



REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Sistema Nacional de Salud

COMPONENTE NORMATIVO

MATERNO NEONATAL

La Salud Ya es de todos ...

La Salud Ya es de todos ...

La Salud Ya es de todos ...



**REPÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Sistema Nacional de Salud

Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública

Dr. Ernesto Torres
Subsecretario General de Salud

Dra. Carmen Laspina
Directora General de Salud

Dra. Bernarda Salas
Directora Nacional de Normatización

La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...
La Salud Ya es de todos ...



DIRECTORIO CONSEJO NACIONAL DE SALUD



Doctora
CAROLINE CHANG CAMPOS
Ministra de Salud Pública/Presidenta del CONASA

Economista
JEANNETE SÁNCHEZ
Ministra de Inclusión Económica y Social

Doctora
CARMEN LASPINA
Directora General de Salud

Doctor
GUIDO TERÁN MOGRO
Delegado Dirección General IESS

Doctor
MARCO ALVAREZ
Delegado AFEME

Doctor
IVAN TINILLO
Representante Gremios de Profesionales

Doctor
PAOLO MARAGONI
Representante H. Junta de Beneficencia de Guayaquil

Doctor
CARLOS ARREAGA
Representante SOLCA

Cml. CSM. Dr.
MARIO ESPINOZA LÓPEZ
Representante Fuerza Pública

Ingeniero
JAIME GUEVARA BLASCHKE
Representante CONCOPE

Señor
JONNY TERÁN
Presidente AME

Doctor
ALFREDO BORRERO
Representante Entidades Salud Privadas con Fines de Lucro

Doctor
NELSON OVIEDO
Representante Entidades Salud Privadas sin Fines de Lucro

Abogada
MARIANELA RODRÍGUEZ
Representante Gremios de Trabajadores

Doctor
HUGO NOBOA CRUZ
Director Ejecutivo CONASA - Secretario

COOPERACIÓN EXTERNA

Doctor
JORGE LUIS PROSPERI
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Señora
MERCEDES BORRERO
Representante UNFPA en el Ecuador

Doctor
JUAN VÁSCONEZ
Oficial de Salud UNICEF

PARTICIPANTES

GRUPO DE TRABAJO CUENCA.

Dr. Ángel Racines	Normatización MSP
Dr. Guillermo Coronel Astudillo	Hospital Isidro Ayora de Loja
Dr. Oswaldo Cárdenas	Facultad de Medicina Cuenca
Dr. Diego Vásquez	Médico tratante de Gineco Obstetricia - Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca
Dr. Patricio Solís	Hospital Isidro Ayora. Loja
Dr. Hernán Dávalos	Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito
Dra. Sandra Collantes	Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito
Dr. Alex Meza	Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito
Dra. Lety Viteri	Proceso de Salud Indígena MSP
Dr. Aníbal Pico López	Médico Tratante Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor - Guayaquil
Dr. Francisco Egúez	Médico Tratante Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor - Guayaquil
Dr. Guillermo Maruri	Médico Tratante Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor - Guayaquil
Dr. Jorge Dáher Náder	Subdirector del Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor - Guayaquil Presidente FESGO
Dr. Luis Pacheco	Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia - Hospital Isidro Ayora Loja
Dra. María Jaramillo	Médica tratante Hospital Isidro Ayora Loja
Dr. Walter Moya	Jefe del Servicio de Patología Obstétrica Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora - Quito
Dr. Octavio Miranda	Jefe de Gineco Obstetricia Hospital de Ambato
Dr. Francisco Delgado	Médico Tratante - Hospital Pablo Arturo Suárez - Quito
Dr. John Garijo	
Dra. Rebeca Yoncé	Maternidad Matilde Hidalgo de Prócel - Guayaquil
Dr. Guillermo Uriarte	
Dr. Hermógenes Rivadeneira	
Dr. Humberto Navas	Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Patricio Jácome	Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Patricio Ayabaca	QAP-RUC
Dr. César Hermida	Consultor UNFPA
Dr. Mario Vergara	Consultor UNFPA
Dr. Victor Araúz	Consultor OPS/OMS Ecuador
Dra. Narcisca Calahorrano	Coordinadora Técnica CONASA
Dra. Lilián Calderón Layedra	Coordinadora Técnica CONASA

GRUPO DE TRABAJO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Dr. Rolando Montesinos	Jefe de Centro Obstétrico Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora - Quito
Dr. Edison Aillón	Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Enrique Garcés - Quito
Dr. Andrés Calle	Hospital Carlos Andrade Marín
Dr. Iván Vega	Médico tratante Hospital Voz Andes - Quito
Dra. Rosa Elena Macías	Jefa de servicio de Gineco Obstetricia - Instituto Tierra Nueva - Quito
Dr. Francisco Torres	Jefe de servicio de Gineco Obstetricia - Patronato Municipal Sur - Quito
Dr. Armando Larrea	Jefe de servicio de Gineco Obstetricia - Hospital General de las Fuerzas Armadas
Dr. Alberto Proaño	Médico tratante - Hospital de las Fuerzas Armadas
Dr. Ernesto Escobar	Médico tratante - Hospital de las Fuerzas Armadas
Dr. Alfredo Proaño	Jefe de servicio Hospital de la Policía Nacional - Quito
Dr. Jorge Dáher Náder	Subdirector del Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor - Guayaquil Presidente FESGO
Dr. Carlos Arreaga	Delegado de SOLCA
Dr. Luis Sarrazin	Delegado de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
Dr. Ricardo Moreno	Jefe de Área 1 - Maternidad Matilde Hidalgo de Prócel - Guayaquil
Dr. Diego Vásquez	Médico tratante - Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca
Dr. Galo Sánchez	Proyecto Salud de Altura
Dra. Sonia Brazales	Delegada de la LMGYAI
Dra. Susana Guijarro	Jefa de Servicio de Adolescentes del HGOI - Quito

GRUPO DE TRABAJO DE CUENCA DE NEONATOLOGIA

Dr. Ángel Racines	Normatización MSP
Dr. Lenin León	Jefe de servicio de Neonatología - HGOIA Quito
Dr. Eduardo Garzón	Jefe de servicio de Neonatología - HPAS Quito
Dra. Sonia Brazales	Delegada de LMGYAI
Dra. María de Lourdes Fruxone	Delegada Junta de Beneficencia de Guayaquil
Dr. Max Barrera	Delegado Maternidad del Guasmo Guayaquil
Dr. Eddy Ochoa	Delegado Cuenca
Dra. Elvira Palacios	Delegada Cuenca
Dr. Bolívar Quito	Delegado Cuenca
Dr. Jorge Álvarez	Delegado Loja
Dra. Linda Arturo	Delegada HGOIA Quito

GRUPO DE TRABAJO: PROTOCOLOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Dr. Walter Torres	Líder de la Micro Área de Niñez – Ministerio de Salud Pública
Dr. Jacobo Moreta	Líder de Micro Área de Adolescencia – Ministerio de Salud Pública
Dra. Irianda Ordóñez	Delegada de Salud de la Niñez MSP
Dra. Maritza Ghiang	Hospital Francisco de Icaza Bustamante
Dra. Linda Arturo	Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito
Dr. Lenin Villacrés	Sociedad de Pediatría
Dr. Edison Pavón	Unidad Municipal SUR "Patronato San José"
Dra. Mahnaz Manzari	Hospital General de las Fuerzas Armadas
Dra. Mirian Tapia	Instituto Médico Tierra Nueva
Dr. Fernando Arroba	Hospital Roberto Gilbert
Dra. Linna Vincés	Hospital Roberto Gilbert
Dra. Mirian Droira	Hospital de la Policía Nacional
Dra. Alexandra Rosero	Hospital Eugenio Espejo
Dr. Patricio Ayabaca	Hospital Baca Ortíz
Dr. Galo Sánchez	Proyecto Salud de Altura
Dra. Sonia Brazales	LMGYAI
Dra. Susana Guijarro	Servicio de Adolescentes de HGOIA
Dr. Javier Correa	Delegado OPS/OMS
Dra. Beatriz Recalde	Proyecto Salud de Altura

SUBCOMISIÓN DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Dr. José Castro Luna	Presidente de la Subcomisión de Prestaciones
Dra. Bernarda Salas	Directora de Normatización del Ministerio de Salud Pública
Dr. Jacobo Moreta	Normatización del MSP
Dr. Eduardo Yépez	Líder de la Micro Área de mujer - MSP
Dr. Luis Sarrazín	Junta de Beneficencia de Guayaquil
Loda. Jazmín Ludeña	SOLCA - Guayas
Dr. Nelson Oviedo	ONG's Sector Salud
Sr. Diego Nieto	Delegado Foro ONG's Sector Salud
Dr. José Moya	Delegado DNS Policía
CrnI. Mariano Granja	Dirección de Sanidad de FF.AA
Dra. Elizabeth Barona	Delegada Cruz Roja Ecuatoriana.
Dr. Enrique Moreta	Delegado Seguro Social Campesino
Dra. Pedro Barreiro	Delegado IESS
Dr. Víctor Hugo Jiménez	Delegado AFEME
Dra. Glenda Gutiérrez	Delegada del CONCOPE
Dr. José Villacís	OPS-OMS - Ecuador
Dr. Diego Correa	OPS-OMS – Ecuador
Dr. Juan Herteleer	Coodirector Internacional del Proyecto Salud de Altura
Dr. Luis Escobar	Consultor CONASA
Dra. Lilián Calderón L.	Coordinadora Técnica CONASA

EQUIPO INTEGRADOR DE LOS PROTOCOLOS A LA NORMA DE MATERNO NEONATAL

Dr. Eduardo Yépez	Líder de Micro Área de Mujer
Dr. Walter Torres	Líder de Micro Área de Mujer
Dr. Francisco Delgado del Hierro	Médico tratante del Hospital Pablo Arturo Suárez
Dr. Rolando Montesinos	Jefe de Centro Obstétrico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Augusto Duran	
Dra. María Belém Nieto	
Dr. Wilfrido León Valdivieso	Consultor Ministerio de Salud Pública
Dr. Alex Albomoz	Consultor Ministerio de Salud Pública
Dra. Lilián Calderón Layedra	Coordinadora Técnica CONASA

REVISOR

Componente Obstétrico
Componente Neonatal



REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Sistema Nacional de Salud

COMPONENTE NORMATIVO

MATERNO NEONATAL

COMPONENTE OBSTETRICO

La Salud Ya es de todos ...

La Salud Ya es de todos ...

La Salud Ya es de todos ...

INDICE

Autoridades del MSP.

Directorio del Conejo Nacional de Salud.

Colaboradores en la construcción del documento

Indice

Control Prenatal

Complicaciones Medicas Del Embarazo

Anemia ferropénica durante el embarazo

Diabetes y embarazo.

Infección de las Vías Urinarias:

- . Bacteriuria asintomática
- . Cisititis aguda
- . Pielonefritis

Trastornos hipertensivos gestacionales.

- . Hipertensión crónica
- . Hipertensión crónica más Preeclampsia.
- . Hipertensión gestacional
- . Preeclampsia – eclampsia – síndrome de HELLP.

Manejo de las complicaciones de los trastornos hipertensivos gestacionales:

- . Hematoma subcapsular hepático.
- . Coagulación intravascular diseminada (CID).
- . Edema agudo de pulmón.
- . Insuficiencia renal aguda.

Complicaciones Hemorrágicas en el embarazo

Hemorragia y Shock hipovolémico en Obstetricia

Sangrados de la primera mitad de la gestación

. Aborto

- o Amenaza de aborto
- o Aborto en curso o inevitable
- o Aborto incompleto
- o Aborto completo
- o Aborto diferido
- o Aborto séptico
- o Embarazo ectópico
- o Enfermedad trofoblástica gestacional.

Hemorragias de la segunda mitad de la gestación

- . Placenta previa
- . Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI).
- . Rotura uterina.

Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto

- . Atonia hipotonía uterina
- . Retención de placenta o fragmentos placentarios
- . Inversión uterina
- . Desgarros cervicales, vaginales y perineales

Complicaciones del Curso del Embarazo

Ruptura prematura de membranas (RPM).

Trabajo de parto pretérmino.

Embarazo Prolongado

Compromiso del bienestar fetal

Muerte fetal.

Atención del parto norma

Atención del Parto Distocico

Inducción y Conducción del trabajo de parto

Parto distócico

Parto en pelviana

Prolapso y procúbito de cordón umbilical.

Cesárea

Parto vaginal después de cesárea

Complicaciones del Puerperio

Infección y fiebre puerperal.

- . Mastitis puerperal.
- . Infección de las heridas perineales o abdominales.
- . Endometritis puerperal.

Anexos

Glosario y Definiciones Perinatales

Listado de medicamentos de salud materna

Abreviaturas

Documentos ministeriales relacionados y Bibliografía general

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MATERNO PERINATAL.

DEFINICIONES

REFERENCIA	Es el proceso estructurado de envío de la paciente de un nivel de atención a otro superior en tecnicidad y competencia.
CONTRAREFERENCIA	Es el proceso inverso a la referencia, es decir el retorno de la paciente del nivel superior en que fue atendida al nivel de origen para su seguimiento (con información por escrito en la hoja de epicrisis).
TRANSFERENCIA	Es el transporte físico de la paciente de una unidad a otra. Siempre debe realizarse con la paciente estabilizada y en las mejores condiciones que permita la patología por la que se transfiere a otra unidad.
REFERENCIA INVERSA	Es el proceso cuando el nivel superior envía a una paciente al nivel inferior con la debida información, sin que este paciente haya pasado por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autorreferencia o sirve para corregir el funcionamiento del sistema.

TIPOLOGIA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

Para la provisión de los servicios de salud se establecen tres niveles de complejidad en la atención que en el contexto de esta publicación se los identifica por colores para su mejor aplicación:

○ **Primer Nivel**: servicios de atención ambulatoria.

○ **Segundo nivel**: servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.

○ **Tercer nivel**: servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

DESCRIPCION DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVEL DE ATENCION.

	UNIDAD OPERATIVA.	TIPO DE ATENCION. EQUIPO (E).	UBICACIÓN.
NIVEL I	Puesto de salud	Ambulatoria. E: Auxiliar de enfermería.	Rural. Población <2000 habitantes.
	Subcentro de salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería.	Cabeceras parroquiales. Población >2000 habitantes.
	Centro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería. Laboratorio. Imagen.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
NIVEL II	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.
NIVEL III	Hospital especializado	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.
	Hospital de especialidades	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.

La ley del Sistema Nacional de Salud, garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud, a través de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

La Normativa Nacional de Salud Reproductiva debe ser cumplida por todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, la homologación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud se presenta en el siguiente cuadro:

SERVICIOS INSTITUCION	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	 P.S.  S.C.S.  C.S.	 HOSP. BASIC.  HOSP. GEN.	 HOSP. ESP.  HOSP. ESPC.
SEGURIDAD SOCIAL	 D.S.S.C.  Un.At.A  C.At.A	 HOSP. NIV. I  HOSP. NIV. II	 HOSP. TERCER NIV.
FUERZAS ARMADAS	 DISPENSARIO  POLICLINICO	 CLINICA  HOSP. BRIGADA	 HOSP. GENERAL
POLICIA	 S.C.S.  C.S.	 HOSP. PROV.	 HOSP. NAC.
MUNICIPIO	 DISPENSARIO  C.S.	 HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	 DISPENSARIO  COMITE	 HOSP. LOCAL	 HOSP. ESP.  HOSP. ESPC.
SERVICIOS PRIVADOS	 CONSULTORIO  C. MEDICO	 CLINICA-POLICLIN.	 HOSPITAL  CLIN. ESPC.

JCL/30-11-05

P.S.	Puesto de Salud	Un.At.A.	Unidad de Atención Ambulatoria
S.C.S.	Subcentro de Salud	HOSP. ESP.	Hospital de Especialidades
C.S.	Centro de Salud	HOSP. ESPC.	Hospital Especializado
C.At.A.	Centro de Atención Ambulatoria		

- Nota:**
- 1.- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S.
 - 2.- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales

**PREMISAS BASICAS PARA LA REFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA MATERNO PERINATAL.**

CADA UNIDAD OPERATIVA DEBE CONOCER SU CAPACIDAD DE RESOLUCION PARA NO DEMORAR LA REFERENCIA Y HACERLA DE MANERA ADECUADA Y OPORTUNA.

TODA PACIENTE QUE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS SIGNOS O SINTOMAS DE ALERTA O ES CLASIFICADA COMO DE RIESGO DEBE REFERIRSE DE FORMA INMEDIATA AL NIVEL DE RESOLUCIÓN SUPERIOR PARA ASEGURAR UN CONTROL ADECUADO DEL BIENESTAR MATERNO – FETAL

SE UTILIZARA EL CARNE PERINATAL, COMO DOCUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INSTITUCIONAL DURANTE LA ETAPA PRENATAL.

EL MEJOR MEDIO DE TRANSPORTE DE UN PRODUCTO POR NACER ES EL UTERO MATERNO

SI EL CASO IMPLICA RIESGO MATERNO PERINATAL NO OLVIDE ENVIAR POR ESCRITO LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, LOS EXÁMENES PRACTICADOS Y EL MOTIVO DE LA REFERENCIA.

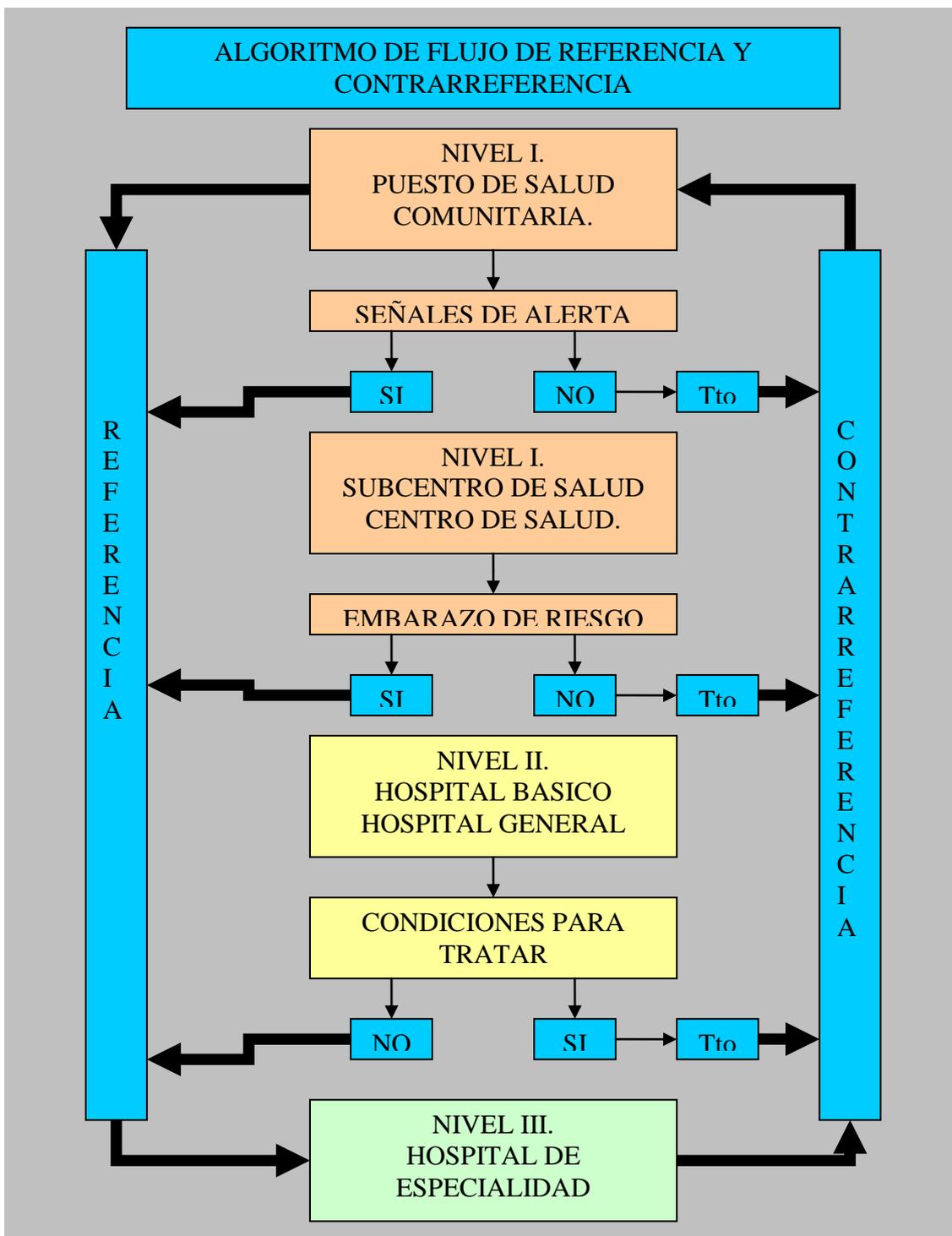
SI UNA REFERENCIA O TRANSFERENCIA PUDIERA REPRESENTAR DEMORA EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA EN LO POSIBLE ATENDER EL CASO EN LA MISMA UNIDAD DE ORIGEN

SI EL PARTO ES INMINENTE SE DEBE ATENDER A LA EMBARAZADA Y A SU HIJO-A EN LAS MEJORES CONDICIONES ANTES DE PROCEDER A LA TRANSFERENCIA

PROTOCOLO DE MANEJO PARA REALIZAR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DEL TRANSPORTE.			
1. Coordine con los responsables del lugar de destino la condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.	X	X	
2. Coordine con los responsables de la familia, brinde información constante a la paciente, su acompañante y obtenga la autorización para la transferencia.	X	X	
3. Coordine con los responsables del vehículo de transporte el tipo y acondicionamiento de la transferencia.	X	X	
4. Coordine con los responsables del cuidado materno y perinatal la estabilización, equipo y personal que irá con la paciente.	X	X	
5. Preparar a la paciente para el viaje, corrija condiciones agudas (hipoxia, hipoglicemia, hipotensión, apnea, convulsiones, neumotórax).	X	X	
6. Verifique que la paciente tenga vía endovenosa permeable, temperatura y oxigenación adecuadas a lo largo del transporte.	X	X	
7. Registrar los signos vitales por última vez en la unidad operativa de referencia y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
8. Verifique que todo el material y el equipo médico estén listos.	X	X	
9. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
10. Coloque a la paciente en la camilla de transporte para trasladarla hasta el vehículo.	X	X	
DURANTE EL TRANSPORTE:			
11. Mantenga la temperatura en la paciente.	X	X	
12. Mantenga la ventilación y oxigenación adecuadas.	X	X	
13. Mantenga la vía endovenosa permeable.	X	X	
14. Solucione problemas agudos que se presenten y regístrelos en la hoja de referencia.	X	X	
DESPUES DEL TRANSPORTE:			
15. Dejar el material y el equipo listos para un nuevo traslado.	X	X	

PROTOCOLO DE MANEJO PARA RECIBIR UNA REFERENCIA MATERNA O PERINATAL Y REALIZAR UNA CONTRARREFERENCIA.			
PASOS A SEGUIR (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ANTES DE LA RECEPCION.			
1. Coordine con los responsables del lugar de origen la condición y diagnóstico probable de la paciente, necesidades especiales, hora de salida y hora probable de llegada.		X	X
2. Coordine con los responsables de la recepción los cuidados maternos y perinatales que se ofrecerán para facilitar su acceso.		X	X
3. Preparar la sala de recepción, equipos, insumos y personal necesario.		X	X
DURANTE LA RECEPCION:			
4. Instale conveniente a la paciente en la camilla de la unidad receptora.		X	X
5. Reciba los documentos de referencia e infórmese de los datos clínicos relevantes		X	X
6. Coordine con las diferentes áreas de la unidad para la derivación de atención más apropiada.		X	X
7. Explique a los familiares de la paciente las acciones a seguir, brindando apoyo a todo momento.		X	X
DESPUES DE LA RECEPCION:			
8. Brinde tratamiento etiológico adecuado a la paciente hasta que esté en condiciones de alta.		X	X
9. Mantenga la comunicación con la paciente, sus familiares, partera y entre las unidades referentes y receptoras		X	X
10. Contrarrefiera a la paciente a su unidad operativa de origen cuando considere oportuno, seguro y conveniente.		X	X
11. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
12. Instruya a la madre sobre la inscripción oportuna del recién nacido en el Registro Civil local.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.



