 amp IM).
- Colocarse guantes estériles, protéjase hasta el codo.
- Aplicar solución antiséptica a la región vulvo perineal según técnica.
- Colocar campos estériles.
- Aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel. Luego con la mano izquierda traicione el cordón y con la mano derecha deslícese por el cordón a la cavidad uterina. Si el cuello está parcialmente cerrado usar la mano como cuña para dilatarlo con contrapresión de la mano izquierda.
- Deslizar los dedos de la mano entre el borde de la placenta y la pared del útero. Con la palma de la mano frente a la placenta, hacer un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero. Cuando la placenta está separada y en la palma de la mano, estimular una contracción con la otra mano y extraerla delicadamente. Las membranas deben jalarse lenta y cuidadosamente hacia fuera.
- Realizar masaje uterino combinado interno y externo.
- Agregar oxitocina 20 UI al cloruro de sodio y pasar 60 gotas por minuto.
- Examinar la placenta en caso de no estar completa realizar legrado uterino puerperal.
- Registrar la información, incluir la estimación de la pérdida de sangre
- Monitorice a la madre especialmente el sangrado vaginal.
- Continuar tratamiento antibiótico.
- Si persiste la retención de placenta, considerar la posibilidad de acretismo placentario y realizar tratamiento quirúrgico: Laparotomía para histerectomía total o subtotal.

Gráficos del procedimiento: extracción manual de placenta



VIII. CRITERIOS DE ALTA

Puérpera en buen estado, deambula sin dificultad.

ANEXO 7

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

I. NOMBRE

Revisión manual de cavidad uterina.

II. DEFINICIÓN

Pasos para la revisión manual de cavidad uterina, después de cada parto vaginal distócico y ante la duda de que no haya salido la placenta o las membranas completas, a realizarse en establecimientos con FONB o FONE con profesional capacitado.

III. PROCEDIMIENTO

- Informar a la mujer y familiares el procedimiento que se va a realizar.
- Solicitar el apoyo de otro profesional de salud como ayudante.
- Pedir que evacue la vejiga o colocar sonda vesical previa asepsia y antisepsia.
- Abrir vía endovenosa con CINA 9‰o 1000 ml.
- Administrar separadamente petidina 50 mg. y diazepam 10 mg. endovenoso, lento y diluido; y atropina 0,5 mg. endovenoso.
- Lavarse las manos y colocarse guantes estériles, mandilón y mascarilla.
- Colocar a la mujer en posición de litotomía.
- Limpiar los genitales con agua y jabón. Aplicar un antiséptico yodado y colocar campos estériles.
- Introducir una mano para deprimir la pared posterior de la vagina y separar lo más que se pueda las paredes laterales. Introducir la otra dentro de la cavidad uterina.
- Tomar el fondo uterino con la mano izquierda y fijarlo para evitar que se desplace.
- Realizar un raspado de la cavidad uterina con los dedos enguantados, desde el fondo uterino al cérvix, sin sacar la mano de la cavidad. El raspado debe ser en forma ordenada tratando de revisar cada zona del útero hasta estar seguro que no han quedado restos placentarios (que se palpan como una zona más blanda que el resto de las paredes uterinas).
- De identificar la presencia de membranas adheridas (una superficie más lisa que el resto del útero), repetir la maniobra con una gasa estéril.
- Maniobra para fijar la gasa:
 - Estirar la gasa, evitando que los bordes deshilachados estén libres.
 - Envolver los dedos índice y mayor dejando un extremo para cogerla con el anular y el meñique sobre la palma de la mano.
 - Administrar antibióticos de amplio espectro.

IV. SEGUIMIENTO

- Controlar las funciones vitales, síntomas y sangrado cada 15 minutos dentro de las siguientes dos horas.
- Mantener la vía endovenosa por las dos horas siguientes.

ANEXO 8

REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO

I. NOMBRE

Revisión del canal de parto.