BIBLIOGRAFIA.

- Documentos ministeriales relacionados.
- Bibliografía Básica.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA OBSTETRICA:

- MSP. Normas y procedimientos para la atención de salud reproductiva. Ecuador 1999.
- MSP Proyecto MODERSA. Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios. MSP. Abril 2004.
- MSP. CONASA Subcomisión de Prestaciones. Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. MSP 2006.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofour D, Piagggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3,2002. Oxford: Update Software.
- Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad. MSP – UNFPA – OPS. Dirección Ecuador. 1996.

CONTROL PRENATAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O28	HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE
O28.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.5	Hallazgo cromosómico o genético anormal en el examen prenatal de la madre
O28.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
O28.9	Hallazgo anormal no especificado en el examen prenatal de la madre
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 29	Otros signos, síntomas del embarazo – parto - puerperio
W 78	Embarazo
W 79	Embarazo no deseado

DEFINICION

CONTROL PRENATAL	<p>Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.</p> <p>Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.</p>
EMBARAZO DE BAJO RIESGO O NORMAL	Aquel que no cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel I.
EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO	Aquel que cursa con criterios de riesgo (ver tabla). Atención en Nivel II o III.
CRITERIOS DE RIESGO	Los signos de alerta de la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 tienen cuadrícula de fondo amarillo, su marcación en la HCU permiten canalizar la referencia y contrarreferencia de las embarazadas según el nivel de complejidad (Protocolo de Referencia y Contrarreferencia).

ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

1. COMPLETO E INTEGRAL

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.
- ATENCION DE:
 - riesgo nutricional.
 - detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
 - maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
 - infecciones de transmisión sexual.
 - consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
 - enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. PRECOZ

- El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. ENFOQUE INTERCULTURAL

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. PERIODICO

- Toda mujer embarazada de **BAJO RIESGO** deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del **CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.**
- **NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.**
 - Uno en las primeras 20 semanas.
 - Uno entre las 22 y 27 semanas.
 - Uno entre las 28 y 33 semanas.
 - Uno entre las 34 y 37 semanas.
 - Uno entre las 38 y 40 semanas

5. AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

MÍNIMO PARA TODOS LOS NIVELES (I-II-III) DE ATENCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

“Disminuir el número de visitas prenatales de rutina no expone a problemas de salud a la mujer embarazada o a su hijo/a, pero puede reducir la satisfacción de la mujer con los cuidados”

ACTIVIDADES PARA NIVELES I II III		MENOR DE 21 SEMANAS O PRIMERA CONSULTA	SEMANAS				INSTRUCTIVO PARA NIVELES I – II – III
			22 a 27	28 a 33	34 a 37	38 a 40	
1.	Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal.	X					<ul style="list-style-type: none"> Llene de forma correcta y completa todos los casilleros. Clasifique por riesgo para la correspondiente atención por niveles. Instruya a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional.
2.	Detección de factores de riesgo.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías. Determine la necesidad de referencia y contrarreferencia al nivel superior.
3.	Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta. Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica Manejo de las molestias propias del embarazo
4.	Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (<12 sem)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Cálculo de las semanas de amenorrea por FUM, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita
5.	Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Si TA mayor a 140 la tensión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica, considere trastorno hipertensivo gestacional.*
6.	Medición del peso	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Registre el peso en cada consulta prenatal en el Normograma que consta en el carné perinatal para determinar desviaciones de la curva normal. Considere sobrepeso, Preeclampsia,* Embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. Considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal* si es menor a lo esperado.

7.	Medición de la talla	X					<ul style="list-style-type: none"> Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.*
8.	Evaluación del estado nutricional	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Clasifique la relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar a la embarazada en las zonas: A: bajo peso, B: Normal, C: sobrepeso, D: obesidad. Si no es adecuada considere suplementación.
9.	Examen de mamas	X					<ul style="list-style-type: none"> Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas: no cepillado, no cremas, no jabones. Informe sobre promoción de lactancia materna.
10	Toma de Papanicolau	X					<ul style="list-style-type: none"> En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.
11	Evaluación clínica de la pelvis					X	<ul style="list-style-type: none"> Determine una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica. Descarte desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina (Ver en Anexo 2 del capítulo de Atención del Parto). Refiera si se confirma patología
12	Medir la altura uterina	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Use la cinta métrica perinatológica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. De semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor. Si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal*. Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios.
13	Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.					X	<ul style="list-style-type: none"> Realice maniobras de Leopold. Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop (ver Anexo 1 Capítulo de Atención del Parto). Desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.
14	Auscular latidos cardíacos fetales	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Normal entre 120 a 160 latidos por minuto. Ausculte con doppler desde las 12 semanas. Ausculte con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal*. Confirme por ecografía.
15	Movimientos fetales (>20 semanas)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Valore por percepción materna certera o por el examen del proveedor desde semana 20. Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal* Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía.
16	Evaluación ecográfica		X		X		<ul style="list-style-type: none"> En embarazo de bajo riesgo solicite entre las 20 y 24 semanas. De tener disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas.

							<ul style="list-style-type: none"> ▪ No solicitarla de rutina. Debe contribuir a la toma de decisiones.
17	Determinación de Hb, Hto, biometría hemática	X		X			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determine anemia* y/o parámetros hematológicos de infección. ▪ Solicite antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas.
18	Determinación TP, TTP, Plaquetas	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si están alterados sospeche Síndrome de HELLP* o discrasias sanguíneas.
19	Determinación de creatinina, urea	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la función renal, si alterados sospeche trastorno hipertensivo gestacional* o nefropatía.
20	Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospeche incompatibilidad o isoimmunización* si la embarazada es Rh negativa y tiene un recién nacido/a Rh positivo, o en aborto de madre Rh negativa. ▪ Solicite test de Coombs indirecto en estos casos.
21	Detección de diabetes gestacional*	X		X	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición del nivel de glicemia una hora después de administrar una sobrecarga de 50 g. de glucosa (Test de O´Sullivan). ▪ No se requiere de ayuno previo, puede ser tomado a cualquier hora del día y no es necesario el valor de la glicemia en ayunas. ▪ En la primera consulta y entre las semanas 24 a 28 y 32 a 35.
22	Detección de sífilis.	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si VDRL positivo solicite prueba confirmatoria de laboratorio (RPR).
23	Prueba de ELISA o prueba rápida para VIH	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Previo consentimiento informado, si resultado es positivo remita a nivel III de especialidad según Protocolo de VIH y Embarazo.
24	Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y en el tercer trimestre. ▪ El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteriuria asintomática* durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o pielonefritis aguda.*
25	Proteinuria en tirilla	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si nitritos +, sospeche infección urinaria. ▪ Si proteinuria +, sospeche trastorno hipertensivo gestacional.*
26	Ig M – IgG STORCH	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si positivos sospeche compromiso fetal.
27	Cultivo anogenital 35 – 37 semanas				X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening de infección por <i>Estreptococo agalactiae</i> B y prevención de sepsis neonatal. ▪ Realizar a partir de la semana 35 a 37 de gestación. ▪ Si resultado es positivo administrar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 2 g. IV dosis inicial y luego 1 g. IV cada 4 horas hasta el parto. ▪ Alternativa: no hacer cultivo y tratar a todas las mujeres intraparto con antibióticos si: parto < de 37 semanas de

						gestación, rotura de membranas de más de 18 horas o temperatura de 38° C o más.	
28	Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profiláctico o Terapéutico (Ver anemia en el embarazo). ▪ Si valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20.
29	Prescripción de ácido fólico 1 tableta de 1 mg diario hasta las 12 semanas (Dosis requerida: 0,4 mg)	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como prevención primaria poblacional de defectos del tubo neural. ▪ El ácido fólico debe administrarse 2 - 3 meses preconcepcional. ▪ Si la paciente tiene antecedente de producto con defectos del tubo neural o es epiléptica tratada con ácido valpróico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II administrar 4 mg VO diarios. ▪ En el país se comercializan las tabletas de 1 y 5 mg únicamente.
30	Administración de complementos alimentarios	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubique en la curva de incremento de peso del carné perinatal la zona en la que se encuentra la paciente.
31	Educación y consejería sobre planificación familiar y derechos reproductivos.				X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involucre al padre en todas las actividades durante cada consulta prenatal o visita domiciliaria. ▪ Brinde consulta de consejería sobre planificación familiar con el objeto que la pareja escoja y defina el método que usarán inmediatamente después del parto. Exija el llenado de la hoja de consejería de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar. ▪ Grupos de apoyo a gestantes: hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva con enfoque en género, generacional, derechos, violencia e interculturalidad. ▪ Oriente en el cuidado prenatal y del recién nacido.
32	Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.* ▪ EJERCICIO: mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud calificado en psicoprofilaxis del parto. ▪ REPOSO: Preferir durante el descanso el decúbito lateral izquierdo. ▪ NUTRICION: mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. ▪ SEXUALIDAD: coito permitido excepto en embarazo de riesgo. ▪ RECREACION: Uso obligatorio de cinturón de seguridad que sujete hombros y cadera durante el uso de automotores. ▪ Viajes bajo autorización médica. ▪ Prendas de vestir cómodas, no ajustadas. ▪ EVITAR LA AUTOMEDICACION.
33	Recomendacio	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de

	nes para la lactancia						apoyo a la lactancia materna.
34	Examen odontológico	X					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional. ▪ En caso de radiografía debe usarse mandil de plomo para protección si es menor de 12 semanas.
35	Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica	X			X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo más precoz posible en el embarazo. ▪ 1ra dosis: en cualquier semana de gestación. ▪ 2ª dosis: aplicar con intervalo no mayor de 6 ni menor de 4 semanas. ▪ Dosis de Refuerzo: luego de 1 año o en cada embarazo siguiente en cualquier semana si son menos de 5 años de la última vacunación. Si son más de 5 años repetir el esquema completo.
36	Preparación para el parto				X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programar con la paciente y su pareja el tipo de parto que se espera. ▪ EDUCACION ANTENATAL sobre las características del parto y la concurrencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.
37	Programar las consultas subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné materno.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegúrese con calidad y calidez que la paciente entienda claramente las instrucciones. ▪ Registre la fecha de su próximo control claramente. ▪ Prepare con la paciente el plan de parto según clasificación de riesgo.

* Ver capítulo correspondiente.

ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ TELF.: _____

LOCALIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

EDAD (años): < de 15 > de 35

ETNIA: BLANCA INDIGENA MESTIZA NEGRA OTRA

ALFA BETA: NO SI

ESTUDIOS: NINGUNO PRIMARIA SECUNDO UNIVERS. AÑOS EN EL MAYOR NIVEL

ESTADIO CIVIL: CASADA UNION ESTABLE SOLTERA OTRO

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL: _____

LUGAR DEL PARTO: _____

N° DE IDENTIFICACION: _____

VIVE SOLA: NO SI

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertension preeclampsia eclampsia otra cond. medica grave

PERSONALES: OBESIDAD ANEMIA INFERILIDAD CARDIOPATIA NEFROPATIA VIOLENCIA

OBSTETRICOS: ULTIMO PREVIO: n/c < 2500g normal > 4000g Antecedente de gemelaras

GESTAS PREVIAS: 1° trim 2° trim 3° trim

ABORTOS: 3 ESPONT. CONSECUTIVOS

VAGINALES: PARTOS CESAREAS

NACIDOS VIVOS: MUERTOS 1° SEM. DESPUES 1° SEM.

VIVEN: EMBARAZO PLANEADO FRACASO METODO ANTICONCEP. MAMAS.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año MENOS DE 1 AÑO

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg TALLA (cm): 1 FPP FUM: día mes año

EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s. NO SI

FUMA ACT. NO SI

FUMA PAS. NO SI

DROGAS: NO SI

ALCOHOL: NO SI

VIOLENCIA: NO SI

ANTIRUBEOLA: previa no sabe embarazo no

ANTITETANICA: vigente no SI DOSIS 1° 2° mes gestacion

EX. NORMAL: ODONT. no SI

CERVIK: Insp. visual normal anormal no se hizo

PAP: normal anormal no se hizo

COLP: normal anormal no se hizo

TOXOPLASMOSIS: < 20sem IgG > 20sem IgG 1° consulta IgM

GLUCEMIA EN AYUNAS: < 20sem > 1,05 g/dl > 30sem

ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas: < 11,0g > 11,0g

PREPARACION PARA EL PARTO: NO SI

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: NO SI

TTO. SIFILIS: NO SI no corresponde

CHAGAS: no se hizo SI

PALUDISMO/MALARIA: no se hizo SI

BACTERIURIA: normal anormal no se hizo

GRUPO Rh: + -

INMUNIZ.: no SI

signos de alarma, exámenes, tratamientos

di día mes año edad gest. peso PA altura uterina presen tación FCF (lpm) movim. fetales protei nuaria

CONSULTAS ANTEMATALES

di día mes año edad gest. peso PA altura uterina presen tación FCF (lpm) movim. fetales protei nuaria

PARTO: PARTO ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE. NATALES total: no SI

HOSPITALIZ. EN EMBARAZO: no SI

CORTICOIDES ANTEMATALES: completo incompl. semana inicio n/c

INICIO espontáneo no SI inducido cesar. elect.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no SI

EDAD GEST. al parto: < 37 sem > 18 hs. temp > 38°C

PRESENTACION SITUACION: cefálica pelviana transversa

TAMANO FETAL ACORDE: no SI

ACOMPANANTE TDP: pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO

hora min inicio de la madre PA pulso contr. 10' dilatacion altura present. variedad posic. meconio FCF/dips

ENFERMEDADES

HTA previa no SI

HTA inducida embarazo no SI

preeclampsia no SI

eclampsia no SI

cardiopatía no SI

nefropatía no SI

diabetes no SI

infec. ovular no SI

infec. urinaria no SI

amenaza parto preter. no SI

R.C.I.U. no SI

rotura prem. de membranas no SI

anemia no SI

otra cond. grave no SI

HEMORRAGIA: 1° trim. 2° trim. 3° trim. postparto infección puerperal

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO

INDUC. OPER.

POSICION PARTO: sentada acostada EPISTOMIA no SI

DESGARROS Grado (1a 4): no SI

OCITOCICOS: prealubr. postalubr. no SI

PLACENTA: completa no SI

LIGADURA CORDON: precoz no SI

MECONIO: no SI

RECIBIENDO MEDICACION: no SI

RECIEN NACIDO

SEXO: f m

PESO AL NACER: < 2500g > 4000g

LONGITUD: _____ cm

EDAD GESTACIONAL: sem. días

FUN ECO: no SI

DEFECTOS CONGENITOS: menor mayor

ENFERMEDADES: ninguna SI

APGAR: 1° 5°

REANIMACION: estimulac. aspiracion máscara oxígeno masaje tubo

FALLECE EN LUGAR DE PARTO: no SI

REFERIDO: día hora T° PA pulso invol. uter. loquios

PUERPERIO

ANTIRUBEOLA POSTPARTO: No corresponde no SI

CONSEJERIA: no SI

METODO ELEGIDO

DIU postevento ligadura tubaria natural otro hormonal ninguno

EGRESO RN: vivo fallece trasladado

Fallece durante o en lugar de traslado: no SI

EDAD: días completos < 1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. parcial artificial

Boca arriba: no SI

EGRESO MATERNO: trasladado lugar

viva fallece fallece durante o en lugar de traslado

Nombre Recién Nacido: _____

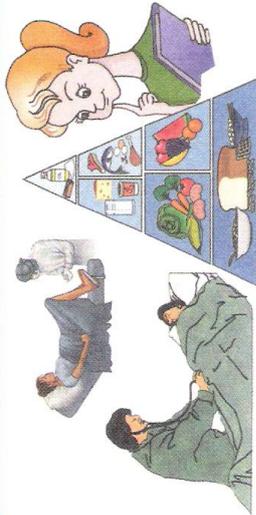
Responsable: _____

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP/OPS/OMS

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

¿EMBARAZADA?

SI UD. VA A SER MADRE ES IMPORTANTE QUE RECUERDE:



Controle su embarazo por lo menos 5 veces.
La alimentación de una embarazada debe ser variada.

SEÑALES DE PELIGRO:

- DOLOR DE CABEZA CONTINUO.
- HINCHAZON DE CARA, MANOS Y PIES.
- VOMITO EXAGERADO (EXCESIVO).
- FIEBRE Y ESCALOFRIO.
- SALIDA DE SANGRE O LIQUIDOS POR LA VAGINA.

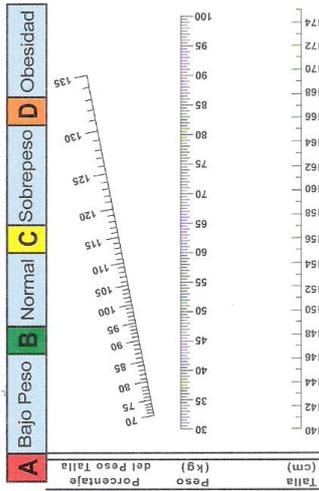
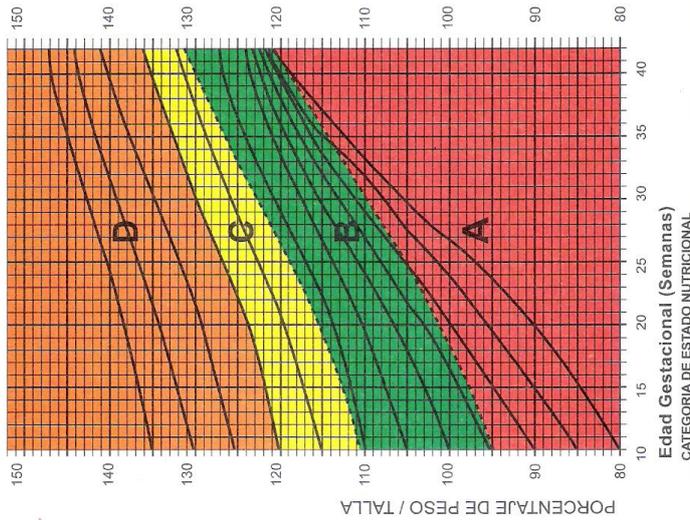
SI PRESENTA ALGUNA DE ESTAS SEÑALES, ACUDA DE INMEDIATO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO.

DURANTE EL EMBARAZO, NO FUME, NO TOMES ALCOHOL O MEDICAMENTOS QUE NO LE SEAN RECETADOS

Su próxima cita es		ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA

PROCURE ESPACIAR SUS EMBARAZOS UN MINIMO DE DOS AÑOS, PARA LOGRAR SU RECUPERACION

Incremento de Peso para Embarazadas CURVA PATRON

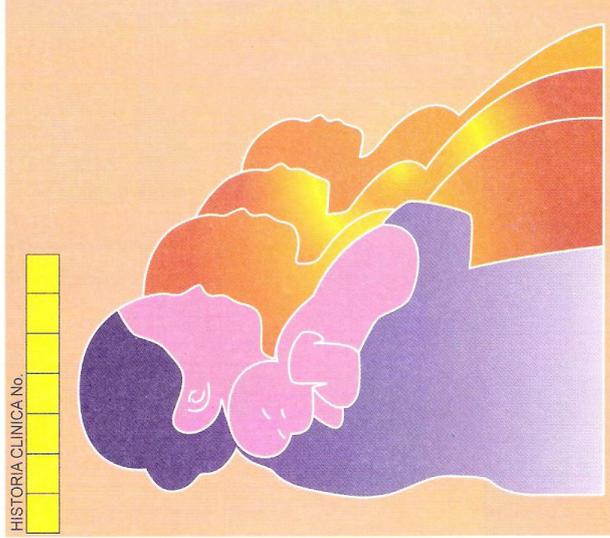


Nomograma para clasificación de la relación Peso/Talla de la mujer (%).

ANEXO 2. CARNÉ PERINATAL

CARNÉ PERINATAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____
 DIRECCION: _____
 PROVINCIA: _____ CANTON: _____
 PARROQUIA: _____



APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 DIRECCION DOMICILIARIA: _____
 PROVINCIA: _____ CANTON: _____
 PARROQUIA y/o LOCALIDAD: _____



DIRECCION NACIONAL
DE PROMOCION Y ATENCION
INTEGRAL DE SALUD

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO CONTROL PRENATAL:

- Mangesi L, Hofmeyr GJ, Estimación del movimiento fetal para la evaluación del bienestar fetal. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Makrides M, Duley L, Olsen SF, Administración de suplementos de aceite marino y otros precursores de prostaglandinas durante el embarazo sin complicaciones por preeclampsia o retardo del crecimiento intrauterino. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Gülmezoglu AM, Intervenciones para la tricomoniasis en el embarazo. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Smaill F, Antibióticos durante el parto para la colonización por estreptococos del grupo B. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
- Martin, R.M; Gunnell, D; Smith, G.D. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life; Systematic Review and Meta-Analysis. Am J. Epidemiol. 2005; 161: 15-26.
- Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal, Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. Maternal and newborn health. 2004.
- Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud y del Ambiente de Bucaramanga. Estadísticas vitales, 2004
- Creasy R, Resnik K. Maternal-fetal medicine. Principles and practice. Boston, Saunders-Elsevier, 5° ed, 2004.
- Sikorski, J; Renfrew, M.J; Pindoria, S; Wade, A. Support for breastfeeding mothers. Cochrane review. The Cochrane library, issue 1, 2003.
- Renfrew, M.J; Lang, S; Woolridge, M.W. Early versus delayed initiation of breastfeeding. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002.
- Casini S, Lucero Sáinz L, Hertz M y Andina E. Guía De Control Prenatal Embarazo Normal, Cronograma De Actividades Para El control Prenatal 2002.
- Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Beligan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomized trial for evaluation of new model of routine antenatal care. Lancet. 2001; 237 (9268): 1551 – 1564.
- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. 2001; 98:1-4.
- Schwarcz R.L., Uranga A., Galimberti D., Martínez I., García O., Lomuto C., Etcheverry M.E., Queiruga M., Castro R. Control Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2001.
- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An ever view of the evidence paediatric perinatal epidemiology 2001, 15 suppl 1: 1-42.
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hadnett E, Hofmeyr GJ. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. Birth 2001; 28 (1): 41-51.
- Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database system Review 2000; (2): CD 000490.
- Vazquez JC, Villar J, treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane database system review 2000; (3): CD 002256
- Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. (Cochrane Review) Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD 001450.

ANEMIA FERROPENICA DURANTE EL EMBARAZO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 99	Otros problemas, enfermedades relacionadas al embarazo y parto.
B80	Anemia ferropénica.

DEFINICIONES

ANEMIA FERROPENICA	Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias.
ANEMIA LEVE	Hb: 10,1- 10,9 g/dl
ANEMIA MODERADA	Hb: 7,1 – 10,0 g/dl
ANEMIA SEVERA	Hb: < 7,0 g/dl

Anemia Working Group Latin America. Guías Latinoamericanas: Anemia en Obstetricia. OMS.

TODAS LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DE ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN COMPLICAR EL CURSO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

DIAGNOSTICO DE ANEMIA FERROPENICA EN EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatiga fácil, adinamia. ▪ Malestar, cefalea. ▪ Disnea de pequeños esfuerzos. ▪ Antecedente de anemia y/o embarazos con restricción de crecimiento fetal, parto prematuro, ruptura de membranas y pérdida fetal.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez muco cutánea, taquicardia, palpitaciones, glositis, visceromegalias. ▪ Datos actuales de restricción de crecimiento fetal, parto prematuro o ruptura de membranas.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemoglobina – Hematocrito (antes y después de semana 20). ▪ Biometría Hemática.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Otro tipo de anemia.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO

Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplir con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hb y ferritina.

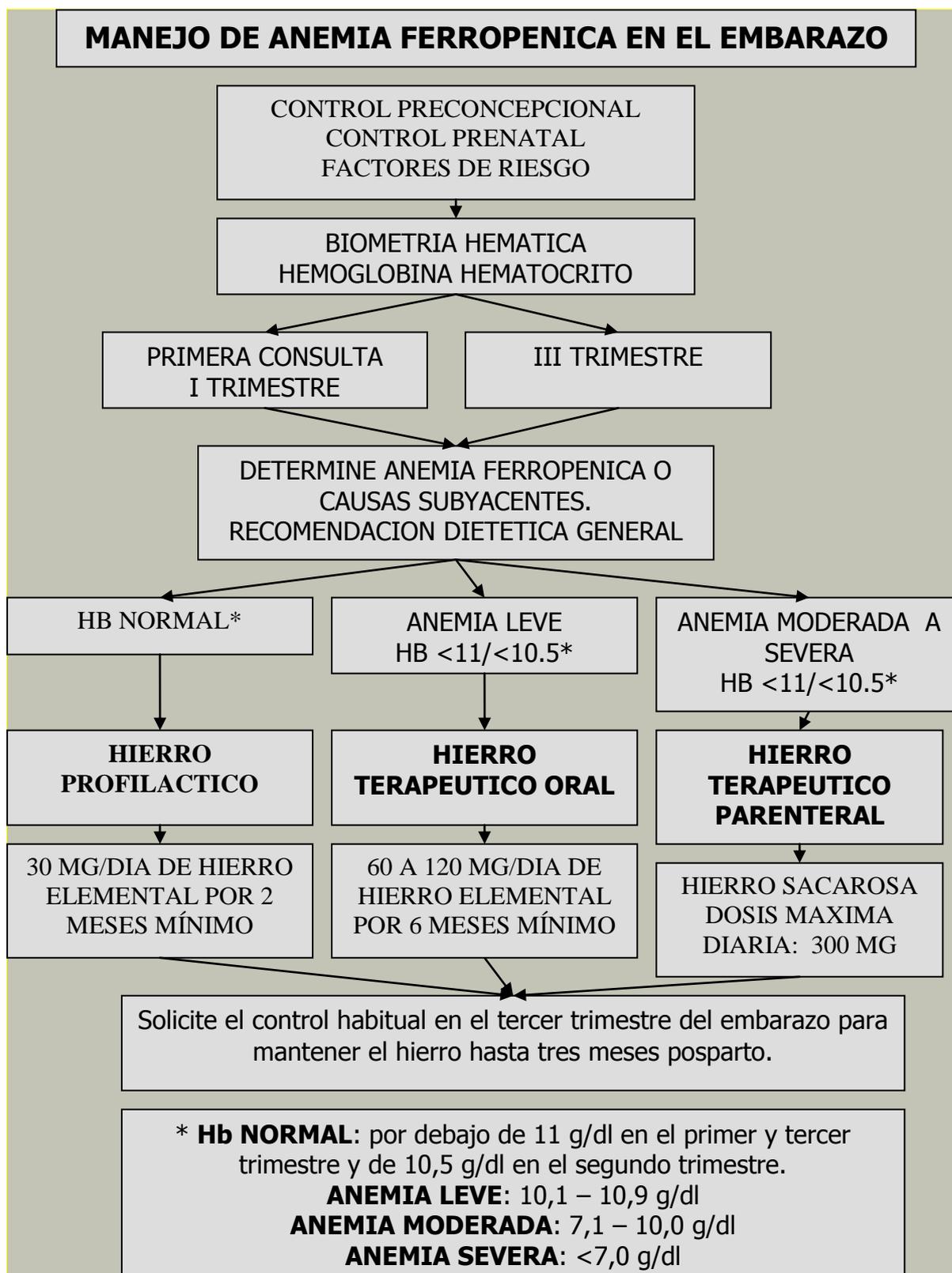
La suplementación antenatal de ácido fólico 0.4 mg/día + hierro reduce el riesgo de bajo peso al nacer.
La suplementación de múltiples micronutrientes no confiere ningún beneficio adicional sobre el ácido fólico + hierro.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Solicite hematocrito – hemoglobina antes de las 20 semanas (ideal en la primera consulta o en el primer trimestre) y otro similar después de las 20 semanas dentro del control prenatal habitual (ideal en el tercer trimestre).	X	X	X
2. RECOMENDACIÓN DIETETICA A TODA EMBARAZADA INDEPENDIENTEMENTE DE SU EDAD GESTACIONAL: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferir alimentos de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como el hígado y riñones. ▪ Incluir una fuente de vitamina C en cada comida (frutas principalmente). ▪ Recomendar el consumo de frutas y verduras como fuentes de vitaminas, minerales y fibra, mas no como fuentes de hierro. 	X	X	X
3. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guardar las tabletas de hierro fuera del alcance de los niños/as. ▪ No tomar el hierro con café, té o leche porque la absorción del hierro disminuye notoriamente con la ingesta de tanatos. ▪ Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas facilita su absorción. ▪ Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro. ▪ Anticipar la coloración negruzca de las heces y molestias gastrointestinales como ardor, pirosis, diarrea, estreñimiento. 	X	X	X
SI HEMOGLOBINA >11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y >10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE.	NIVEL		
TRATAMIENTO PROFILACTICO.			
4. El tratamiento profiláctico es necesario por que pocas mujeres tienen reservas adecuadas de hierro que permitan cubrir las necesidades aumentadas del embarazo. Recomendación dietética.	X	X	X
5. Si el valor de Hb. no sugiere anemia diferir la toma de Hierro hasta pasada la semana 12 para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre.	X	X	X
6. Las mujeres deben recibir desde las 12 semanas y hasta los tres meses post parto una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día.	X	X	X

<p>DOSIS PROFILACTICA: 30 mg/día por 2 meses mínimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 300 mg de gluconato ferroso (10% absorción). ▪ 150 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). ▪ 100 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 	X	X	X
8. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	X	X	X
SI HEMOGLOBINA <11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y < 10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE.	NIVEL		
<p>TRATAMIENTO TERAPEUTICO ORAL:</p> <p>9. Si hemoglobina está bajo lo normal proceda al tratamiento terapéutico. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la anemia crónica en el embarazo es una forma importante de reducir la necesidad de realizar transfusiones futuras.</p>	X	X	X
10. RECOMENDACIÓN DIETETICA: Igual que para el tratamiento profiláctico.	X	X	X
<p>11. DOSIS TERAPEUTICA ORAL: 60 a 120 mg/día de hierro elemental para lograr saturar las reservas de ferritina por 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 600 mg de gluconato ferroso (10% absorción). ▪ 300 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). ▪ 200 mg de fumarato ferroso (30% de absorción). 	X	X	X
12. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	X	X	X
<p>13. TRATAMIENTO TERAPEUTICO PARENTERAL SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere recuperación rápida de anemia ferropénica. ▪ Anemia ferropénica moderada o severa. ▪ Efectos colaterales intolerables con el hierro oral. ▪ Alteraciones del tracto gastrointestinal que afecten la absorción como la Enfermedad de Crohn. ▪ Contraindicaciones para transfusión (conceptos religiosos). ▪ Terapia conjunta con eritropoyetina. ▪ Falta notoria de adherencia a la terapia oral. ▪ Programas de autotransfusión profiláctica (miomatosis severa, placenta previa, placenta ácreta, historia de hipotonías uterinas en gestaciones anteriores, etc). 	X	X	X
<p>14. HIERRO SACAROSA (Categoría B – FDA): Calcule el porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg de hierro son necesarios para incrementar la hemoglobina en 1g/dl.</p> <p>ADMINISTRACION PRACTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 mg (1 amp) de Hierro sacarosa en 100 ml de SS 0.9% pasar IV en 1 hora. • 200 mg (2 amp) de Hierro sacarosa en 200 ml de SS 0.9% pasar IV en 2 horas. • 300 mg (3 amp) de Hierro sacarosa en 300 ml de SS 0.9% pasar IV en 3 horas. <p>Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas).</p> <p>Dosis máxima recomendada a infundir en una semana: 500 mg (5 ampollas).</p>	X	X	X
<p>15. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO PARENTERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IM: dolor y tatuaje en el sitio de inyección. ▪ IV: cefalea, malestar general, fiebre, artralgias, linfadenopatías generalizadas, urticaria y exacerbación de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea. 	X	X	X

Eventual reacción anafiláctica.			
16. TRATAMIENTO DE CAUSAS SUBYACENTES.	NIVEL		
17. Sospecha de malaria por Plasmodium falciparum <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trate como malaria grave. ▪ Administre sulfato o fumarato ferroso 120 mg vía oral MÁS ácido fólico 400 mcg vía oral una vez al día por 6 meses durante el embarazo. ▪ Continúe por 3 meses en el postparto. 	X	X	X
18. Sospecha de Anquilostomiasis endémica (prevalencia igual o mayor a 20%) Puede agravar la anemia. Administre uno de los siguientes tratamientos antihelmínticos: <ul style="list-style-type: none"> • albendazol 400 mg vía oral dosis única; • mebendazol 500 mg vía oral dosis única ó 100 mg dos veces al día por 3 días; • levamisol 2,5 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días; • pirantel 10 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días. Si la prevalencia es mayor al 50% repita el tratamiento 12 semanas después.	X	X	X
19. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre o según criterio médico por cuadro clínico.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE ANEMIA FERROPENICA DURANTE EL EMBARAZO:

- Saha L, Pandhi P, Gopalan S y colaboradores. Comparison of Efficacy, Tolerability, and Cost of Iron Polymaltose Complex with Ferrous Sulphate in the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. Medscape General Medicine 9(1)Ene 2007.
- Siega-Riz AM, Hartzema AG, Turnbull C. Efectos de la administración profiláctica de hierro durante el embarazo. Am J Obstet Gynecol. 2006 Feb;194(2):512-9.
- MSP. Manual sobre criterios Técnicos para el uso clínico de sangre y Hemocomponentes. MSP-Cruz Roja- OPS-INNFA. 2004
- Canaval H, Cifuentes R, Lomanto A. Texto de Ginecología y Obstetricia. Sociedad colombiana de ginecología y obstetricia. Capítulos: Nutrición en el embarazo y Anemia en el embarazo. Bogotá, 1ª Ed. 2004.
- Wagner P. La Anemia: Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. Anemia Working Group Latin America. Lima, Perú, 2004.
- Colegio De Médicos De La Provincia De Buenos Aires Distrito Iii Fondo De Resguardo Profesional, Guía De Procedimientos En Obstetricia; Ed. Print Castel, Buenos Aires - Rep. Argentina, 2004.
- Ministerio de Salud-Chile. Guía Perinatal de Minsalud – Chile / Cedip. 2003.
- Villar J, Merialdi M, Gulmezoglu M et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: An overview of randomized controlled trials. J. Nutr. 2003;133:1606s-1625s.
- Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software Ltd.
- Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2003 Oct;78(4):773-81.
- Pa Rul Ch, Khatri Sk, Katz J. Effects Of Alternative Maternal Micro Nutrient Supplements On Low Birth Weight In Rural Nepal: Double Blind Randomised Community Trial. BMJ. Mar 2003; 326 :571 - 576
- Ramakrishnan U, González-Cossio T, Neufeld L, Rivera J, Martorell R. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy does not lead to greater infant birth size than does iron-only supplementation: a randomized controlled trial in a semirural community in Mexico. Am J Clin Nutr 2003;77:720–5.
- González-Cossio T. Suplementación de rutina con hierro durante el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, Nº 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- Ingram C. Suplementación de rutina con hierro y folato en el embarazo: Comentario de la BSR (Biblioteca de Salud Reproductiva) de la OMS, Nº 6, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/RHR/03.5S).
- WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO, 2001
- United Nations Children’s Fund, United Nations University. World Health Organization. Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control: A guide for programme managers. 2001.
- Haram K, Nilsen ST, Ulvik RJ. Iron supplementation in pregnancy – evidence and controversies. Acta Obstet Gynecol Scand 2001 Aug;80(8):683-8.
- Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. 2001. INACG
- Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 2000; 71 suppl: 1280S-4S.
- Steer P. Maternal haemoglobin concentration and birth weight. Am J Clin Nutr 2000; 71 suppl: 1285S-7S
- Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane database syst rev 2000; (2): CD 001056.

DIABETES Y EMBARAZO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O24.0	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo
O24.1	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo
O24.2	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo
O24.3	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo
O24.4	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo
O24.9	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 85	Diabetes Gestacional
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES.

DIABETES MELLITUS	<p>Intolerancia a la glucosa expresada por los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) ▪ glucemia en ayuno de 8 horas mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 100 g de glucosa.
Diabetes Mellitus tipo I	Diabetes insulino dependiente, inicia antes de los 30 años de edad, síntomas adicionales y cetoacidosis.
Diabetes Mellitus tipo II	Hiper glucemia no insulino dependiente, inicia después de los 30 años, aumento de la cintura abdominal, apetito y aumento de peso excesivos pero con pocos síntomas adicionales.
DIABETES GESTACIONAL	Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo.
Diabetes Gestacional A1	Glucosa en ayunas normal y posprandial elevada. Se logra normogluccemia con dieta.
Diabetes Gestacional A2	Glucosa en ayunas y posprandial elevada. Se logra normogluccemia con dieta e insulina

DIAGNOSTICO DE DIABETES GESTACIONAL SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia familiar de diabetes mellitus. ▪ Obesidad IMC>30. ▪ Antecedente conocido de diabetes mellitus. ▪ Historia de HTA crónica, preeclampsia o ITU a repetición. ▪ Antecedentes obstétricos de abortos a repetición, macrosomía, óbito fetal o mortinatos, polihidramnios o malformaciones congénitas, parto traumático. ▪ Embarazo múltiple, polihidramnios, malformaciones congénitas. ▪ Habitualmente asintomática. ▪ Sintomatología de diabetes mellitus.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema precoz de extremidades ▪ Aumento excesivo de peso ▪ Fondo uterino mayor que edad gestacional
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Screening de Diabetes Gestacional (O´ Sullivan) en la primera visita, en semana 24 a 28 y en semana 32 a 35. ▪ Hemoglobina glicosilada y fructosamina ▪ Biometría Hemática. ▪ EMO Urocultivo ▪ Gram y fresco de secreción vaginal ▪ Ecografía obstétrica para descartar macrosomía y alteraciones del líquido amniótico

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- OBESIDAD.
- TRASTORNOS METABOLICOS: HIPERURICEMIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, HIPERTRIGLICERIDEMIA.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL												
	I	II	III										
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	X	X	X										
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X										
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X										
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O´SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa ▪ A cualquier hora del día ▪ Sin preparación previa en cuanto a dieta ▪ Valoración de glicemia una hora post sobrecarga 	X	X	X										
RESULTADO DEL TEST DE SCREENING: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NEGATIVO: < 140 mg/dl. ▪ POSITIVO: >140 mg/dl, 													
5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ repetir test a las 24 - 28 semanas ▪ repetir test a las 32 – 34 semanas 	X	X	X										
6. SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100 g. 	X	X	X										
7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG). CONDICIONES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 100 g ▪ Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas ▪ No consumo de tabaco ▪ Reposo antes y durante la prueba ▪ Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas. 													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Horas</th> <th style="padding: 5px;">Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ayunas</td> <td style="padding: 5px;">95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 hora</td> <td style="padding: 5px;">180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 hora</td> <td style="padding: 5px;">155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3 hora</td> <td style="padding: 5px;">140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	X	X	X
Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 – 28 semanas y a las 32 – 34 semanas	X	X	X										
9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.	X	X	X										
10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.	X	X	X										
11. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X										
12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.	X	X	X										

<p>13. Recomendar una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal. /Kg. de peso, con restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educacionales sobre temas dietéticos. ▪ Mantener la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl. ▪ Mantener la glucosa posprandial no mayor 120 mg/dl. ▪ Mantener la Hemoglobina glicosilada bajo 6% ▪ Mantener la Fructosamina bajo 285. ▪ SI EN DOS SEMANAS NO SE OBTIENEN ESTOS VALORES SE INDICA INICIAR EL USO DE INSULINA. 	X	X	X										
<p>14. Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.</p>	X	X	X										
<p>15. Los requerimientos de INSULINA NPH son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer trimestre: 0.7 UI/kg/día ▪ Segundo trimestre: 0.8 UI/kg/día ▪ Tercer trimestre: 0,9 UI/kg/día <p>▪ Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg./día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.</p> <p>▪ Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar:</p> <table border="1" data-bbox="336 920 1109 1093" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Horas</th> <th style="text-align: center;">Valores esperados (mg/dl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Antes del desayuno</td> <td style="text-align: center;">60 – 90 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Preprandial</td> <td style="text-align: center;">60 – 105 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Posprandial 2horas</td> <td style="text-align: center;"><120 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 am y 6 am</td> <td style="text-align: center;">>60 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revise periódicamente la glicemia posprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta : insulina rápida) ▪ Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días. ▪ Control mensual de fructosamina ▪ Control trimestral de Hemoglobina glicosilada. ▪ Solicite urocultivo. 	Horas	Valores esperados (mg/dl)	Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl	Preprandial	60 – 105 mg/dl	Posprandial 2horas	<120 mg/dl	2 am y 6 am	>60 mg/dl		X	X
Horas	Valores esperados (mg/dl)												
Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl												
Preprandial	60 – 105 mg/dl												
Posprandial 2horas	<120 mg/dl												
2 am y 6 am	>60 mg/dl												
<p>16. CONTROL DE BIENESTAR FETAL PRENATAL: (Ver compromiso del bienestar fetal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico sin estrés cada semana. ▪ Ecografía mensual para control de crecimiento e índice de líquido amniótico (ILA) <ul style="list-style-type: none"> ▪ diabetes gestacional no insulino dependiente desde semana 36. ▪ diabetes gestacional insulino dependiente desde semana 32. 		X	X										
<p>17. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTÉTRICO POR PARTO O CESÁREA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hay signos de compromiso fetal. ▪ Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas. ▪ Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas. ▪ Si hay labor de parto pretérmino no use beta-miméticos y considere el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna. ▪ Comunicar del caso al Servicio de Neonatología. 		X	X										
<p>18. MANEJO INTRAPARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 cc/hora. Evitar la administración en bolos de solución glucosada. ▪ Sólo si glucosa >140 mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora. 		X	X										

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no deberá suministrarse la dosis habitual de la mañana. 			
<p>19. MANEJO POSPARTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar dieta para diabético con aporte de 27 kcal/kg/día durante la lactancia materna. ▪ La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayunas excede los 110 mg/ dl o la glucosa 1 hora posprandial 160mg/dl. ▪ Se sugiere 0.5 – 0.6 U/Kg. /24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida, por la tarde NPH + rápida y al acostarse NPH. ▪ Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%). ▪ Indicar control anual de glicemia en ayunas. ▪ Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico. 		X	X
<p>20. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente</p>		X	X
<p>21. Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

MANEJO DE DIABETES GESTACIONAL



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DIABETES GESTACIONAL.

- American Diabetes Association. Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus Diabetes Care, Volume 30, Supplement 1, January 2007.
- American Diabetes Association: Goals of Metabolic Management of Gestational Diabetes. Diabetes Care 2007;30(suppl 1):S180–187.
- American Diabetes Association: Pharmacological Management of Gestational Diabetes Diabetes Care 30 (Suppl. 2):S206–S208, 2007.
- American Diabetes Association: Medical Nutrition Therapy and Lifestyle Interventions. Diabetes Care 30 (Suppl. 2):S188–S193, 2007.
- Boyd E, Et Al. Summary And Recommendations Of The Fifth International Workshop-Conference On Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 30, Supplement 2, July 2007.
- Van Leeuwen, M, Egbert J.K, et al. Comparison of Accuracy Measures of Two Screening Tests for Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 30:2779-2784, 2007.
- Ho F, Liew Ch, Cunanan E, Lee K. Oral Hypoglycaemic Agents for Diabetes in Pregnancy – An Appraisal of the Current Evidence for Oral Anti – diabetic Drug Use in Pregnancy. Ann Aca Med Singapore 2007;36:672-678.
- Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw AS. Tratamientos para la diabetes gestacional y la alteración de la tolerancia a la glucosa en el embarazo (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Ceysens G, Rouiller D, Boulvain M. Ejercicio para las mujeres embarazadas diabéticas (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Mello, G et al, Lack of Concordance between the 75-g and 100-g Glucose Load Tests for the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Chemistry 52:9 1679–1684 (2006).
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2005; 28: 537 – 542.
- Crowther CA, Hiller J, Moss J, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of Treatment of Gestational Diabetes mellitus on Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2005;352:2477-2486.
- Carrera M, Goday A Diabetes Gestacional. Jano 2005; 68: 1207-1213.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitas. Diabetes Care 2005; 28.
- Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. The Journal of Clinical Investigation 2005; 115: 485-489.
- YANG Hui-xia, GAO Xue-lian, DONG Yue, SHI Chun. Analysis of oral glucose tolerance test in pregnant women with abnormal glucose metabolism. Yan [Chinese Med J, 2005, Vol. 118 No. 12](#) : 995-999.
- Belmar C, Salinas P, Becker J, Abarzua F, Olmos P, Gonzalez P, Oyarzun E. Incidência de diabetes gestacional según distintos métodos diagnósticos y sus implicâncias clínicas. REV CHIL OBSTET GINECOL 2004;69(1):2-7.
- Yogev Y, Langer O, et al. Glucose Screening in Mexican-American Women, MD The American College of Obstetricians and Gynecologists VOL. 103, NO. 6, JUNE 2004.
- Soonthornpun S, Soonthornpun K, Aksonteing J, A comparison between a 75-g and 100-g oral glucose tolerance test in pregnant women. Thamprasit A [Int J Gynaecol Obstet.](#) 2003 ay;81(2):169-73.
- Giuffrida FM, Castro AA, Atallah AN, Dib SA. Diet plus insulin compared to diet alone in the treatment of gestacional diabetes mellitus: a systematic review. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2003;36:1297-1300.
- Pasquel M, Moreno M. Diabetes Gestacional o Diabetes Tipo 2 Premonitoria? En: Terapia en Endocrinología reproductiva, I ed., Impresión arte, Quito 2003.
- Gunderson EP: Gestational diabetes and nutritional recommendations. Curr Diab Rep 4:377–386, 2004
- American Diabetes Association: Gestational diabetes mellitus. Diab Care 2003;26(suppl 1):S103-105.
- David K, Stephen D, Elizabeth G. Management of Gestational Diabetes Mellitus. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN ,volume 68, number 9 / november 1, 2003 1767 1772.
- F.M.A. Giuffrida, A.A. Castro, A.N. Atallah and S.A. Dib. Diet plus insulin compared to diet alone in the treatment of gestational diabetes mellitus. Brazilian Journal of Medical and Biological Research (2003) 36: 1297-1300.
- Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Care 2002;25:1862-8.
- Aberg A, Rydhstroem H, Frid A. Impaired glucose tolerance associated with adverse pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2001;184:77-83.

INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
O23.0	Infección del riñón en el embarazo
O23.1	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
O23.2	Infección de la uretra en el embarazo
O23.3	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
O23.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O23.5	Infección genital en el embarazo
O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES.

INFECCION DE VIAS URINARIAS	<p>Es la infección más común en el embarazo. Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, ureteres y riñones.</p>
BACTERIURIA ASINTOMATICA	<p>Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias /ml en una sola muestra del chorro medio de orina, en ausencia de síntomas específicos. Presente en 2 a 10% de embarazos se asocia a restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a pielonefritis en 20-40%.</p>
CISTITIS	<p>Colonización sintomática de bacterias en el tracto urinario con más de 100.000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistémica. Presente en 1 a 4% de embarazos.</p>
PIELONEFRITIS	<p>Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc. Presente en 1-2%. Recurrencia de 10-20% en la misma gestación.</p>

DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>CONSIDERAR FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Anemia. ▪ Diabetes mellitus. ▪ Historia de ITS. ▪ Historia de IVU recurrentes o litiasis renal. ▪ Paridad elevada. ▪ Malas condiciones socio económicas. <p><u>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:</u></p> <p><u>CISTITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malestar general variable: cefalea, náuseas, vómitos. ▪ Febrícula o Fiebre bajo 38° C. ▪ Dolor abdominal suprapúbico. ▪ Urgencia miccional, disuria, polaquiuria, nicturia. ▪ Orina turbia o de mal olor. ▪ Tenesmo vesical. <p><u>PIELONEFRITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Igual a cistitis, más: ▪ Fiebre mayor a 38° C. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. ▪ Dolor lumbar. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
EXAMEN FISICO	<p><u>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decaimiento, algida. ▪ Náusea, vómito, deshidratación. ▪ Malestar hipogástrico. ▪ Puntos ureterales dolorosos si útero aún no interfiere por tamaño. ▪ <u>PIELONEFRITIS:</u> Idem más fiebre y puñopercusión dolorosa uni o bilateral.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tirilla reactiva: nitritos + (sensibilidad 57%). ▪ EMO: bacterias +, nitritos +, estearasa leucocitaria +, leucocitos +, eritrocitos + (cistitis). ▪ Urocultivo: más de 100.000 colonias/ml. (Gérmén más frecuente: E. Coli). Solicite en toda embarazada en su primera visita sin importar la edad de gestación, entre las 12 a 16 semanas y en el tercer trimestre del embarazo. ▪ Biometría Hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- PROBLEMAS OBSTRUCTIVOS URINARIOS.
- VULVOVAGINITIS.

TRATAMIENTO DE BACTERIURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA EN EL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERIURIA ASINTOMATICA y CISTITIS AGUDA. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que consten EMO y Urocultivo .	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensable solicitar EMO y urocultivo .	X	X	X
6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Administre tratamiento si cumple con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ paciente asintomática o sintomática. ▪ examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o ▪ Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml), 	X	X	X
10. Considere las siguientes medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ si está asintomática, actividad normal. ▪ si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. ▪ sugiera hidratación vía oral exhaustiva. ▪ Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas. 	X	X	X
11. ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, con UNO de los siguientes antibióticos: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Cefalexina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Eritromicina 250-500 mg VO cada 6 horas, o ▪ Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas, o ▪ Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas), o ▪ Fosfomicina 3 g. VO dosis única, o ▪ Ampicilina Sulbactam 375 mg VO cada 12 horas, o ▪ Amoxicilina/clavulánico 250 mg VO cada 6 horas, o ▪ Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/180 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600mg en dosis única. <p>Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.</p>	X	X	X

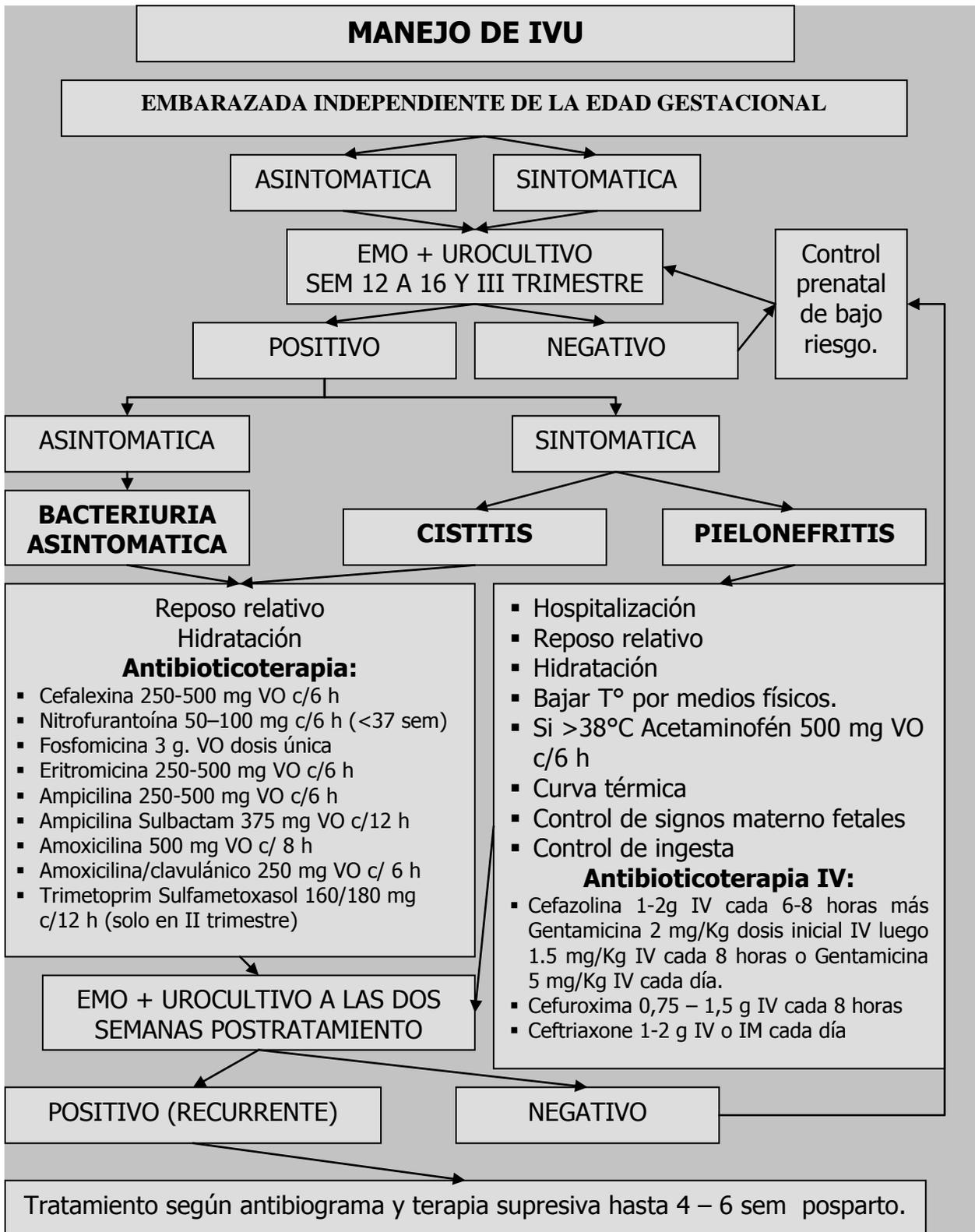
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia a nivel de especialidad.	X	X	X
13. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	X	X	X
14. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.	X	X	X
15. NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación	X	X	X

TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO PIELONEFRITIS <small>(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)</small>	NIVEL		
	I	II	III
1. MANEJO INICIAL SIMILAR A BACTERIURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA DEL PUNTO 1 AL 7.	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
3. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
4. MANEJO HOSPITALARIO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reposo relativo según estado general. ▪ Dieta blanda + Líquidos abundantes. ▪ Control de ingesta y excreta. ▪ Bajar temperatura por medios físicos. ▪ Acetaminofén 1 g VO si temperatura > 38.5°C. ▪ Curva térmica. ▪ Control de signos vitales maternos y fetales. ▪ Líquidos intravenosos SS 0.9% 1000 cc IV 125 cc/h según hidratación. ▪ ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefazolina 1-2g IV cada 6-8 horas. ▪ Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. ▪ Cefuroxima 0,75 – 1,5 g IV cada 8 horas. ▪ Ceftriaxone 1-2 g IV o IM cada día. 		X	X
5. Mantener el tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.		X	X
6. ANTIBIÓTICO ESPECIFICO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico como Gentamicina (2 mg/kg dosis inicial y luego 1.5 g/kg cada 8 horas) o Aztreonam (500-1000mg IV cada 8 horas). ▪ Si pasadas las 72 horas paciente persiste febril se debe sospechar patógeno resistente o anomalías del tracto urinario o urolitiasis; para los dos últimos casos solicitar ecografía de riñón y vejiga. 		X	X
7. Proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja		X	X

de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.			
8. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	X	X	X
9. Programe una cita para control a las dos semanas. ▪ NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO:

- Smaill F, Vazquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Villar J, widmer M, Lydon – Rochelle MT, Gulmezoglu AM, Roganti A. Duracion del tratamiento para la bacteriuria asintomática durante el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Smaill F. Antibioticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Cistitis no complicada en la mujer Guía multidisciplinar Asociación Española de Urología 2006
- Kacmaz B, Cakir O, Aksoy A, Biri A. Evaluation of rapid Urine Screening Test to detect Asymptomatic bacteriuria in Pregnancy. *Jpn J Infect Dis* 2006;59:261-263.
- Nahum GG, Uhl K, Kennedy DL. Antibiotic Use in Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol* 2006;107:1120-38.
- Mittal P, Wing D. Urinary Tract Infections in Pregnancy. *Clin Perinatol* 2005;32:749-764.
- SEGO. Información Terapéutica: Infección urinaria y embarazo, Sistema Nacional de Salud. Vol 29–Nº 2-2005
- Teppa RJ, Roberts JM. The Uriscreeen Test to Detect Significant Asymptomatic Bacteriuria During Pregnancy. *J Soc Gynecol Investig* 2005;12:50-53.
- McIsaac W, Carroll JC, Bringer A, Berstein P, Lyons E, Low DE, Permaul JA. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *J Obstet Gynecol Can* 2005;27(1):20-24.
- Vazquez J, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004.* Oxford: Update Software.
- Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Urinary Tract Infections During Pregnancy. *Ann Pharmacother* 2004;38:1692-701.
- Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, Pinotti JA. Symposium: Urinary Tract Infections in Pregnant Women. *Int Urogynecol J* 2002;13:204-209.
- Nicolle LE. Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies. *Am J Med* 2002;113(1A):35S-44S.
- SEGO. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia: Medicina Materno Fetal: Infección Urinaria y Gestación. 2001.
- Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001;28(3):581-591.
- Butler EL, Cox SM, Eberts E, et al. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;96:753.
- Christensen F. Which antibiotics are appropriate for treating bacteriuria in pregnancy? *J Antimicrob Chemother* 2000;46(Suppl 1):29-34.
- Delzell J, Lefevre M. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician* 2000;61:713-21.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O11	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA
O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14 0	Preeclampsia moderada
O14 1	Preeclampsia severa
O14 9	Preeclampsia, no especificada
O15	ECLAMPسيا
O15 0	Eclampsia en el embarazo
O15 1	Eclampsia durante el trabajo de parto
O15 2	Eclampsia en el puerperio
O15 9	Eclampsia, en período no especificado
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 81	Toxemia del embarazo
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES

HIPERTENSION GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa. ▪ Proteinuria en 24 h $<$ a 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA.
PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. ▪ Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con $\geq 2++$ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva $++$.
PREECLAMPSIA LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA sistólica ≥ 140 y $<$ 160 mm Hg. ▪ TA diastólica ≥ 90 y $<$ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria en tirilla reactiva positiva $++$. ▪ Proteinuria en 24 horas POSITIVA. ▪ Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).
PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE AL SINDROME DE HELLP)	<ul style="list-style-type: none"> • TA sistólica ≥ 160 mm Hg. • TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas. ▪ Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva $++ / +++$. • Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> • Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. • Hemólisis. • Plaquetas <100000 mm³. • Disfunción hepática con aumento de transaminasas. • Oliguria menor 500 ml en 24 horas. • Edema agudo de pulmón.

	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal aguda.
ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> • TA \geq140/90 mm Hg en embarazo $>$20 semanas. • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas $>$300 mg. • Convulsiones tónico clónicas o coma.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	<ul style="list-style-type: none"> • TA \geq140/90 mm Hg en embarazo $<$20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto. • Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA + PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA	<ul style="list-style-type: none"> • TA \geq140/90 mm Hg antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo. • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA DE ALTO RIESGO EN EL EMBARAZO	<p>Hipertensión arterial crónica que cursa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión arterial sistólica \geq160 mmHg y diastólica $>$110 mm Hg antes de las 20 semanas. ▪ Edad materna: $>$40 años. ▪ Duración de la hipertensión: $>$15 años. ▪ Diabetes mellitus con complicaciones. ▪ Enfermedad renal (por cualquier causa). ▪ Miocardiopatía Coartación de la aorta. ▪ Colagenopatía. ▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular. ▪ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.
SINDROME DE HELLP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica $>$90 mm Hg en embarazo $>$20 semanas + Proteinuria en 24 h $>$ a 300 mg / tirilla positiva). ▪ Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP). ▪ COMPLETO*: los tres criterios diagnósticos. ▪ INCOMPLETO*: uno o dos de los criterios diagnósticos.
SINDROME DE HELLP Clase I**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: $<$ 50 000 plaquetas/mm³ ▪ LDH: $>$600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: $>$70 UI/L.
SINDROME DE HELLP CLASE II**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: $>$ 50.000 y $<$ 100.000 plaquetas/ mm³ ▪ LDH: $>$600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: $>$70 UI/L.
SINDROME DE HELLP CLASE III**	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetas: $>$100.000 y $<$150.000 plaquetas/ mm³ ▪ LDH: $>$600 UI/L. ▪ TGO, TGP o ambas: $>$40 UI/L.

* Clasificación de Mississippi.

** Clasificación de Tennessee.

DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo mayor de 20 semanas. ▪ Si embarazo menor de 20 semanas sospeche de hipertensión arterial crónica. ▪ Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica. ▪ Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia. ▪ Convulsiones tónico clónicas o coma. <p>Factores de riesgo adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer embarazo. • ≥ 10 años de diferencia desde el último parto. • Edad ≥ 40 años. • IMC ≥ 35. • Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana). • Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Ac antifosfolipídicos.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas. ▪ Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5. ▪ Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan. ▪ Actividad uterina presente o no.
EXAMENES DE LABORATORIO	<p>EVALUACION MATERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, (Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario ($<150.000/mm^3$), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado). ▪ Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas. ▪ Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 UI/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L). ▪ Evaluación metabólica: Glucosa. ▪ Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular. ▪ Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica. <p>EVALUACION FETAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil Biofísico y/o flujometria doppler en >28 semanas. ▪ Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Hipertensión crónica.
- Hipertensión secundaria a otras etiologías.
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Colestasis intrahepática.
- Hepatitis viral.
- Cirrosis.

TRATAMIENTO GENERAL DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	ACCIONES TERAPEUTICAS
• PREVENCION DE ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de sulfato de magnesio ▪ También para el tratamiento de Eclampsia.
• CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de antihipertensivos si TA diastolica >110 mm Hg
• TOCOLISIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prolongar al menos 48 - 72 horas el embarazo
• MADURACION PULMONAR FETAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de corticoides en embarazos < de 34 semanas 6 días
• TRANSFERENCIA OPORTUNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de referencia y contrarreferencia a Unidad de resolución perinatal especializada dentro del Sistema Nacional de Salud-
<ul style="list-style-type: none"> • DECIDIR VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO • Finalizar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado si existen signos de gravedad maternos o fetales. 	<p>Signos de agravamiento materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convulsiones (eclampsia). ▪ TA diastólica \geq a 110 mm Hg o TA sistólica \geq a 160 mm Hg mantenidas pese a tratamiento hasta por 6 horas. ▪ Oliguria (diuresis menor a 1cc/Kg/h). ▪ Proteinuria >3 g / 24 horas o +++/++++ en tirilla reactiva. ▪ Síndrome de HELLP. <p>Signos de compromiso fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohidramnios ILA <4. ▪ Perfil biofisico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. ▪ En arteria umbilical (AU): Índice de resistencia (IR) y pulsatilidad (IP) aumentados. Ausencia o inversión de diástole. ▪ En arteria cerebral media (ACM) disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. ▪ Relación IR ACM / IR AU < 1. ▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ tensión arterial. ▪ frecuencia cardiaca. ▪ frecuencia respiratoria. ▪ temperatura. ▪ reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5). ▪ estimación de la edad gestacional. ▪ frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. ▪ examen vaginal para ubicación en etapa de labor de parto correspondiente. 	X	X	X
3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPسيا.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPسيا, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPسيا CON SULFATO DE MAGNESIO. (ver más adelante)	X	X	X
5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.	X	X	X
6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. ▪ Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, ▪ TGO, TGP, BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica ▪ EMO, proteinuria en tirilla reactiva. ▪ Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas. 	X	X	X
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS.	NIVEL		
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA.	X	X	X
11. Realice proteinuria en tirilla.	X	X	X
12. SI proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA SIN PROTEINURIA.	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h, o ▪ nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o ▪ nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 			
13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad materna: >40 años. ▪ Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional. ▪ Duración de la hipertensión: >15 años. ▪ Diabetes mellitus (Clases B a F). ▪ Enfermedad renal (por cualquier causa). ▪ Miocardiopatía. ▪ Colagenopatía. ▪ Coartación de la aorta. ▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular. ▪ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva. 	X	X	X
14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo (Ver más adelante).	X	X	X
15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	X	X	X
16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.	X	X	X
SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS	NIVEL		
17. Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
18. Realice proteinuria en orina. SI proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION GESTACIONAL.	X	X	X
19. SI proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA. SINDROME DE HELLP. HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	X	X	X
20. Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.	X	X	X
21. NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante. 	X	X	X
22. Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas. posparto. No use coloides de primera elección.	X	X	X

23. Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
24. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma. ▪ Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta. 	X	X	X
26. Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por catéter nasal si dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia	X	X	X
27. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.	X	X	X
PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA	NIVEL		
28. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA <u>PREVENCION</u> DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DOSIS DE IMPREGNACION: 4 g SO₄ Mg IV en 20 minutos. ▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. ▪ EN TODA PREECLAMPTICA INDEPENDIENTE DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA O NEUROLOGICA. ▪ EN HIPERTENSION GESTACIONAL EXCLUSIVAMENTE SI LA PACIENTE PRESENTA SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA O NEUROLOGICA IMPORTANTE QUE ANTICIPE ECLAMPSIA. ▪ EN HIPERTENSION CRONICA NO ES NECESARIO EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO. ▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio. ▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica. 	X	X	X
29. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA <u>TRATAMIENTO</u> DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DOSIS DE IMPREGNACION: 6 g SO₄ Mg IV en 20 minutos. ▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. ▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) ▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica 	X	X	X
30. SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto. ▪ Reflejos osteotendinosos están ausentes. ▪ Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas. 	X	X	X