II. DEFINICIÓN

Examen del canal del parto, después de un parto vaginal distócico, sangrado vaginal, o presunción de desgarro vaginal o cervical, se realiza en establecimientos con funciones obstétricas básicas o esenciales con profesional capacitado.

III. PROCEDIMIENTO

- Verificar si se cuenta con el profesional capacitado, equipo, medicamentos e insumos necesarios. Esto es factible en los establecimientos FONB y FONE.
- Informar a la puérpera que se va a realizar la revisión del canal del parto.
- Consentimiento informado.
- Evacuar vejiga.
- Higiene vulvo perineal.
- Vía EV segura con CNa 9‰.
- Administre por separado Petidina 50 mg. EV y Diazepan 10 mg. EV, y atropina 0.5 mg. EV
- Luego de aplicar campos estériles, palpar digitalmente posibles desgarros en paredes vaginales, fondo de saco vaginal y cuello uterino.
- Revisión de cuello uterino (es útil que un ayudante presione suavemente el fondo uterino):
 - Colocar valvas vaginales en pared vaginal anterior y posterior.
 - Fijar con dos pinzas Foerster el cuello uterino, una a las 12 de la esfera y otra a las 3, limpiar con gasa y observar.
 - Retirar la pinza de las 12 y colocarla a las 6, limpiar y observar.
 - Retirar la pinza de las 3 y colocarla a las 9, limpiar y observar.
 - Finalmente quitar la pinza de las 6 y aplicarla a las 12, limpiar y observar.
 - Si se encuentra desgarros cervicales, localizar el ángulo superior de la lesión, colocar un punto a 0.5 cm por encima de ella, y proseguir con puntos continuos hasta el borde del cuello uterino. Usar catgut crómico 2/0 con aguja redonda.
- Revisión de desgarros vaginales:
 - Revisar con las valvas y/o con ayuda de las manos el fondo de saco vaginal y luego las paredes vaginales, observándolas en su totalidad.
 - Revisar la región parauretral.
 - Revisar la comisura y la región anorrectal.
 - Si se encuentra desgarros, estos deben ser suturados con catgut crómico 2/0 empleando puntos simples en lesiones pequeñas y poco sangrantes. En lesiones sangrantes emplear puntos cruzados o de hemostasia. En lesiones extensas emplear puntos continuos y cruzados.
 - Revisar hemostasia.
- Reparación de desgarros perineales de grado I: Sólo comprometen la mucosa vaginal o piel.
 - Colocar puntos sueltos con catgut crómico 2/0
- Reparación de desgarros perineales de grado II: Comprometen mucosa y músculo:
 - Colocar sutura con puntos separados con catgut crómico 2/0 en el plano muscular.
 - No dejar espacios. Hacer buena hemostasia.
 - Se puede usar puntos cruzados si el lecho es sangrante.
 - Suturar aponeurosis superficial con catgut crómico 2/0 y realizar puntos separados.
 - Suturar piel con puntos separados.

- Reparación de desgarros perineales de grado III: Comprometen mucosa, músculo y esfínter del ano. Estos casos serán referidos para proceder de la siguiente forma:
 - Identificar y aislar los bordes del esfínter del ano. Traccionar con pinzas atraumáticas, evitando su maltrato y necrosis. Colocar puntos separados en U o en 8 con catgut crómico 1. Suturar fascia del esfínter anal.
 - Luego proceder como en el caso de un desgarro de grado II.
- Reparación de desgarros de grado IV: Comprometen mucosa vaginal, músculo y mucosa rectal. Estos casos serán referidos a un establecimiento con Funciones Obstétricas Esenciales, en el cual se procederá de la siguiente forma:
 - Identificar la extensión de la lesión de la mucosa rectal. Colocar puntos separados con catgut crómico 2/0 ó 3/0 con aguja redonda cuidando de no atravesar la mucosa rectal.
 - Suturar la fascia prerrectal con puntos finos de catgut crómico 2/0 separados.
 - Proceder como desgarro de grado III.
 - Realizar tacto rectal para identificar áreas no suturadas y/o puntos de sutura que atraviesen la mucosa rectal.