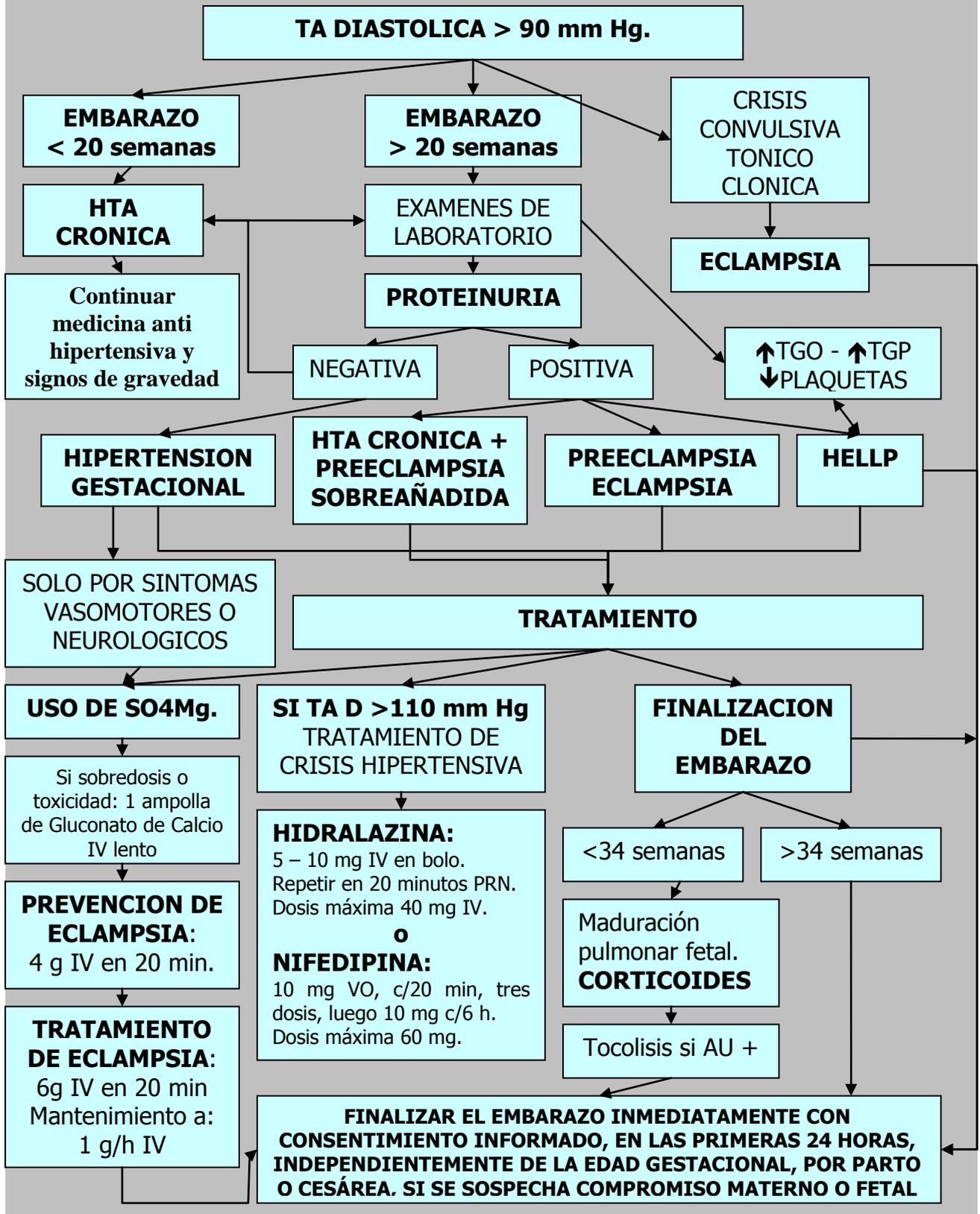
<p>Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria. ▪ Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación. ▪ Administre oxígeno a 4 l/min por cateter nasal o 10 l/min por máscara. 			
<p>TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS</p>	NIVEL		
<p>31. Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV. ▪ NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg. <ul style="list-style-type: none"> • La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas. • Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo. 	X	X	X
<p>CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las medidas iniciales la PA se controla. • PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg. • PA diastólica entre 90 -105 mm Hg. <p>Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o • nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o • nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 	X	X	X
<p>32. Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.</p>	X	X	X
<p>33. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.</p>	X	X	X
<p>FINALIZACION DEL EMBARAZO</p>	NIVEL		
<p>34. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA diastólica =o> 110 mm Hg o TA sistólica =o>160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas. ▪ Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h) ▪ Proteinuria en 24 horas >3 gr. ó +++/++++ en tirilla reactiva. 		X	X

<p>Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convulsiones (eclampsia) ▪ Síndrome de HELLP agravado por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaquetopenia <50.000 / mm³ ▪ LDH: > 1400 UI/L ▪ TGO: > 150 UI/L ▪ TGP: > 100 UI/ L ▪ Acido Úrico: > 7,8 mg/dl ▪ Creatinina: > 1 mg/dl 			
<p>Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, , si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal (ver capítulo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohidramnios ILA <4. ▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. ▪ Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. ▪ En arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole. ▪ En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. ▪ Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical < 1. 		X	X
<p>35. Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6. • Síndrome de HELLP con signos de gravedad. • Coagulación intravascular diseminada (ver complicaciones de HELLP más adelante). 		X	X
<p>36. Si plaquetas < 100. 000 mm³ se contraindica la anestesia peridural.</p>		X	X
<p>37. SI EMBARAZO >34 SEMANAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bishop < 6 = Maduración cervical. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA. 		X	X
<p>38. SI EMBARAZO <34 SEMANAS Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LA CONDICION DE TA ES ESTABLE. ▪ SIN CRISIS HIPERTENSIVAS. ▪ SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL. ▪ <u>TOCOLISIS</u> ▪ si embarazo < 34 semanas. • NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. • O INDOMETACINA (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas. ▪ <u>MADURACIÓN PULMONAR FETAL</u> ▪ Si embarazo >24 y <34 semanas con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). 		X	X

39. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.		X	X
40. EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO. (VER PROTOCOLO DE MANEJO DE PARTO NORMAL)		X	X
41. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma subcapsular hepático. ▪ Ruptura hepática. ▪ Coagulación intravascular diseminada. ▪ Falla renal. ▪ Edema agudo de pulmón. ▪ Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. ▪ Hemorragia posparto. (ver protocolo de manejo más adelante).		X	X
42. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
43. Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.		X	X
44. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

FLUJOGRAMA DE ATENCION Y TOMA DE DECISIONES

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES



MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO

DEFINICION.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO

Presencia de sangre libre entre el parénquima hepático y la cápsula de Glisson, debido a la confluencia de microhemorragias provocadas por la necrosis hemorrágica periportal. La rotura del hematoma produce alta morbilidad y mortalidad por el shock hipovolémico subsiguiente.

DIAGNOSTICO DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Persistencia del dolor epigástrico o en abdomen superior a pesar del tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos.▪ Signos de hipovolemia o anemia aguda<ul style="list-style-type: none">▪ pulso rápido y débil (110 por minuto o más);▪ presión arterial baja (sistólica < 90 mm Hg)▪ además se incluyen:<ul style="list-style-type: none">▪ palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal.▪ sudoración o piel fría y húmeda;▪ respiración rápida de 30 o más por minuto;▪ ansiedad, confusión o inconsciencia;▪ oliguria de menos de 30 ml por hora.▪ Cifras tensionales persistentemente altas.▪ Compromiso del estado general▪ Signos de peritonismo por Hemoperitoneo▪ Visualización transquirúrgica de hematoma
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">▪ Visualización del hematoma por imagen: ecografía, TAC, RM.▪ Caída del hematocrito – hemoglobina.▪ Pruebas de función hepática francamente elevadas.

**TRATAMIENTO DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO
COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO	X	X	X
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. Coloque a la embarazada de lado izquierdo para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite, para asegurar que la vía aérea esté despejada y lograr adecuada perfusión uterina.	X	X	X
7. Abrigue a la mujer para evitar el enfriamiento.	X	X	X
8. Eleve las piernas para aumentar el retorno venoso (eleve el borde inferior de la cama).	X	X	X
9. Si la condición de la paciente es estable y permite realizar ecografía abdominal y hepática donde se confirma diagnóstico de hematoma subcapsular hepático aplique tratamiento conservador del hematoma no roto en espera de resolución espontánea.	X	X	X
10. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS.	X	X	X
11. Si la condición de la paciente permite realizar ecografía abdominal y hepática confirme diagnóstico de hematoma subcapsular hepático. Si la condición es inestable, NO ESPERE la confirmación por imagen y aplique tratamiento quirúrgico emergente del hematoma subcapsular roto.	X	X	X
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
13. Según necesidad proceda a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ evacuación y empaquetamiento del hematoma roto. ▪ sutura o resección hepática (alta mortalidad). ▪ la embolización angiográfica puede ser una buena alternativa, pero difícil de instituir en casos de extrema urgencia. 		X	X
14. Manejo posquirúrgico de Cuidados Intensivos hasta estabilización y pase a piso o sea dada de alta.		X	X
15. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
16. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en		X	X

la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

DEFINICION

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA

Trastorno hematológico y sistémico caracterizado por la formación y destrucción acelerada de fibrina, teniendo como etiología alguna patología obstétrica, principalmente el síndrome de HELLP.

DIAGNOSTICO DE CID SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none">▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.▪ Patología obstétrica de base:<ul style="list-style-type: none">• preeclampsia• eclampsia,• síndrome de HELLP,• desprendimiento normoplacentario• sangrado tercer periodo• placenta previa• obito fetal• sepsis de cualquier origen
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Presencia de hematuria, gingivorragia, epistaxis, petequias, equimosis y/o hematomas.▪ Sangrado espontáneo en sitios de punción o quirúrgicos.▪ Falta de formación del coágulo o coágulo inestable.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">▪ Prueba de coagulación frente a la cama prolongada.▪ Fibrinógeno disminuido < 300mg/dl.▪ Productos de degradación del fibrinógeno elevados.▪ Plaquetas < 100.000 mm³.▪ Dímero D >40 mg/dl.▪ TP > 14 segundos.▪ TTP > 40 segundos.

TRATAMIENTO DE CID COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SD DE HELLP

PROTOCOLO DE MANEJO DE COAGULOPATIA INTRAVASCULAR DISEMINADA COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO			
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
4. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
5. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO Y TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS (si aplica ver protocolo).	X	X	X
6. MANEJO DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. Si se sospecha coagulación intravascular diseminada, no demore el tratamiento mientras espera los resultados de los estudios de coagulación.	NIVEL		
7. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.	X	X	X
8. Administre uterotónico para promover la contracción (si aplica).	X	X	X
9. Reanimación hemodinámica con cristaloides igual al shock hipovolémico.	X	X	X
10. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
11. Uso de sangre y hemocomponentes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CGR para incrementar el transporte de oxígeno. ▪ Plasma fresco congelado 15 ml/kg, para corregir las alteraciones en la coagulación y reducir el TP y TTP prolongado un 50%, o el INR superior 1.5 administrar plasma fresco congelado. Administre hasta que el TP esté 2-3 segundos menos que el de la base. ▪ POR CADA 5 UNIDADES DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SE ADMINISTRA UNA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO. ▪ Crioprecipitados 10 unidades cuando el fibrinogeno sea menor a 100mg por valor de laboratorio o por prueba de coagulación junto a la cama. Cada unidad de crioprecipitados aumenta 10 mg de fibrinógeno. Administre un plasma fresco congelado por cada 2 – 3 unidades de crioprecipitado. ▪ Concentrados plaquetarios 1-3 unidades/10 Kg de peso; si las plaquetas están menos de 50.000 / mm³. Cada unidad incrementa el recuento en por lo menos 5000 plaquetas. ▪ Mantenga el recuento plaquetario en más de 50000 / mm³. 		X	X

12. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis hasta estabilización, pase a piso o alta.		X	X
13. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
14. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

EDEMA AGUDO DE PULMON

DEFINICION

EDEMA AGUDO DE PULMON

Paso de líquido desde los capilares pulmonares al espacio alveolar. El desequilibrio entre la presión hidrostática y la presión oncótica del alveolo determina la presencia de exudado espumoso en el alvéolo que impide la oxigenación normal.

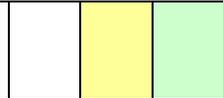
DIAGNOSTICO DE EDEMA AGUDO DE PULMON SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de disnea grave, generalmente acompañada de tos y de expectoración espumosa rosada. • Ansiedad, cianosis, taquicardia y taquipnea. • A la auscultación rales finos húmedos que inician en las bases y tienden a elevarse en los campos pulmonares. • Sobrecarga de líquidos. • Falla cardiocirculatoria.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oximetría de pulso disminuida. ▪ Gasometría con acidosis respiratoria y metabólica.

**TRATAMIENTO DEL EDEMA AGUDO DE PULMON COMO COMPLICACION DE
LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE
HELLP**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL EDEMA AGUDO DE PULMON COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO	X	X	X
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SINDROME DE HELLP.	X	X	X
7. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
MANEJO ADICIONAL DEL EDEMA AGUDO DEL PULMON	NIVEL		
8. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.		X	X
9. Posición sentada con las piernas hacia abajo.		X	X
10. Oxígeno al 100% con mascarilla o con presión positiva. Intubación en los casos severos.		X	X
11. Morfina 5-15 mg. IV. Se debe evitar en pacientes con alteración de la conciencia, enfermedad pulmonar crónica severa, o aumento de la presión intracraneal.		X	X
12. Furosemida IV 40 mg. Y repetir a necesidad, sin sobrepasar 120Mg/hora.		X	X
13. Digitálicos: Si están indicados. Digoxina 0,5 – 1 mg. IV y luego 0,25 mg c/6 horas. Como alternativas: Lanatósido C (Cedilanid) 0,8 mg. IV seguidos de 0,4 mg c/6 horas por dos ocasiones.		X	X
14. Flebotomía fisiológica con torniquetes en 3 de las 4 extremidades con rotación de c/15 minutos.		X	X
15. Monitorización cardíaca continua, oximetría de pulso. TA, monitoreo materno fetal electrónico.		X	X
16. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis hasta estabilización, pase a piso o alta.		X	X
15. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
16. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena,		X	X

con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.



MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

DEFINICION

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	Representa la interrupción brusca y potencialmente reversible de la función renal, manifestada por anuria (<100ml/día), oliguria (< 500 ml/día) y azoemia creciente.
Insuficiencia prerrenal	Causada por hipovolemia (deshidratación o depleción de sodio o anemia aguda). Reversible si se mejora rápidamente la perfusión renal.
Insuficiencia renal	Verdadera insuficiencia del parénquima renal. Necrosis tubular aguda, frecuente, reversible en relación al número de nefronas comprometidas. Necrosis cortical aguda, menos frecuente, irreversible si es bilateral.
Insuficiencia posrrenal	Obstrucción del tracto urinario más allá del glomérulo (cálculo enclavado, ligadura del ureter, etc.) Reversible en función de la duración y de la corrección rápida de la obstrucción.

DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>Diagnóstico o sospecha diagnóstica de preeclampsia - eclampsia complicada con síndrome de HELLP.</p> <p>CAUSAS EXCLUSIVAS DEL EMBARAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preeclampsia severa o eclampsia. ▪ Desprendimiento normoplacentario. ▪ Óbito fetal prolongado. ▪ Hígado graso agudo del embarazo. ▪ Embolia del líquido amniótico. ▪ Aborto séptico. ▪ Insuficiencia renal idiopática posparto. ▪ Hemorragia.
EXAMEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El signo más precoz es el aumento de los azoados: urea,

FISICO	creatinina y ácido úrico. <ul style="list-style-type: none"> La anuria y oliguria generalmente están presentes, pero no siempre desde el inicio. 			
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de función renal alteradas según tipo e insuficiencia renal. 			
	PARÁMETRO	PRERRENAL	RENAL	POSTRENAL
	Úrea/creatinina	>>>	normal	Normal
	Densidad	>>>	Normal o <	Normal o <
	pH urinario	>	>	>
	Hematuria	ausente	presente	ausente
	Excreción de Na urinario	< 20 mEq/l	normal	normal
	Excreción Fraccional de Na	<1%	Normal o >1%	Normal o > 1%
	Eco renal	Normal	Normal	Normal o aumentado de tamaño

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO COMPLICACION DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SINDROME DE HELLP (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO INMEDIATO			
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. APLIQUE EL PROTOCOLO DE MANEJO DEL SINDROME DE HELLP.	X	X	X
7. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
MANEJO ADICIONAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	NIVEL		

8. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.		X	X
9. CORRECCION DEL VOLUMEN: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerar cateterización de la arteria pulmonar. ▪ Ingesta 6-8 ml/kg + excreción urinaria. ▪ Furosemida 40-80 mg. IV (dosis máxima diaria 600mg, altas dosis están asociadas con el riesgo de ototoxicidad). ▪ Diálisis para sobrecarga líquida (insuficiencia cardiaca). 		X	X
10. HIPERPOTASEMIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gluconato de calcio 10 – 20 ml al 10%. ▪ Insulina corriente 10UI y 50 ml glucosa al 50%. ▪ Bicarbonato de sodio, 50-150 mEq /l. ▪ Diálisis. 		X	X
11. ACIDOSIS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se corrige con bicarbonato de sodio. 		X	X
12. HIPONATREMIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálisis. ▪ Restringir el agua libre. 		X	X
13. Hipocalcemia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se corrige con administración oral o IV de Ca. 		X	X
14. Manejo nutricional <ul style="list-style-type: none"> ▪ En especial de proteínas (1mg de proteínas /Kilo de peso). 		X	X
15. Indicaciones de diálisis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uremia: BUN > 100 mg/dl o síntomas urémicos. ▪ Sobrecarga de volumen (insuficiencia cardíaca congestiva). ▪ Hiperpotasemia que no responde a otras medidas. ▪ Acidosis metabólica severa. ▪ Pericarditis o derrame pericárdico. ▪ Convulsiones o cambios severos del estado mental. ▪ Hipermagnesemia > 7 mEq/L que no responde a otras medidas. 		X	X
16. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis hasta estabilización, pase a piso o alta.		X	X
17. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
18. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y COMPLICACIONES:

- Chapell, L et al, Adverse Perinatal Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia in Women With Chronic Hypertension A Prospective Study, *Hypertension*. 2008;51:1002-1009
- Podymow T, Phyllis A, Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy, *Hypertension* 2008;51:960-969; originally published online Feb 7, 2008.
- Marshal, W. Carpenter MD, Gestational Diabetes, Pregnancy, Hypertension, and Late Vascular Disease, *Diabetes Care*, Volume 30, Supplement 2, July 2007.
- Mihu, Dan, et al, HELLP Syndrome – a Multisystemic Disorder, *J Gastrointestin Liver Dis*. December 2007 Vol.16 No 4, 419-424.
- Bonzini, Matteo, et al, Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review, *Occup. Environ. Med*. 2007;64:228-243; originally published online 9 Nov 2006.
- JIOTYDAS, CHANDAN. "Endovascular management of hepatic hemorrhage and subcapsular hematoma in HELLP syndrome". *Indian Journal of Gastroenterology* 2007 vol 26 September-October
- HILTON, Rachel. "Acute renal failure", 2006;333;786-790 *BMJ*, doi:10.1136/bmj. 38975. 657639.
- KWOK, M Ho and SHERIDAN, David J. "Meta-analysis of frusemide to prevent or treat acute renal failure" , 2006;333;420-; originally published online 21 Jul 2006; *BMJ*.
- PILCO, Paul, et al. "Hematoma hepático subcapsular roto en Síndrome Hellp. Revisión de la literatura y reporte de un caso con manejo conservador". *REV. GASTROENTEROL. Perú* 2006; 26:207-210
- Solomon, Caren G, MD, et al, Hypertension in Pregnancy, *Endocrinol Metab Clin N Am* 35 (2006) 157–171.
- Meher, S, Duley, L, Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal, (Revisión Cochrane traducida), 17 de febrero de 2006
- Tongprasert F, Jinpala S, Srisupandit K, Tongsong T. The rapid Biophysical profile for early intrapartum fetal well-being assessment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;5(15):1-4.
- Churchill D, Duley L. Atención intervencionista versus atención expectante para la preeclampsia grave antes de término. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2.
- Shear RM, Rinfret D, Leduc L. Should we offer expectant management in cases of severe preterm preeclampsia with fetal growth restriction. *American Journal of Obstetrics and gynecology* 2005;192:1119-25.
- Sibai BM. Magnesium sulphate Prophylaxis in Preeclampsia: Evidence from Randomized trials. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2005;48(2):478-88.
- Mildne, Fiona et al, The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community, *The British Medical Journal*, 2005;330;576-580.
- Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet Count. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 981-991.
- Wagner L. diagnosis and Management of Preeclampsia. *Am Fam Physician* 2004;70:2317-24.
- Chang EY, Menard MK, Vermillion ST, Hulsey T, Ebeling M. The association between hyaline membrane disease and preeclampsia. *American journal of Obstetrics and gynecology* 2004;191:1414-7.
- Duley L. Pre-eclampsia and hypertension. *Clin Evid* 2004;12:2013-2031.
- Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Magnesium Sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 4, 2004.
- Duley L, Henderson – Smart DJ. Fármacos para el tratamiento de la TA muy elevada durante el embarazo (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 4, 2004.

- Duley L, Henderson – Smart DJ. sulfato de magnesio versus Fenitoina para la Eclampsia (Cochrane review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
- Duley L, Henderson – Smart DJ. sulfato de magnesio versus diazepam para la Eclampsia (Cochrane review). In: The Cochrane library, Issue 4, 2004.
- Abalos E, Duley L, Steyn DW, henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hipertensión during pregnancy. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004.
- Matchaba P, Moodley J. Corticosteroids for HELLP syndrome in Pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004.
- Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- Vera, Eduardo. "Rotura Hepática Asociada A Preeclampsia Severa Y Síndrome Hellp: Manejo Y Tratamiento Con Taponamiento Intraabdominal Temporal De Compresas". Rotura Hepática Asociada A Preeclampsia Severa Y Síndrome Hellp: ... / Edu.Ardo Vera M. Y Cols. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(4): 319-327
- Sibai BM. Diagnosis and Management of gestacional Hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol 2003;102:181-92.
- HOCK TOH, Cheng and DENNIS, Michael. "Disseminated intravascular coagulation: old disease, new hope". doi:10.1136/bmj.327.7421.974. BMJ 2003;327:974-977.
- TOH, Cheng and DENNIS, Michael. "Disseminated intravascular coagulation: old disease, new hope". doi:10.1136/bmj.327.7421.974. BMJ 2003;327:974-977.
- Magee LA, Cham C, Waterman EJ, Ohlsson A, Von Dadelszen P. Hidralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. BMJ 2003;327:1-10.
- Lyell DJ, Lambert-Messerlian GM, Giudice LC. Prenatal screening, epidemiology, diagnosis, and management of preeclampsia. Clinics in Laboratory medicine 2003;23(2):1-23.
- Ramanathan J, Bennett K. Preeclampsia: fluids, drugs, and anesthetic management. Anesthesiology Clin N Am 2003;21:145-63.
- Belfort, MA, MD A Comparison of Magnesium Sulfate and Nimodipine for the Prevention of Eclampsia, N Engl J Med 2003;348:304-11.
- Rahman TM, Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. QJM 2002; 95: 343-357.
- Duley L , Farrell B., Spark P. The Magpie Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;359:1877-90.
- Mosammat RB, Sayeba A, Anowara B, et al. Conservative Management of Eclampsia and Severa Pre-eclampsia a Bangladesh Experience. Medscape general medicine 2002;4(1):1-9.
- Shahnaz B, Shahabi S. Nifedipina or hydralazine as a first – line agent to control hypertension in severe preeclampsia. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:25-30.
- Brown MA, Buddle ML, Farrell T, Davis GK. Efficacy and safety of nifedipine tablets for the acute treatment of severe hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1046-50.
- Magee L. Antihypertensives. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2001;15(6):827-845.
- Zamorski, M, MD, M.H.S.A., and Lee A. Green, M.D., M.P.H. NHBPEP Report on High Blood Pressure in Pregnancy: A Summary for Family Physicians, American Family Physician, July 15, 2001 / Vol 64, Number 2
- Duley L, Gulmezoglu AM. Sulfato de magnesio versus cóctel lítico para la eclampsia (Revisión Cochrane traducida), 21 de marzo de 2000.

HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLEMICO EN OBSTETRICIA.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O08.1	Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
O20	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO (Excluye embarazo terminado en aborto)
O20 8	Otras hemorragias precoces del embarazo
O20 9	Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
O46	HEMORRAGIA ANTEPARTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
O46 0	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación (afibrinogenemia, CID, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia)
O46 8	Otras hemorragias anteparto
O46 9	Hemorragia anteparto, no especificada
O72	HEMORRAGIA POSTPARTO
O72 0	Hemorragia del tercer período del parto (asociada a retención o adherencia de placenta)
O72 1	Otras hemorragias postparto inmediatas (atonía)
O72 2	Hemorragia postparto secundaria o tardía (por retención de fragmentos de placenta)
O72 3	Defecto de la coagulación postparto (afibrinogenemia, fibrinólisis postparto)
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 85	Diabetes Gestacional
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES.

HEMORRAGIA DE CAUSA OBSTÉTRICA	Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500 cc de sangre.
SANGRADO DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	Pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas.
SANGRADO DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	Pérdida sanguínea en embarazo mayor de 20 semanas. Sangrado genital durante el trabajo de parto antes de que se produzca el parto.
SANGRADO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO	Hemorragia que sucede luego del nacimiento del producto.
SHOCK HIPOVOLÉMICO	Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales.

DIAGNOSTICO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente o presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ sangrado en la primera mitad del embarazo: aborto, embarazo ectópico o molar. ▪ sangrado en la segunda mitad del embarazo: tapón mucoso, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), rotura uterina. ▪ sangrado después del parto: atonía uterina, retención de placenta o fragmentos, rotura uterina. ▪ infección sobreañadida: aborto no seguro o séptico, corioamionitis, pielonefritis.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg) <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal. ▪ Sudoración o piel fría y húmeda; ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto; ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia; ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática. ▪ Hemoglobina – Hematocrito. ▪ TP – TTP – Plaquetas. ▪ Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. ▪ Prueba de coagulación junto a la cama.

DIAGNOSTICO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO POR ETAPAS DEL EMBARAZO.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
SANGRADOS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AMENAZA DE ABORTO. ▪ ABORTO COMPLETO. ▪ ABORTO INCOMPLETO. ▪ ABORTO EN CURSO O INEVITABLE. ▪ ABORTO SEPTICO. ▪ EMBARAZO MOLAR. ▪ EMBARAZO ECTOPICO. ▪ LESIONES UTERINAS. ▪ LESIONES CERVICALES. ▪ LESIONES VAGINALES. ▪ LESIONES VULVARES.
SANGRADOS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SALIDA DE TAPON MUCOSO – INICIO DE LABOR DE PARTO. ▪ PLACENTA PREVIA. ▪ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. ▪ ROTURA UTERINA. ▪ VASA PREVIA.
SANGRADOS DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATONIA – HIPOTONIA UTERINA. ▪ DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINE. ▪ RETENCION DE PLACENTA. ▪ RETENCION DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS. ▪ INVERSION UTERINA. ▪ ROTURA UTERINA. ▪ HEMORRAGIA POSPARTO TARDIA.

TRATAMIENTO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO EN OBSTETRICIA

PROTOCOLO DE MANEJO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO EN OBSTETRICIA. <u>El sangrado obstétrico es impredecible y puede ser masivo</u> (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO INMEDIATO	I	II	III
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique a los familiares y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).	X	X	X
6. Coloque a la embarazada de lado izquierdo para reducir al mínimo el riesgo de aspiración en caso de que vomite, para asegurar que la vía aérea esté despejada y lograr adecuada perfusión uterina.	X	X	X
7. Abrigue a la mujer para evitar la hipotermia.	X	X	X
8. Eleve las piernas para aumentar el retorno venoso (eleve el borde inferior de la cama).	X	X	X
MANEJO ESPECÍFICO	NIVEL		
1. Inicie una infusión IV (es ideal dos) por vía periférica con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16 o la de mayor calibre disponible).	X	X	X
2. Recoja sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama (véase abajo) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
3. Administre IV 1 L de solución salina normal o Lactato Ringer en 15–20 minutos. LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCION PARA COMPENSAR LA VOLEMIA.	X	X	X
4. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.	X	X	X
5. Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas y provocar reacciones anafilácticas severas.	X	X	X
6. Fíjese como meta reponer de 3 veces la pérdida de volumen calculado a un ritmo más rápido.	X	X	X
7. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock hipovolémico.	X	X	X
8. Si no puede canalizar una vena periférica , realice una venotomía.	X	X	X
9. Monitoree los signos vitales (cada 15 minutos) y la pérdida de sangre.	X	X	X
10. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
11. Administre oxígeno 6–8 L por minuto por mascarilla o catéter nasal.	X	X	X

PRUEBA DE COAGULACIÓN JUNTO A LA CAMA	NIVEL		
12. Evalúe el estado de la coagulación de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y seco de tapa roja; ▪ Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}$ C); ▪ Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo; ▪ La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía. 	X	X	X
REEVALUACIÓN	NIVEL		
13. Reevalúe la respuesta de la mujer al manejo específico dentro de 30 minutos para determinar si su estado mejora. Los signos de mejoría incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pulso que se estabiliza (frecuencia de 90 latidos por minuto o menos); ▪ presión arterial en aumento (sistólica 100 mm de Hg o más); ▪ mejoría del estado mental (menos confusión y ansiedad); ▪ producción de orina en aumento (30 ml por hora o más). 	X	X	X
14. Si el estado de la mujer mejora : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regule la velocidad de infusión de líquidos IV a 1000 ml. en 6 horas. ▪ Continúe el manejo para la causa del shock. ▪ Si el estado de la mujer no mejora ni se estabiliza, la mujer requiere manejo adicional. 	X	X	X
15. Disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
MANEJO ADICIONAL	NIVEL		
16. Continúe la infusión de líquidos IV regulando la velocidad de infusión a 1 L en 6 horas y mantenga el oxígeno a razón de 6–8 L por minuto.	X	X	X
17. Monitoree estrechamente el estado de la mujer mientras es trasladada o se esperan los exámenes.	X	X	X
18. Verifique las pruebas de laboratorio, incluyendo hematocrito, grupo sanguíneo y del Rh y pruebas cruzadas de sangre, según la necesidad. Solicite electrolitos, creatinina y gasometría si no mejora la condición.	X	X	X
19. Proceda a averiguar el probable origen de la hemorragia con los familiares o acompañantes para actuar acorde con la etiológico de la causa del shock.	X	X	X
20. En toda mujer Rh NEGATIVA con Coombs indirecto NEGATIVO se debe administrar inmunización con gammaglobulina Rho (anti D).	X	X	X
21. INDICACIONES PARA TRANSFUSIÓN: Hemoglobina < 7g/dl es indicación de transfundir hemocomponentes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente con anemia crónica en situación clínica estable, se considera la transfusión con valores de hemoglobina iguales o menores a 5 g/dl ▪ Pacientes con anemia crónica, con compromiso cardiorrespiratorio o situación de hipoxia tisular, se considera transfusión con valores de hemoglobina entre 5 y 7 g/dl. 		X	X
22. Solicite al banco de sangre los hemoderivados necesarios para el caso. <ul style="list-style-type: none"> ▪ En todo caso de hemorragia obstétrica con compromiso hemodinámico y riesgo de muerte, se deben transfundir. CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada concentrado globular eleva 1.2 gr/dl la hemoglobina o 3% el 		X	X

hematocrito. ▪ NO SE DEBE USAR SANGRE TOTAL.			
23. MANEJO DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. Si se sospecha coagulación intravascular diseminada, no demore el tratamiento mientras espera los resultados de los estudios de coagulación.		X	X
24. Identifique la causa e inicie el tratamiento etiológico.		X	X
25. Administre uterotónico para promover la contracción (si aplica).		X	X
26. Reanimación hemodinámica con cristaloides igual al shock hipovolémico.		X	X
27. Uso de sangre y hemocomponentes: ▪ CGR para incrementar el transporte de oxígeno. ▪ Plasma fresco congelado 15 ml/kg, para corregir las alteraciones en la coagulación y reducir el TP y TTP prolongado un 50%, o el INR superior 1.5 administrar plasma fresco congelado. Administre hasta que el TP esté 2-3 segundos menos que el de la base. ▪ POR CADA 5 UNIDADES DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SE ADMINISTRA UNA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO ▪ Crioprecipitados 10 unidades cuando el fibrinogeno sea menor a 100mg por valor de laboratorio o por prueba de coagulación junto a la cama. Cada unidad de crioprecipitados aumenta 10 mg de fibrinógeno. Administre un plasma fresco congelado por cada 2 – 3 unidades de crioprecipitado. ▪ Concentrados plaquetarios 1-3 unidades/10 Kg de peso; si las plaquetas están menos de 50.000. Cada unidad incrementa el recuento en por lo menos 5000 plaquetas. ▪ Mantenga el recuento plaquetario en más de 50000 por ml.		X	X
28. Vigilancia intensiva de signos vitales y diuresis.		X	X

Principios que hay que recordar:

- La transfusión es sólo uno de los elementos del manejo de una hemorragia.
- Las decisiones de prescribir una transfusión deben basarse en el uso clínico de la sangre, tomando en cuenta las necesidades de la mujer.
- Hay que evitar en lo posible la pérdida de sangre para reducir la necesidad de transfusión.
- La mujer que sufre una pérdida aguda de sangre debe ser reanimada eficazmente (líquidos de reposición IV, oxígeno, etc.) mientras se evalúa la necesidad de una transfusión.
- El valor de hemoglobina de la mujer, aunque es importante, no debe ser el único factor que se tome en cuenta para comenzar una transfusión. La decisión debe estar respaldada por la necesidad de aliviar signos y síntomas clínicos y prevenir una morbilidad y mortalidad significativas.
- El profesional médico debe conocer los riesgos de infecciones y anafilaxia que tienen los hemocomponentes.
- La transfusión sólo debe prescribirse cuando sea probable que los beneficios para la mujer compensen con creces los riesgos.

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE HEMORRAGIA Y SHOCK HIPOVOLEMICO EN OBSTETRICIA:

- Yuval Meroz, MDa, Uriel Elchalal, MDb, Yehuda Ginosar, BSc, MBBSa,* Initial Trauma Management in Advanced Pregnancy. *Anesthesiology Clin* 25 (2007) 117–129
- Howard J.A. Carp, MB, BS, FRCOG* Thrombophilia and Recurrent Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33 (2006) 429–442
- Clinical policy: Critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy. *Annals of Emergency Medicine - Volume 41, Issue 1 (January 2003)* American College of Emergency Physicians.
- American College of Emergency Physicians Clinical policy: Critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy *Annals of Emergency Medicine - Volume 41, Issue 1 (January 2003)*.
- United States emergency department visits for vaginal bleeding during early pregnancy, 1993-2003 Kathleen A. Wittels, MD; Andrea J. Pelletier, MPH, MS; David F. M. Brown, MD; Carlos A. Camargo Jr, MD, DrPH
- Kenneth J. Moise, Jr, Management of Rhesus Alloimmunization in Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Published by Elsevier Science Inc. Vol. 100, nº 3, September 2002.
- Fleischer, Manning, Jeanti y Romero. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. 6º Edición. 2002.
- Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization. *Cochrane Review The Cochrane Library, Issue i, 2002*.
- Crowther C, Keirse M, Anti D administration in pregnancy for preventing rhesus alo immunization. *Cochrane Database System Rev* 2000; (2): CD 000020.
- Crowther C, Keirse M, Anti D administration in pregnancy for preventing rhesus alo immunization. *Cochrane Database System Rev* 2000; (2): CD 000020.

ABORTO

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 021	Aborto diferido
O 03	Aborto espontáneo
O 04	Aborto médico (incluye aborto terapéutico y legal)
O 05	Otro aborto
O 06	Aborto no especificado (provocado, incluye aborto inducido)
O 07	Intento fallido de aborto (excluye incompleto)
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
O 020 0	Amenaza de aborto
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W82	Aborto espontáneo
W83	Aborto provocado

DEFINICIONES

ABORTO	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.
AMENAZA DE ABORTO	Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.
ABORTO EN CURSO (INEVITABLE)	Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.
ABORTO INCOMPLETO	Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
ABORTO COMPLETO:	Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
ABORTO DIFERIDO	Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
ABORTO SÉPTICO	Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.
ABORTO TERAPEUTICO	Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.

DIAGNOSTICO DE ABORTO.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenorrea. ▪ Sangrado genital variable. ▪ Dolor.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado genital variable. ▪ Modificaciones o no de cuello de útero.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba de embarazo en orina o sangre positiva. ▪ Ecografía abdominal o transvaginal.

DIAGNOSTICO DE ABORTO POR CLASIFICACION CLINICA.

Dg	TIPO DE ABORTO	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO EN CURSO O INEVITABLE	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO DIFERIDO	ABORTO SEPTICO
HISTORIA CLINICA – EXAMEN FISICO	UTERO / EG	Acorde	Acorde	Menor	Menor	Menor	Mayor o blando
	ACTIVIDAD UTERINA - DOLOR	+	+++	++	-	+ / -	++
	SANGRADO	+ / no	+++	++	+ / no	+ / -	+ / - Pus. Mal olor
	CAMBIOS EN CUELLO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
	EXPULSION DE RESTOS	NO	SI	SI	SI / NO	NO	Mal olor
EXAMENES	HCGB	+	+-	+-	-	+	+
	ECOGRAFIA	FCF +	FCF - o + LA ausente	Restos	Utero vacío	FCF – EG menor	Restos + ++

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Hemorragia y Shock hipovolémico en Obstetricia

TRATAMIENTO DEL ABORTO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA AMENAZA DE ABORTO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. No administre DE RUTINA tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.	X	X	X
10. Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.	X	X	X
11. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares). ▪ No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo. ▪ Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica). ▪ Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual. 	X	X	X
12. si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO Y DIFERIDO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X

3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X	X	X
11. Analgesia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido.	X	X	X
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.		X	X
14. Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU.		X	X
15. EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU. ▪ Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. ▪ La inductoconducción con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. ▪ Coloque DIU luego del procedimiento del AMEU si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción. 		X	X
16. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico . Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.		X	X
17. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posevacuación.		X	X
18. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual. ▪ Actividad ambulatoria progresiva. ▪ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas por 3 días. ▪ Orientación sobre signos de alarma: fiebre, dolor y sangrado. ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Brinde consejería y proporcione un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente. 		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SEPTICO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo (para detectar instrumentación previa) y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalización de dos vías endovenosas con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
10. Manejo de shock séptico (si aplica).	X	X	X
11. Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evacuación uterina.	X	X	X
12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos.	X	X	X
13. ANTIBIOTICOTERAPIA IV por 72 horas o hasta que la fiebre remita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. ▪ gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg cada 8 horas. 	X	X	X
14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.		X	X
15. EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU ▪ Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. ▪ La inductoconducción con oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. 		X	X
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posevacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.		X	X
17. Toxoide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa.		X	X

18. Si el cuadro empeora, la fiebre no cede, sangrado hemopurulento o de mal olor persiste por más de 72 horas considere shock séptico y añadir: <ul style="list-style-type: none"> ▪ AMPICILINA 1g IV cada 6 horas. ▪ Considere drenaje o histerectomía por colección intraabdominal. 			
19. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual. ▪ Actividad ambulatoria progresiva. ▪ Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. ▪ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas por 3 días. ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. 		X	X

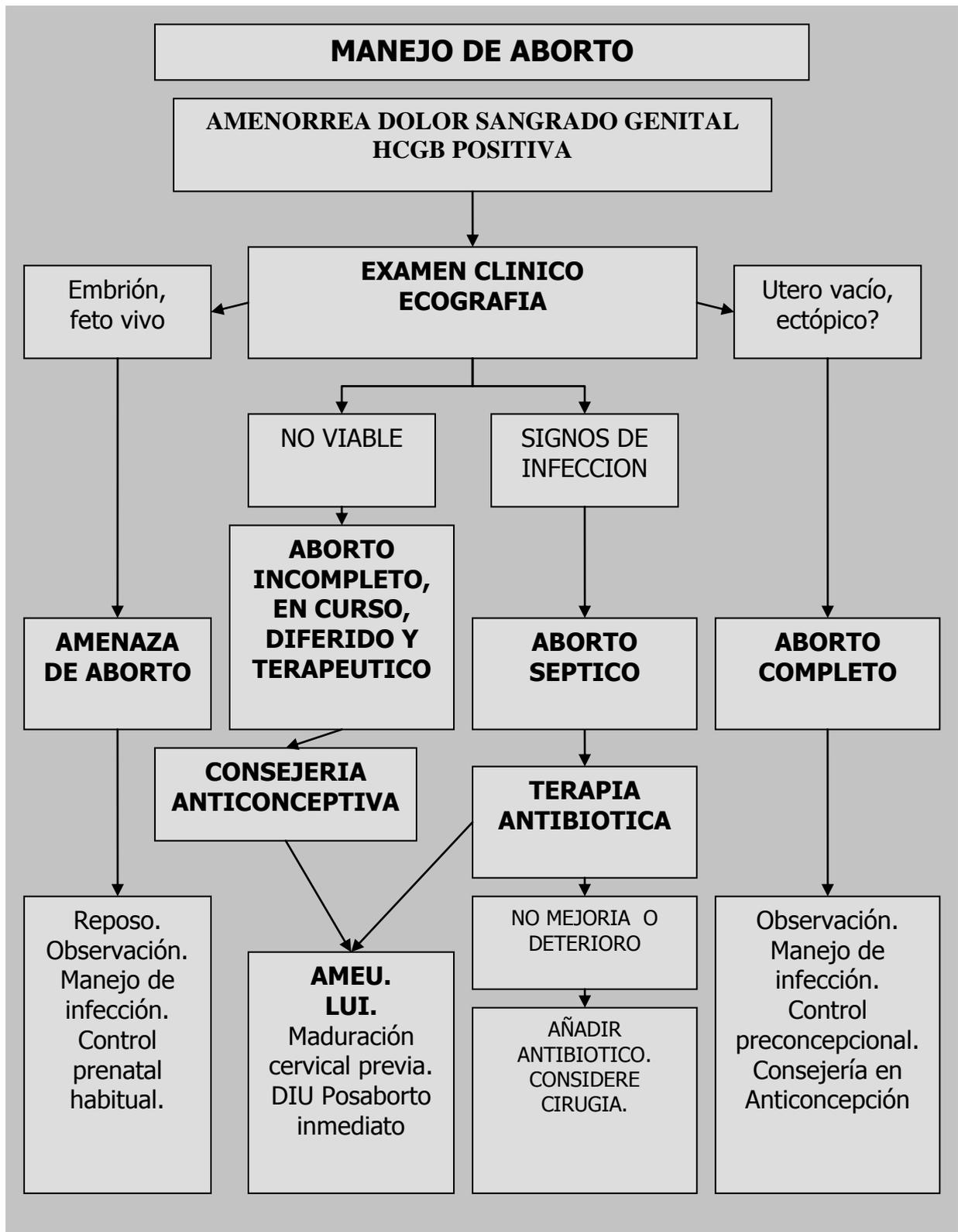
PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
PREPARATIVOS DE AMEU			
1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escúche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.	X	X	X
4. Administre a la mujer paracetamol 500 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.	X	X	X
5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos.	X	X	X
6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.	X	X	X
7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.	X	X	X
8. Inspeccione la jeringa para la AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).	X	X	X
9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.	X	X	X
10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.	X	X	X
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	X	X	X
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X	X
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.	X	X	X
TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO DE AMEU			
1. Administre oxitocina 10 unidades IM o metilergonovina 0,2 mg IM.	X	X	X
2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.	X	X	X

3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.	X	X	X
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.	X	X	X
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.	X	X	X
BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA).	NIVEL		
1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).	X	X	X
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro).	X	X	X
3. Ejercer tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal.	X	X	X
4. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo.	X	X	X
5. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).	X	X	X
PROCEDIMIENTO DE AMEU	NIVEL		
1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.	X	X	X
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina.	X	X	X
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño.	X	X	X
4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.	X	X	X
5. Conecte la jeringa al vacío para la AMEU a la cánula sosteniendo la cánula en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.	X	X	X
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.	X	X	X
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.	X	X	X

8. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.	X	X	X
9. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.	X	X	X
10. Prepare nuevamente la jeringa, conéctela la cánula y libere la válvula/s de paso.	X	X	X
11. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para la AMEU.	X	X	X
12. Separe la cánula de la jeringa para la AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa.	X	X	X
13. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.	X	X	X
14. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.	X	X	X
15. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.	X	X	X
16. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.	X	X	X
17. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.	X	X	X
18. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.			
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU.	NIVEL		
1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.	X	X	X
3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.	X	X	X
4. Conecte la cánula usada a la jeringa para la AMEU y enjuague ambas a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%.	X	X	X
5. Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas.	X	X	X
6. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
7. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.	X	X	X
8. Permita que la paciente descansa cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación.	X	X	X

9. Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar de alta.	X	X	X
10. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico . Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.	X	X	X
11. Dé instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado.	X	X	X
12. Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico.	X	X	X
13. Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.



BIBLIOGRAFIA.

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE ABORTO:

- Steinauer J, Landy U, Filippone H, et al. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: A national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:39.e1-39.e6.
- May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4.
- Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4.
- Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:575.e1-575.e6.
- Harris LH, Dalton VK, Johnson TRB. Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:445.e1-445.e5.
- Forna F, Gülmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007.
- Aimee D. Eyvazzadeh, MDa, Deborah Levine, MDb,* *Imaging of Pelvic Pain in the First Trimester of Pregnancy Ultrasound Clin* 1 (2006) 257–271.
- Carrera, JM. Mallafre, J. Serra, B. *Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. 4ta. edición. 2006
- Abernathy, Mariana. *Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: Una guía para administradores de programas*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2005.
- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (2):CD002855
- Cabezas E. Salud reproductiva; aborto provocado. En Rodríguez Armas O. SantisoGálvez R. Calventi V. *Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca* 2002 (1):691–724.8.
- Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca* 2002; (1):691–724.8. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam*
- Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertil Steril* 1999 Jun;71(6):1054-9.

EMBARAZO ECTOPICO.

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 00	EMBARAZO ECTÓPICO (INCLUYE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO)
O 00 0	Embarazo abdominal
O 00 1	Embarazo tubárico
O 00 2	Embarazo ovárico
O 00 8	Otros embarazos ectópicos (Cervical, cornual, intraligamento)
O 00 9	Embarazo ectópico, no especificado
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 80	Embarazo ectópico

DEFINICIONES.

EMBARAZO ECTOPICO	Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentoso son muy raras.
EMBARAZO ECTÓPICO NO ACCIDENTADO	Gestación ectópica sin rotura y hemodinamia materna conservada.
EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO	Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámico materno

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenorrea. ▪ Sangrado genital escaso. ▪ Dolor abdominal inferior. ▪ Factores de riesgo: Enfermedad pélvica inflamatoria o salpingitis crónica. ITS, especialmente gonorrea, antecedente de ectópico, cirugía abdominal o tubárica previa, uso de dispositivo intrauterino (DIU) o píldoras de progestina
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado genital escaso. ▪ Masa anexial dolorosa a la palpación (no siempre presente al examen). ▪ Dolor unilateral en hemiabdomen inferior. ▪ Dolor a la movilización lateral del cérvix. ▪ Utero blando o ligeramente aumentado de tamaño, pero no acorde con el tiempo de amenorrea. ▪ Signos de Hemoperitoneo o shock hipovolémico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ abdomen distendido con matidez. ▪ silencio abdominal. ▪ masa o plastrón abdominal.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dolor referido de hombro. ▪ fondo de saco posterior abombado. ▪ hipotensión, taquicardia, sudoración.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática. ▪ Hemoglobina – Hematocrito. ▪ TP, TTP, plaquetas. ▪ Tipificación, grupo y factor Rh. ▪ HCG-β CUANTITATIVA POSITIVA. ▪ Prueba de coagulación junto a la cama. ▪ ECOGRAFIA ABDOMINAL O TRANSVAGINAL.