III. SEGUIMIENTO

- Controlar las funciones vitales, síntomas y sangrado cada 15 minutos dentro de las siguientes dos horas.
- Mantener la vía endovenosa por las dos horas siguientes.

ANEXO 9

CATETERIZACION VENOSA PERIFÉRICA

I. NOMBRE

Cateterización venosa periférica neonatal, colocación de la vía segura.

II. DEFINICIÓN.

Colocación de un catéter dentro de una vena periférica del miembro superior por personal capacitado, para aplicar soluciones, expansores plasmáticos, sangre y/o medicamentos a fin de manejar adecuadamente las emergencias obstétricas y otros casos.

II. INDICACIONES

Todas las emergencias obstétricas y para la administración de sangre y/o medicamentos endovenosos.

III. REQUISITOS

- Personal de salud capacitado.
- Informar a la gestante o puérpera sobre el procedimiento.
- Preparación psicológica de la paciente.
- Verificar los medicamentos, soluciones e insumos necesarios:
 - 01 riñonera estéril.
 - 01 catéter intravenoso N° 18
 - 01 llave de triple vía
 - Guantes estériles 6 ½ 7, 7 ½
 - Cloruro de Sodio al 9‰.
 - Equipo de venoclísis
 - 01 set de punción venosa (03 Torundas de algodón, ligadura, 2 gasas estériles de 10 X 25 cm).
 - 01 una tira de esparadrapo de preferencia antialérgico.
 - Alcohol al 70%.
 - Ligadura.
 - Gasa estéril.
 - 01 Porta sueros.

IV. PROCEDIMIENTO

- Preparar los materiales.
- Si la piel está sucia lávela previamente con agua y jabón y enjuáguela con agua limpia.
- Lavado de manos con agua y jabón según técnica.
- Examine las zonas de probable punción, eligiendo aquellas donde no existan huellas de punción previa, ni lesiones de la piel.
- Elija la vena más visible en cualquiera de los miembros superiores: Tercio superior y medios del antebrazo: Venas cefálica, accesoria, mediana ante braquial, vena gruesa y superficial dorso de la mano o por encima de la flexura del codo.
- Haga que todo el miembro superior se coloque en un plano declive indicando de ser posible a la gestante que abra y cierre el puño con firmeza para poder ingurgitar las venas.
- Aplique la ligadura en el segmento proximal a la vena a ser canalizada.
- Con un algodón humedecido en alcohol limpie la piel haciendo movimientos circulares, del centro hacia fuera, sobre la superficie a ser punzada en un área de unos 4 x 4 cm., deje que el antiséptico seque solo, no sople.

Inserción del catéter:

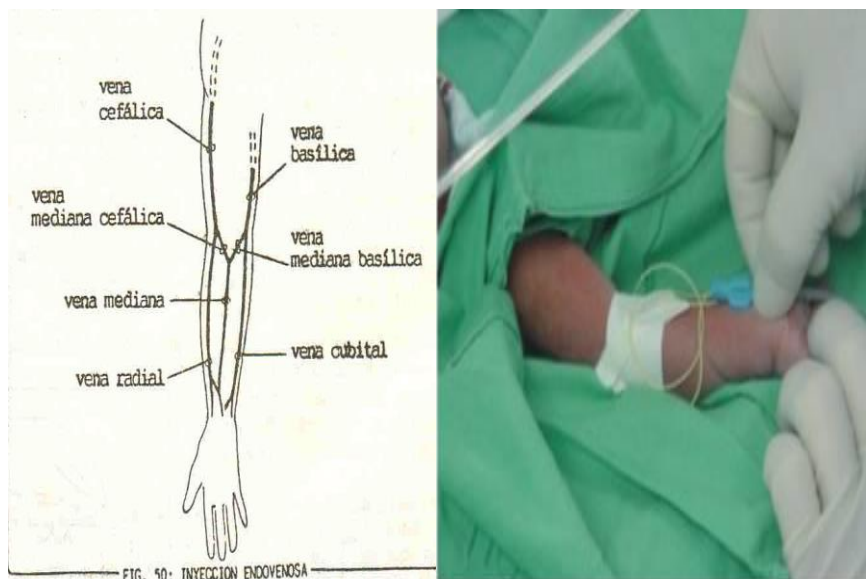
- Previamente a la inserción comprobar el desprendimiento del catéter de su funda de metal.
- Tomar el catéter con el bisel de la aguja hacia arriba con la mano diestra habiendo inmovilizado la vena con la otra mano, conservando el catéter de plástico en su funda de metal y proyectarlo hacia la vena incidiéndola en su línea media con una inclinación menor a un ángulo de 15 grados.
- Se percibirá al avanzar la aguja el momento en que la vena es perforada en una de sus paredes, es más, la aguja se llenará de sangre; en ese momento retirar la aguja unos pocos milímetros e impulsar el catéter de plástico para que avance dentro de la luz del vaso venoso introduciéndolo un mínimo de 1 cm.
- Antes de fijar la vía abrirla para constatar el pasaje rápido y a chorro del fluido a transfundir, llevando a su paso los rasgos de sangre que se encontraban en la base del catéter.
- Ponga una base de gasa, la fecha y hora del procedimiento.
- Luego fijar la vía a la piel con un esparadrapo que incluya parte del catéter que se encuentra fuera de la piel, y con otro esparadrapo rodear el catéter por su extremo alado para adherirlo a la piel. Con otro esparadrapo fijar todo este conjunto a la piel.
- Luego de la inserción del catéter vigilar el goteo.
- Preguntar, si presenta molestias y palpar la zona buscando relieves o dolor, lo cual podría ser indicativo de extravasación. De encontrarse signos de extravasación proceder a retirar la vía, e intentar una nueva punción.
- Luego de colocar la vía lávese las manos con las técnica adecuadas.

V.-RECOMENDACIONES:

- Cambiar el catéter cada 72 horas.
- Si al primer intento no se logra instalar el catéter periférico, repetir el procedimiento utilizando una vena más proximal. No debe repetirse más de 2 intentos.
- En caso de no visualizar la vena periférica colocar suavemente paños con agua tibia en la zona de venopunción para lograr vasodilatación.
- Verificar las soluciones con que se deben diluir los medicamentos que se vana aplicar.

V. COMPLICACIONES

Se puede originar cuadros de flebitis debido al tipo de soluciones inyectadas o al ingreso de gérmenes a los vasos venosos o por la permanencia de la vía por un tiempo mayor de 72 horas.



ANEXO 10

CATETERISMO VESICAL

I. NOMBRE

Cateterismo vesical.

II. DEFINICIÓN

Es la introducción de una sonda a través del meato urinario al interior de la vejiga, con el objeto de extraer la orina.

III. INDICACIONES

En todas las emergencias obstétricas.

IV. REQUISITOS

- Personal capacitado.
- Tener en cuenta las medidas de bioseguridad.
- Materiales e insumos necesarios:
 - Soluciones para la limpieza
 - Sonda Foley N° 14 – 16
 - Bolsa colectora
 - 2 pares de guantes estériles.
 - 1 jeringa de 10cc
 - Agua estéril o solución salina
 - Esparadrapo