USO DIAGNOSTICO DE HCG-β Y ECOGRAFÍA EN MUJER CON SOSPECHA DE EMBARAZO ECTOPICO.*

HCG-β **	ECOGRAFÍA ABDOMINAL	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
> 6000 mUI/ml	Saco intrauterino	Embarazo normal
> 6000 mUI/ml	Útero vacío	Ectópico muy probable
< 6000 mUI/ml	Saco intrauterino	Amenaza de aborto Aborto probable. - Solicite progesterona.
< 6000 mUI/ml	Útero vacío	Diagnóstico no definitivo. Ectópico improbable - Repita HCG-β en 7 días

* La combinación HCG-β / ecografía **supera los resultados de una culdocentesis.**

** en el caso de utilizar Ecografía transvaginal el punto de referencia es de 1000 a 2000 mUI/ml. En gestaciones normales la HCG-β se incrementa un 67% cada 48 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Con todas las causas de abdomen agudo bajo de mujer en edad fértil hasta tener la confirmación de embarazo por HCG-β:

- Obstétricas: **amenaza de aborto y aborto.**
- Ginecológicas ruptura o torsión de quiste ovárico, leiomioma con degeneración y EPI.
- Digestivas: **apendicitis**, diverticulitis, enteritis regional y obstrucción intestinal.
- Urinarias: **infección de vías urinarias** y litiasis.
- Músculo esquelético: herpes zoster, lumbalgias y hernias.
- Otros: traumatismo abdominal.

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO.

PROTOCOLO DE MANEJO PREQUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO. MANEJO URGENTE. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Evaluación clínica y obstétrica de la embarazada que incluya nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y examen vaginal.	X	X	X
2. Identificación de problema o sospecha de embarazo ectópico.	X	X	X
3. Tranquilizar a la paciente e informar sobre los pasos a seguir.	X	X	X
4. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
5. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
6. Canalice dos vías periféricas con Catlon 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.	X	X	X
7. Solicite los siguientes exámenes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática. ▪ Hemoglobina – Hematocrito. ▪ TP, TTP, plaquetas ▪ Tipificación, grupo y factor Rh. ▪ HCG-β CUANTITATIVA ▪ Prueba de coagulación junto a la cama. ▪ ECOGRAFIA ABDOMINAL O TRANSVAGINAL para verificar la condición de ocupación de la cavidad uterina y anexos. 	X	X	X
8. Con el diagnóstico probable de embarazo ectópico por clínica y correlación entre ecografía y HCG-β, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.	X	X	X
9. Manejo de shock (si aplica ver capítulo correspondiente).	X	X	X
10. Solicitar derivados sanguíneos (concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado) si Hb < 7 g/dl.	X	X	X
11. Si la ecografía no es disponible, realice culdocentesis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiva: CONFIRMA ECTOPICO ACCIDENTADO, PROCEDA A LAPAROTOMIA. ▪ Negativa: realice diagnóstico diferencial. 		X	X
12. TRATAMIENTO QUIRURGICO POR LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMIA SI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo ectópico accidentado. ▪ Embarazo ectópico no accidentado que cursa con dolor y/o sangrado. 		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la intervención.		X	X
14. Correlacione los hallazgos de ecografía con el valor de HCG-β.		X	X
15. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado.		X	X
16. Parte operatorio firmado por médico de mayor experiencia.		X	X
17. Comunicación del caso a Servicio de Anestesiología para valoración preanestésica.		X	X
18. Mantener a la paciente en ayuno desde el diagnóstico urgente de embarazo ectópico. Si la indicación de laparotomía es urgente administre antiemético: metoclopramida 1 amp IV.		X	X

19. RECORTE el vello exclusivamente en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía). NO RASURE.	X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores.	X	X
21. Retiro de prótesis y joyas.	X	X
22. Traslado a Sala de Operaciones con paciente en bata quirúrgica.	X	X

NINGUN MIEMBRO DEL EQUIPO (CIRUJANO O ANESTESIOLOGO) DEBE ESPERAR A QUE LLEGUE LA SANGRE O LOS HEMODERIVADOS PARA PROCEDER A REALIZAR LA INTERVENCION QUIRURGICA.

PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL	
	II	III
1. Ingreso a Sala de Operaciones.	X	X
2. Comuniqué del ingreso a Anestesiología y Enfermería.	X	X
3. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anestesiólogo.	X	X
4. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario.	X	X
5. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la gravedad del caso.	X	X
6. Colocación de la paciente en decúbito supino.	X	X
7. Monitorización continua de tensión arterial, pulso y nivel de conciencia.	X	X
8. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal.	X	X
9. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.	X	X
10. Lavado de manos y colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X
11. Colocación de campos quirúrgicos estériles.	X	X
12. Incisión transversal o media suprapúbica según el caso y experiencia del cirujano.	X	X
13. Apertura de pared abdominal y exposición de campo quirúrgico.	X	X
14. Identificación de embarazo ectópico.	X	X
15. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: Cefazolina 1 g. IV cada 8 horas (3 dosis).	X	X
16. PROCEDIMIENTO A REALIZARSE:		
▪ SALPINGECTOMIA SALPINGOTOMIA: de elección.	X	X
▪ SALPINGOSTOMIA: excepcional, sólo si la conservación de la fertilidad es muy importante para la mujer.	X	X
17. Síntesis de peritoneo parietal. (Ciertas técnicas quirúrgicas lo consideran opcional) sutura sintética absorbible 00.	X	X
18. Síntesis con puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible 00.	X	X
19. Síntesis festoneada o puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible 1.	X	X

20. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00/000.	X	X
21. Verificación del nivel de sangrado y diuresis.	X	X
22. Solicite estudio histopatológico del material obtenido.	X	X
23. Cuidados posquirúrgicos.	X	X

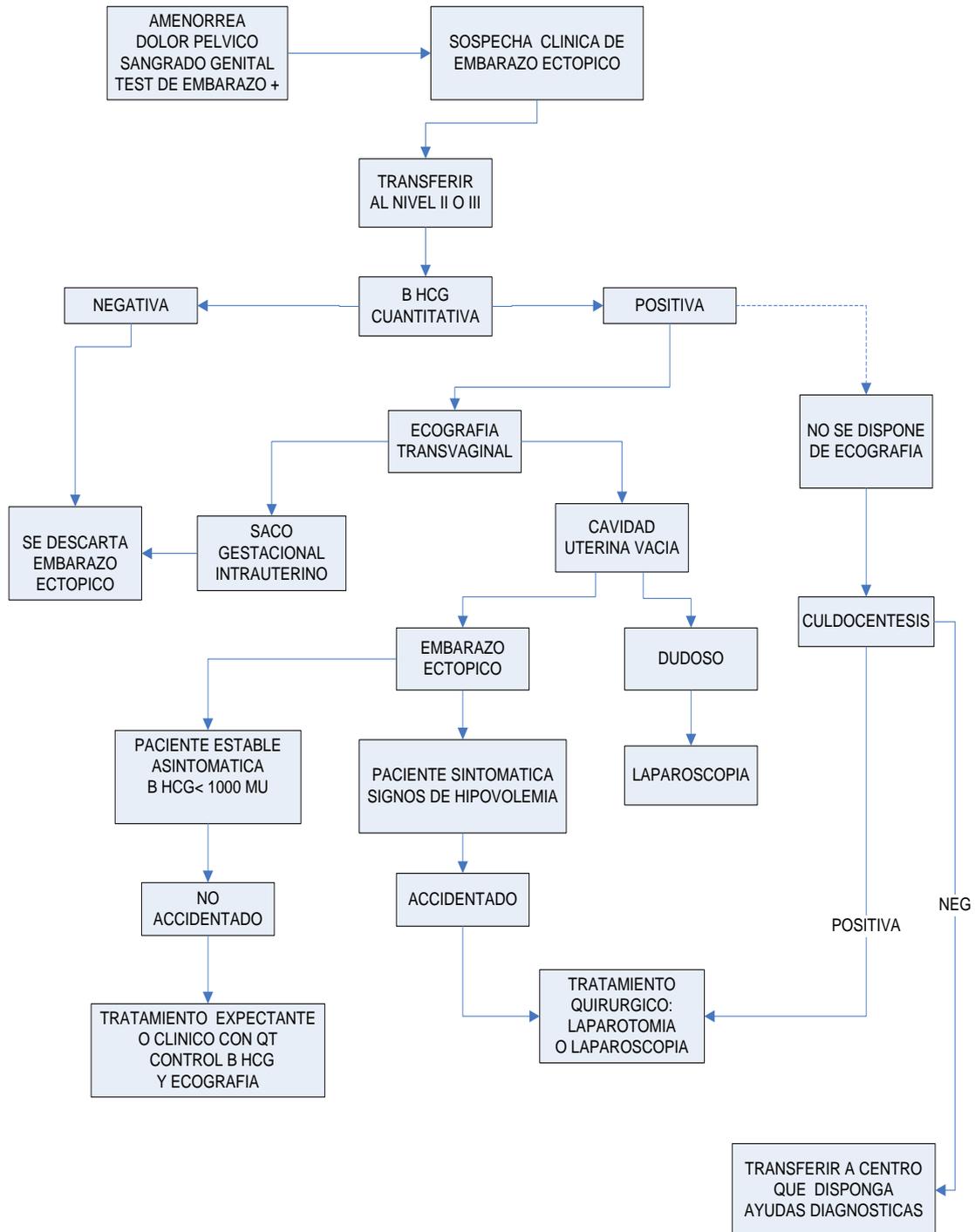
PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL	
	II	III
1. Mantenga a la paciente en sala de recuperación por al menos 2 horas.	X	X
2. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el sangrado genital y la condición abdominal por las 2 primeras horas posquirúrgicas.	X	X
3. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida.	X	X
4. Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo.	X	X
5. Inicie vía oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de operada.	X	X
6. Fomente la deambulacion de manera rápida (antes de 12 horas posquirúrgicas).	X	X
7. Indique analgesia IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.	X	X
8. Evaluar el alta mínimo a las 24 horas posquirúrgicas.	X	X
9. Las pacientes Rh negativas con Coombs Indirecto Negativo deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D).	X	X
10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Haga consejería e indique el método anticonceptivo más apropiado en acuerdo con las necesidades de la paciente.	X	X
11. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgico a los 7 días de la cirugía o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO MEDICO NO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO NO ACCIDENTADO Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. MANEJO EXPECTANTE (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice los pasos 1 a 8 de manera similar al protocolo de embarazo ectópico accidentado.	X	X	X
2. TRATAMIENTO EXPECTANTE SI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EMBARAZO TUBARIO NO ACCIDENTADO. ▪ SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MINIMO. ▪ HCG-β MUY BAJAS < 1.000 mUI/ml ▪ DIAMETRO DE LA MASA NO > 35 MM. 		X	X
3. Valorar con ecografía y HCG-β cada 48 horas hasta obtener normalidad.		X	X
4. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SI: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EMBARAZO TUBARIO NO ACCIDENTADO. ▪ SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MÍNIMO. 		X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ HCG-β < 6.000mUI/ml. ▪ DIAMETRO DE LA MASA ECTOPICA NO > 40 MM. ▪ NO USE METOTREXATE en: Inmunodeficiencia, Ulcera péptica, Patología hepática. 			
5. Administre Metotrexato (MTX) 50 mg/m2 de superficie corporal IM (día 1)		X	X
6. SEGUIMIENTO Y CONTROL. <ul style="list-style-type: none"> ▪ HCG-β los días 4 y 7. ▪ si el resultado de HCG-β de seguimiento es >15%, repetir la dosis de MTX cada semana hasta que sea <15 mUI/ml. ▪ si la diferencia es <15%, repetir la dosis de MTX e iniciar un nuevo día 1. ▪ Si hay FCF el día 7, repetir la dosis de MTX e iniciar un nuevo día 1. 		X	X
7. TRATAMIENTO QUIRURGICO POR LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMIA SI DURANTE EL TRATAMIENTO MEDICO O EXPECTANTE: <ul style="list-style-type: none"> ▪ HCG-β no disminuye. ▪ Ecografía reporta masa tubaria que no disminuye de tamaño. ▪ Frecuencia cardíaca del producto persiste después de 3 dosis. ▪ Sintomatología de dolor o sangrado se incrementa. 		X	X
8. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el tratamiento fue quirúrgico, ver protocolo anterior. ▪ Si el tratamiento fue expectante, control a las 4 semanas. 		X	X
9. Toda pacientes Rh negativa deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D) dentro de las 72 horas posresolución del caso.		X	X
10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde consejería y prescriba un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.

EMBARAZO ECTOPICO



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE EMBARAZO ECTOPICO:

- Rakel & Bope: Conn's Current Therapy 2008, 60th ed. Chapter 253 – Ectopic Pregnancy
- Bakken, Inger J Chlamydia trachomatis and ectopic pregnancy: recent epidemiological findings. Current Opinion in Infectious Diseases. 21(1):77-82, February 2008.
- WALKER, JAMES JOHNSTON MD, FRCPS (Glas), FRCP (Edin), FRCOG Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics & Gynecology. 50(1):89-99, March 2007.
- Kirk, Emma; Bourne, Tom The nonsurgical management of ectopic pregnancy. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 18(6):587-593, December 2006.
- Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. Fertil Steril 2006;86(1):36–43.
- Condous G. Ectopic pregnancy risk factors and diagnosis. Aust Fam Physician 2006; 35(11):854–7.
- Seeber, Beata E. MD 1; Barnhart, Kurt T. MD, MSCE 1,2 Suspected Ectopic Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 107(2, Part 1):399-413, February 2006.
- Simpson JL. Perdida fetal En: Gabbe, Niebyl & Simpson Obstetricia, I ed., MARBAN LIBROS, Madrid 2004.
- Prevention of Rh Alloimmunization. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 133, Sept 2003. JOGC Vol 25, No 9.
- Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing "Single Dose" and "Multidose" Regimens. Obstet Gynecol 2003;101:778-84.
- Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing "Single Dose" and "Multidose" Regimens. Obstet Gynecol 2003;101:778-84.
- Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- Barnhart KT, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical management of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27:653-667.
- Barnhart KT, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical management of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27:653-667.
- Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

**ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional (ETG)
MOLA HIDATIFORME.**

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 01	Mola hidatiforme (excluye mola hidatiforme maligna)
O 01 0	Mola hidatiforme clásica
O 01 1	Mola hidatiforme incompleta o parcial
O 01 9	Mola hidatiforme no especificada
O 08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola
C 58	Tumor maligno de la placenta
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W72	Neo maligno conexión con el embarazo
W73	Neo benigno o inespecífico conexión con el embarazo

DEFINICIONES.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo.

Las ETG tienen clínica, conducta, potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de HCG-β.

WHO – ISGP¹	DEFINICION	FIGO²
MOLA HIDATIFORME COMPLETA	Vellosidades coriales con degeneración hidrópica avascular del cito y sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón 46 XX (90%) o 46XY.	NO METASTÁSICA Estadio 0
MOLA HIDATIFORME PARCIAL	Vellosidades coriales con degeneración hidrópica del sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón de triploidía (69XXY, 69XXX, 69XYY)	
MOLA INVASORA	Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio. De difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal.	METASTÁSICA Estadio I (bajo riesgo) a IV (alto riesgo)
CORIO CARCINOMA	Neoplasia trofoblástica gestacional maligna de proliferación rápida, forma una masa circunscrita que invade los vasos sanguíneos determinando su carácter metastático a pulmones (50%), vagina (30 a 40 %), pelvis, hígado y cerebro. Se puede presentar tras un embarazo molar (50-60%), un aborto espontáneo (25%) o un embarazo a término (25%).	
TUMOR TROFOBlastico DEL SITIO PLACENTARIO	Neoplasia trofoblástica gestacional de rara presentación, de crecimiento lento. Se origina después de un embarazo a término (95%) o de un aborto o embarazo molar (5%).	

¹ World Health Organization – International Society of Gynecological Pathologists.

² Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

DIAGNOSTICO DE MOLA HIDATIFORME SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatología de amenaza de aborto/aborto. ▪ Dolor hipogástrico. ▪ Náuseas y vómitos (20-26%). ▪ Preeclampsia temprana <20 semanas (12 a 27%). ▪ Hipertiroidismo 7%.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado genital (90-97%). ▪ Dolor hipogástrico. ▪ Discordancia de crecimiento uterino (38 a 51%). Aumentado en 50% de casos y disminuido en un tercio de los casos. ▪ Ausencia de partes fetales a la palpación o ausencia de frecuencia cardiaca fetal. ▪ Hiperemesis gravídica.
EXAMENES DE LABORATORIO	<p>HCG-β CUANTITATIVA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Superior a lo esperado para la edad gestacional. <p>ECOGRAFIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagen en panal de abejas. ▪ Ausencia de producto y frecuencia cardiaca fetal. ▪ Quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales (15-25%).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MOLA HIDATIFORME

Ver Introducción de Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo

TRATAMIENTO DE MOLA HIDATIFORME

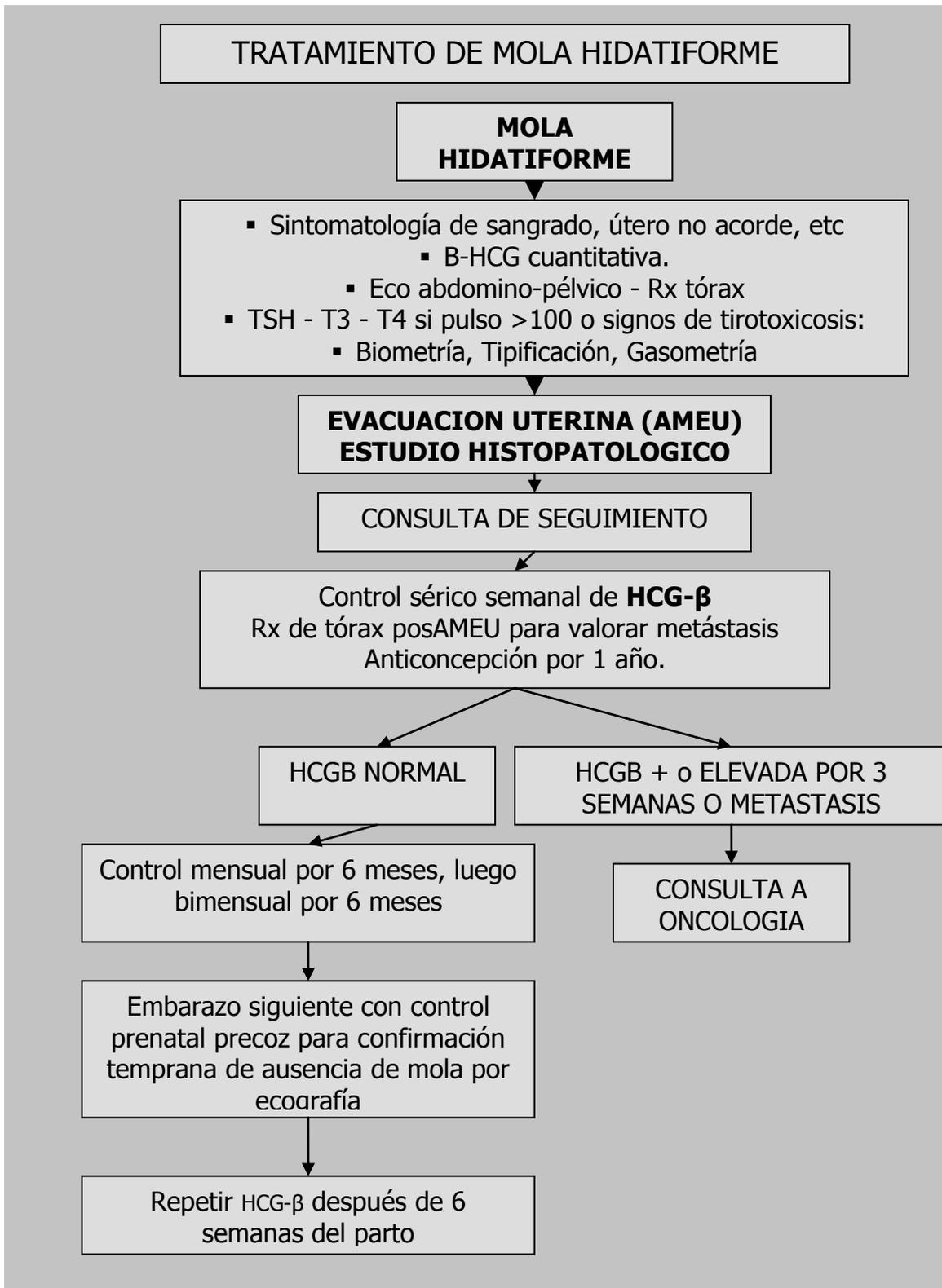
El presente capítulo trata sobre la resolución de los casos de mola hidatiforme, la diferenciación histopatológica o genética escapa al objetivo de las presentes normas de salud reproductivas, refiera a la paciente al nivel III de especialidad si el componente es maligno.