V. PROCEDIMIENTO:

- Informar a la gestante o puerpera, las características del procedimiento en lenguaje comprensible a su nivel educacional con el objeto de tener su aceptación y su colaboración.
- Realizar el procedimiento manteniendo la privacidad.
- Tener listo el material.
- Colocar a la gestante o puerpera en posición de litotomía.
- Calzarse los guantes estériles según técnica previo lavado de manos.
- Realizar la higiene vulvo perineal según técnica.
- Cambio de guantes.
- Proceder a separar los labios menores con el dedo pulgar o índice tirando ligeramente hacia arriba.
- Abrir el sobre que contiene la sonda.
- Tomar el extremo que se va a introducir al meato urinario con la mano e introducir a una profundidad de 5 a 7cm hasta que fluya la orina, con una jeringa cargada con 8 a 10cc de agua estéril para formar el globo de seguridad. Confirmar la formación del globo traccionando ligeramente la sonda.
- Conectar la sonda a la bolsa colectora.
- Fijar la sonda en el muslo de la paciente.
- Educar a la paciente sobre el manejo de sonda y bolsa colectora, si deambula la bolsa colectora debe ir por debajo de la cintura.
- Colocarse guantes para el vaciado de bolsa colectora sin desconectarla de la sonda, evitar que se llene.
- En caso de requerir tomar una muestra de orina tomarla de la sonda.
- Medidas de bioseguridad.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG Practice Bulletin. Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2004.
2. Cabero Roura Luís: Riesgo elevado obstétrico Editorial Masson, S.A. España : 1996.
3. Cifuenes B., Rodrigo. Ginecología y Obstetricia Basada en la Evidencia. Distribuidora Ltda., Bogotá – Colombia, 2002.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Compendio Gineco-Obstétricos. Ministerio de Salud Lima 2,000.
5. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Mcgraw-Hill. Interamericana Editores S.A. 2,003.
6. Crowley P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002.
7. Crowley P. Corticoesteroides con fines profilácticos para el parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002.
8. Embarazo de Alto Riesgo: Atención Integral y Especializada Instituto Especializado Materno Perinatal. Lima 2,002.
9. Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud – Perú. 2004.
10. Guía de Atención de Emergencias Obstétricas, Oficina Regional Ayacucho Tercera Edición: Septiembre 2004.
11. Guías Clínicas de Manejo Obstétrico – Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2,004.
12. Guías Clínicas y de procedimientos para la Atención Obstétrica Instituto Nacional Materno Perinatal – Perú : 2005.
13. Guía de Atención de Emergencias Obstétricas DIRESA Ayacucho, Abril 2002.
14. Herrera E, Ortiz I. Obstetricia Basada en las Evidencias. Normas de Manejo. Centro Editorial Catorce, Colombia 2002.
15. Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud 2006.
16. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstétricas y médicos. IMPAC. Departamento Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS 2000 OPS 2002 FNUAP, UNICEF y Banco Mundial.
17. Normas y Procedimientos en la Atención Obstétrica: Instituto Materno Perinatal – Maternidad de Lima. Lima 1995.
18. Nacional High Blood Pressure Education Program Working Group On High Blood Pressure in Pregnancy. Report Am. J. Obstetric Gynecology, 2000.
19. Pacheco Romero, José. Ginecología y Obstetricia. Mad Corp. S.A. Perú, 2002.

20. Schroeder, Barret. ACOG Practice Bulletin on Diagnosing and Managing Preeclampsia and Eclampsia, 2002.
21. Sibai Baha M. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. Vol 102, Nº 1, 2003.
22. The Johns Hopkins Manual of gynecology and obstetrics, B.J. Bankowski , et al.2nd Ediciones Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA : 2005.
23. Resolución Ministerial Nº 751-2004/ MINSA, que aprobó la NT Nº 018-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
24. Resolución Ministerial Nº 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
25. Resolución Ministerial Nº 776-2004/MINSA, que aprobó la NT Nº 022-MINSA/DGSP-v-01: Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado.
26. Resolución Ministerial Nº 195-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006.
27. Resolución Ministerial Nº 588-2005/MINSA, que aprobó los listados de Equipos Biomédicos Básicos para Establecimientos de Salud.
28. Resolución Ministerial Nº 1001-2005/ MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP/V.01"Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de Salud.
29. Resolución Ministerial Nº 1142-2004 MINSA. Guia para la Categorización de los establecimientos del sector Salud.