EL TRATAMIENTO BASE ES LA EVACUACION UTERINA POR AMEU (ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA) QUE PLANTEA MENOS RIESGOS DE SANGRADO Y PERFORACION UTERINA. NO EXTIRPAR LOS QUISTES TECALUTEINICOS. SOLICITE SIEMPRE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA MOLA HIDATIFORME. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
PREPARATIVOS	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica de la embarazada que incluya sangrado genital, examen especular y examen vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.	X	X	X
5. Solicite o actualice exámenes adicionales que interesan en un caso de mola: Coombs indirecto, pruebas de función hepática y renal (transaminasas, fosfatasa alcalina, deshidrogenada láctica y creatinina), TSH y T4.	X	X	X
6. Actualice o revise la existencia de Ecografía confirmatoria, HCG-β cuantitativa y Rx de tórax.	X	X	X
7. Tranquilece a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
10. Canalice una o dos vías endovenosas con Catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
11. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X	X	X
12. Con indicación de evacuación uterina disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.		X	X
EVACUACION POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	NIVEL		
2. EVACUACIÓN UTERINA por AMEU con anestesia paracervical o general de corta duración. (Ver Protocolo de AMEU Capítulo de Aborto).		X	X
3. Realice AMEU con las siguientes consideraciones adicionales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepare 3 jeringuillas de AMEU para usar durante la evacuación. ▪ El contenido uterino es abundante y es importante evacuarlo rápida y completamente. 		X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infunda un goteo IV de SS 09% o Lac Rin con 10 UI de Oxitocina a 60 gotas por minuto mientras realiza el AMEU para prevenir la hemorragia y evitar embolias y metástasis. 			
4. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posAMEU.		X	X
5. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico . Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío. Solicite el estudio en TODOS los casos.		X	X
CONTROL POSEVACUACION		X	X
6. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual ▪ Ambulatoria ▪ Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. ▪ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas por 3 días. ▪ Dar indicar para HCG-β cuantitativa al 5-6 día posalta. ▪ Indicación de control por consulta de seguimiento a la semana del alta con resultados de HCG-β ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva: LA PACIENTE NO DEBE EMBARAZARSE NUEVAMENTE DURANTE UN LAPSO MÍNIMO DE 1 AÑO. 		X	X
7. En consulta de seguimiento, si se determina enfermedad de bajo riesgo oriente a control ginecológico habitual o contrarreferencia a su unidad de origen, para cumplir las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva: LA PACIENTE NO DEBE EMBARAZARSE NUEVAMENTE DURANTE UN LAPSO MÍNIMO DE 1 AÑO. ▪ Determinación SEMANAL de HCG-β cuantitativa hasta obtener tres títulos consecutivos negativos. ▪ Determinación MENSUAL de HCG-β cuantitativa por 6 meses. ▪ Determinación BIMENSUAL de HCG-β cuantitativa por 6 meses más hasta completar el año de seguimiento. ▪ Realización de Rx de tórax a los 14 días, a los 6 y 12 meses. 		X	X
8. Si las características de evolución determinan sospecha de presencia de restos en cavidad programe un nuevo AMEU complementario. Si existe sospecha o diagnóstico de ETG de alto riesgo de enfermedad metastásica, disponga la referencia al nivel III de especialidad oncológica en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE MOLA HIDATIFORME:

- Xue Y, Zhang J, Wu TX, An RF. Quimioterapia de combinación para el tumor trofoblástico gestacional de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Lurain JR, Singh DK, Schink JC. Primary treatment of metastatic high-risk gestational trophoblastic neoplasia with EMA-CO chemotherapy. *J Reprod Med* 2006; 51: 767–72. Wang S, An R, Han X, Zhu K, Xue Y. Combination chemotherapy with 5-fluorouracil, methotrexate and etoposide for patients with high-risk gestational trophoblastic tumors: a report based on our 11-year clinical experiences. *Gynecol Oncol* 2006; 103: 1105–08.
- Hassadia A, Gillespie A, Tidy J, Everard R G N J, Wells M, Coleman R, Hancock B. Placental site trophoblastic tumour: clinical features and management. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 603–07.
- Sebire NJ. The diagnosis of gestational trophoblastic disease in early pregnancy: implications for screening, counseling and management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:421–424.
- Johns J, Greenwold N, Buckley S, Jauniaux E. A prospective study of ultrasound screening for molar pregnancies in missed miscarriages. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:493–497.
- Soper JT, Mutch DG, Schink JC; American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. *Gynecol Oncol* 2004;93: 575–585.
- Osborne R, Gerulath A. What is the best regimen for low-risk gestational trophoblastic neoplasia? a review. *J Reprod Med* 2004;49:602–616.
- Pezeshki M, Hancock BW, Silcocks P, et al. The role of repeat uterine evacuation in the management of persistent gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 2004;95:423–429.
- Soper JT. Role of surgery and radiation therapy in the management of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17:943–957.
- FIGO Oncology Committee Report. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:285–287.
- Genest, David R. M.D. Partial Hydatidiform Mole: Clinicopathological Features, Differential Diagnosis, Ploidy and Molecular Studies, and Gold Standards for Diagnosis. *International Journal of Gynecological Pathology*. 20(4):315-322, October 2001.
- Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:188–191.
- Tidy JA, Gillespie AM, Bright N, Radstone CR, Coleman RE, Hancock BW. Gestational trophoblastic disease: a study of mode of evacuation and subsequent need for treatment with chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2000;78 (3 pt 1):309–312.

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

PLACENTA PREVIA. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. ROTURA UTERINA.

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 44	PLACENTA PREVIA
O 44 0	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia (implantación baja, especificada como sin hemorragia)
O 44 1	Placenta previa con hemorragia (marginal, parcial, total)
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 03	Hemorragia antes del parto

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)
O 45 0	Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación (con afibrinogenemia, CID, hiperfibrinólisis)
O 45 8	Otros desprendimientos prematuros de la placenta
O 45 9	Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación (abruptio)
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 03	Hemorragia antes del parto

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
071	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO (INCLUYE LESIÓN POR INSTRUMENTOS)
071.0	Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto
071.1	Ruptura del útero durante el trabajo de parto
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 03	Hemorragia antes del parto

DEFINICIONES.

PLACENTA PREVIA

Implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno.

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL

El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (31%).

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA PARCIAL

El orificio cervical está parcialmente cubierto por la placenta (33%).

PLACENTA PREVIA MARGINAL

La placenta está muy cerca del orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo (% variable).

PLACENTA PREVIA DE INSERCIÓN BAJA

La placenta se sitúa a más de 3 cm del orificio cervical interno o se logra palparla durante el tacto vaginal (36%).

El diagnóstico de placenta previa se lo realiza sobre la semana 28 de gestación, antes de estas semanas se debe esperar el fenómeno de migración placentaria que se produce con el crecimiento uterino.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero.
Sinónimos: desprendimiento prematuro de

NORMOINSERTA (DPPNI)	<p>placenta normalmente inserta (DPPNI), desprendimiento prematuro de placenta y abruptio placentae.</p> <p>FORMA EXTERNA (20%): la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves.</p> <p>FORMA OCULTA (80%): hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.</p>
DPPNI GRADO I	DPPNI <11%, leve, marginal o muy pequeño, provoca sangrado escaso (hematoma <150 cc), con irritabilidad uterina, FCF normal y la embarazada no tiene alteraciones hemodinámicas ni de coagulación.
DPPNI GRADO II	DPPNI del 50%, moderado (hematoma de 500 cc) produce dolor permanente y sangrado vaginal oscuro. Utero muy irritable con hipertoniá. La FCF indica compromiso del bienestar fetal y se empieza a consumir el fibrinógeno.
DPPNI GRADO III	DPPNI > 50%, severo (hematoma >500 cc) cursa con dolor intolerable, tetania uterina, feto muy comprometido o muerto. Sintomatología de shock, trastornos de la coagulación con gran consumo de fibrinógeno que puede llevar a CID. El cuadro clínico puede llevar a un útero infiltrado de Couveilare, que imposibilita la recuperación contráctil del útero.
ROTURA UTERINA	<p>Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante.</p> <p>Puede ser ESPONTÁNEA por antecedentes de cictrices uterinas (cesárea, miomectomía, perforación) o TRAUMÁTICA por fórceps, ventosa o partos obstruídos.</p>
ROTURA UTERINA COMPLETA	Involucra todo el espesor de la pared uterina e incluso el peritoneo visceral. El producto y la placenta pueden exteriorizarse del útero de forma total o parcial.
ROTURA UTERINA INCOMPLETA	Rotura parcial del espesor de la pared uterina, se considera además la dehiscencia de una incisión uterina por cirugía previa.

DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<p>COMUNES A TODAS LAS PATOLOGIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo mayor a las 20 semanas. ▪ Hemorragia variable, desde escasa hasta masiva. ▪ Factores de riesgo comunes a las 3 entidades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ desnutrición. ▪ multigesta y gran múltipara. ▪ edad avanzada >35 años. ▪ eabaquismo – cocaína. ▪ miomatosis uterina. ▪ sobredistensión uterina: embarazo múltiple, descompresión brusca de polihidramnios. ▪ antecedentes previos de cesárea, placenta previa o adherente o de DPPNI anterior, perforación o rotura uterina, extracción manual de la placenta o mola hidatiforme, adenomiosis y miomatosis. <p>Se debe valorar para DPPNI además:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ enfermedad hipertensiva del embarazo. ▪ traumatismo abdominal grave. ▪ cordón umbilical atípicamente corto. <p>Se debe valorar para Rotura uterina además:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ uso inapropiado de uterotónicos para inducción y conducción del trabajo de parto.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NO REALIZAR TACTO VAGINAL HASTA NO TENER EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO CONFIRMADO. ▪ Examen especular si dispone de quirófano. ▪ Embarazo con altura de fondo uterino mayor a 20 semanas, más frecuente al final del segundo trimestre ▪ Características de sangrado (Ver diagnóstico diferencial).
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía: <ul style="list-style-type: none"> ▪ placenta previa: es el método diagnóstico sobre la semana 28 por el fenómeno de migración placentaria. ▪ DPPNI: útil pero no totalmente confiable puesto que en ocasiones puede no revelar la presencia de hematoma en la zona de clivaje. ▪ Biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina, prueba de coagulación junto a la cama, tipificación – pruebas cruzadas, HIV, VDRL.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

CAUSAS →	DPPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
CARACTERISTICAS ↓			
HEMORRAGIA	Oculto o Externa	Externa	Oculto o Externa
SANGRADO-INICIO	Brusco	Insidioso	Brusco
SANGRADO-COLOR	Rojo oscuro	Rojo rutilante	Rojo
HIPERTENSION	Frecuente	No	No
SHOCK	Frecuente GII-III	Ocasional	Frecuente
DOLOR	Si	No	Si
UTERO	Hipertónico GII-III	Relajado	No se palpa
COMPROMISO FETAL	Frecuente Obito en GIII	Infrecuente	Frecuente

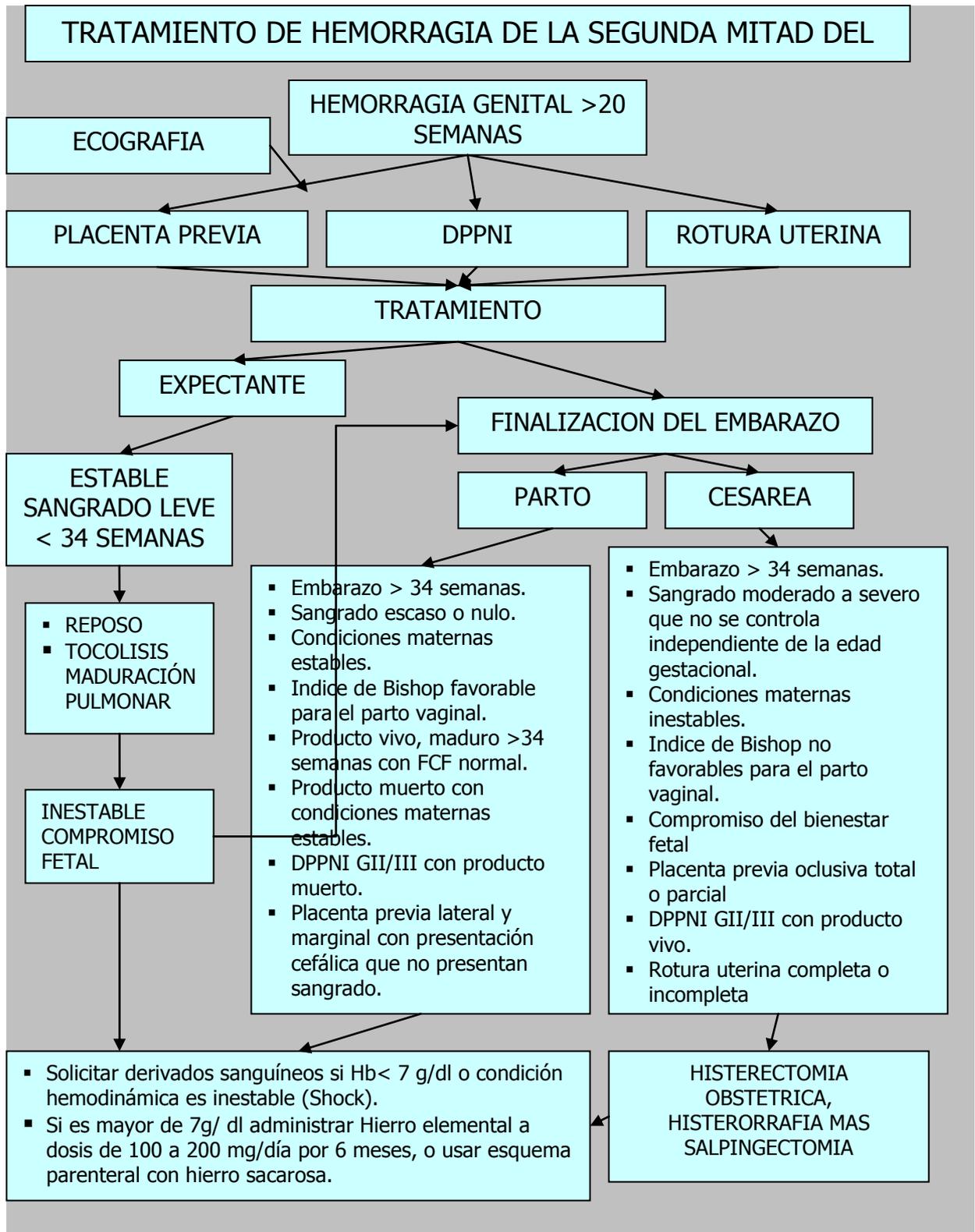
TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

PROTOCOLO DE ATENCION PREPARTO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: PLACENTA PREVIA, DPPNI Y ROTURA UTERINA (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica de la embarazada que incluya nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura cada 15 minutos mientras dure el episodio de sangrado.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica de la embarazada que incluya altura de fondo uterino, actividad y tono uterino, Maniobras de Leopold y FCF.	X	X	X
4. NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO. Si dispone de quirófano verifique con espéculo vaginal el sangrado genital y los cambios del cuello uterino.	X	X	X
5. Identificación o sospecha de DPPNI, placenta previa o rotura uterina.	X	X	X
6. Tranquilizar a la paciente e informar sobre los pasos a seguir.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice dos vías periféricas con Catlon 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico si aplica (ver capítulo correspondiente).	X	X	X

11. Registre la existencia en historia clínica perinatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.	X	X	X
12. Solicitar aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal.	X	X	X
13. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
14. Solicitar derivados sanguíneos (concentrados de glóbulos rojos y plasma fresco congelado) si Hb < 7 g/dl o condición hemodinámica es inestable (Ver Shock hipovolémico y anemia en embarazo).	X	X	X
15. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la posición de la placenta y la vitalidad fetal.		X	X
16. TRATAMIENTO EXPECTANTE SOLO EN AQUELLOS CASOS QUE REUNAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sangrado es leve. ▪ El bienestar materno y fetal está asegurado ▪ El embarazo es <34 semanas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. ▪ Tocolisis con nifedipina si hay trabajo de parto pretérmino según protocolo de amenaza de parto pretérmino. ▪ Maduración pulmonar si embarazo mayor de 24 semanas y menor de 34 semanas según protocolo de amenaza de parto pretérmino. 		X	X
17. FINALIZACION DEL EMBARAZO POR PARTO EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo >34 semanas. ▪ Sangrado escaso o nulo. ▪ Condiciones maternas estables. ▪ Condiciones cervicales favorables para el parto vaginal. ▪ Producto vivo, maduro >34 semanas con FCF normal. ▪ Producto muerto con condiciones maternas estables. ▪ DPPNI GII/III con producto muerto. ▪ Placenta previa lateral y marginal con presentación cefálica que no presentan sangrado. <p>Seguir protocolo de atención del parto normal.</p>		X	X
18. FINALIZACION QUIRURGICA POR CESAREA O LAPAROTOMIA EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangrado moderado a severo que no se controla independiente de la edad gestacional. ▪ Condiciones maternas inestables. ▪ Condiciones cervicales desfavorables para el parto vaginal. ▪ Rotura uterina completa o incompleta. ▪ Placenta previa oclusiva total o parcial. ▪ DPPNI GII/III con producto vivo. ▪ Compromiso del bienestar fetal. <p>Seguir protocolo de atención de cesárea.</p>		X	X
19. Registre una nota explicativa con los hallazgos preparto o precesárea que justifican su intervención.		X	X
20. Comunique a Neonatología y Anestesiología.		X	X
21. Continúe según protocolo de ATENCION PREQUIRURGICA Y QUIRURGICA DE CESAREA/LAPAROTOMIA con incisión laparotómica		X	X

<p>media suprapúbica para los casos de hemorragia severa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extracción de placenta y producto, mas ▪ Histerorrafia si la(s) lesión(es) no es extensa, ni afecta al parametrio, más ▪ Considerar la esterilización tubárica según paridad, o ▪ Histerectomía si ruptura es irreparable, o la condición materna es inestable por sangrado incontrolable. 			
<p>22. Manténgase alerta a los signos de gravedad si la llegada de la paciente es tardía o el tratamiento no es oportuno. Se pueden presentar complicaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muerte fetal. ▪ Trastornos de la coagulación hasta CID. ▪ Insuficiencia renal. ▪ Histerectomía por apoplejía uterina. ▪ Shock hipovolémico y muerte materna. 		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO:

- Identifying Risk Factors for Uterine Rupture Jennifer G. Smith, MD, PhD*, Clin Perinatol 35 (2008) 85–99 ELSEVIER.
- Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006;108:125–33.
- Common Problems And Emergencies In The Obstetric Patient , Ferentz & Nesbitt, Prim Care Clin Office Pract 33 (2006) 727–750.
- **Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review)., King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B . 2005**
- Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329:19-25.
- Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. Obstet Gynecol 2004;103:506–12.
- Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren, Benjamin K S Chan, and Mark Helf and BMJ 2004 329: 19
- Abdominal pain during pregnancy M.S. Cappell, D. Friedel / Gastroenterol Clin N Am 32 (2003) 1–58
- Hypertension in pregnancy: meta-analysis Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis Laura A Magee, Chris Cham, Elizabeth J Waterman, BMJ 2003
- Obstetric emergencies Chantal Crochetie`re, MD, FRCP(C), Anesthesiology Clin N Am 21 (2003) 111 – 125.
- Uterine rupture: Risk factors and pregnancy outcome. Keren Ofir, BMS,a Eyal Sheiner, MD,a Amalia Levy, PhD,b. (Am J Obstet Gynecol 2003;189:1042).
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001;345:3–8.
- Ayres AW, Johnson TR, Hayashi R. Characteristics of fetal heart rate tracings prior to uterine rupture. Int J Gynaecol Obstet 2001;74:235–40.
- ABC of labour care: Obstetric emergencies Geoffrey Chamberlain and Philip Steer BMJ 1999;318:1342-1345.

HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO.

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O72	HEMORRAGIA POSTPARTO
O72 0	Hemorragia del tercer período del parto (asociada a retención o adherencia de placenta)
O72 1	Otras hemorragias postparto inmediatas (atonía)
O72 2	Hemorragia postparto secundaria o tardía (por retención de fragmentos de placenta)
O72 3	Defecto de la coagulación postparto (afibrinogenemia, fibrinólisis postparto)
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 17	Hemorragia posparto

DEFINICIONES.

SANGRADO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO	Hemorragia que sucede luego del nacimiento del producto.
HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO	Es la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en las primeras 24 horas, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.
HEMORRAGIA POSPARTO TARDÍA	Es el sangrado que se presenta después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto.

DIAGNOSTICO DE LA HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puerperio inmediato o mediato. ▪ Alumbramiento completo o incompleto. ▪ Sangrado genital abundante >500 cc.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SHOCK HIPOVOLEMICO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). Además se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal. ▪ Sudoración o piel fría y húmeda. ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto. ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia. ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora. ▪ ATONIA – HIPOTONIA UTERINA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata. ▪ Útero blando y no contraído posparto. ▪ DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata.

EXAMEN FISICO

- Placenta íntegra.
- Útero contraído.
- **RETENCIÓN DE PLACENTA:**
 - No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto.
 - Hemorragia postparto inmediata.
 - Útero contraído.
- **RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS:**
 - Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas.
 - Hemorragia postparto inmediata.
 - Útero contraído.
- **INVERSIÓN UTERINA:**
 - No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal.
 - Dolor leve o intenso en hipogastrio.
 - Inversión uterina visible en la vulva.
 - Hemorragia postparto inmediata.
- **HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA:**
 - Se produce sangrado más de 24 horas después del parto.
 - Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto.
 - Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor.
 - Anemia.
- **RUPTURA UTERINA.** Ver capítulo Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

EXAMENES DE LABORATORIO

- Hemoglobina – Hematócrito.
- Biometría Hemática.
- TP – TTP – Plaquetas.
- Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.
- Prueba de coagulación junto a la cama.
- Fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina si se sospecha de CID o coagulopatía de consumo.
- Ecografía: No indispensable, valorar presencia de contenido en la cavidad uterina o intraabdominal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.

SHOCK HIPOVOLÉMICO	Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales. Ver capítulo correspondiente.
ATONIA HIPOTONIA UTERINA	Disminución o pérdida de la tonicidad del útero luego del período expulsivo que determina hemorragia.
DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINE.	Hemorragia que se presenta luego del parto en presencia de útero bien contraído, el sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja, puede comenzar después del expulsivo y antes o después del alumbramiento.
RETENCION DE PLACENTA	Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 minutos posparto con abundante sangrado, pese a realizar manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.
RETENCION DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS	Alumbramiento placentario incompleto que provoca sangrado uterino persistente, la inspección de la placenta con ausencia de porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas es diagnóstica. Puede provocar sangrados tardíos del posparto.
INVERSION UTERINA	Eversión uterina que se caracteriza por la presencia (junto a la hemorragia) de una masa violácea haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad de sangrado.
ROTURA UTERINA	Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante, puede ser espontánea o traumática, completa o incompleta. Ver Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO INMEDIATO	I	II	III
1. No pierda la calma, piense de manera lógica y concéntrese en las necesidades de la paciente.	X	X	X
2. No deje a la paciente desatendida. Explique al acompañante y a la paciente en la medida del estado de conciencia cuál es su situación y los pasos a seguir.	X	X	X
3. Hágase cargo de la situación, evite confusiones mediante la presencia de una sola persona que comande las acciones.	X	X	X
4. Pida ayuda. Movilice urgentemente a todo el personal disponible.	X	X	X
5. Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura) y determine la presencia o ausencia de shock hipovolémico.	X	X	X
6. Asegúrese de haber realizado la profilaxis de hemorragia posparto con el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto. (Ver protocolo de manejo del parto y la tercera etapa de la labor de parto). Revise este registro en la hoja de transferencia si la paciente es referida de una unidad de menor complejidad.	X	X	X
7. Haga un diagnóstico diferencial rápido de la probable causa del sangrado posparto.	X	X	X
8. Tome en cuenta las siguientes consideraciones sobre hemorragia posparto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La estimación correcta de la pérdida de sangre es notoriamente baja, a menudo la mitad de la pérdida real. ▪ La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y a veces con la orina. Se dispersa en gasas, compresas, campos de tela, en los baldes y en el piso. ▪ La importancia del volumen de pérdida de sangre varía según el nivel de hemoglobina de la mujer. ▪ Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica. ▪ Aun las mujeres sanas, sin anemia, pueden sufrir una pérdida de sangre catastrófica. ▪ El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. 	X	X	X
9. Simultáneamente con el inicio del diagnóstico diferencial se debe instalar el manejo específico para shock hipovolémico según protocolo.	X	X	X
MANEJO ESPECÍFICO	NIVEL		
10. Inicie una infusión IV (es ideal dos) con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).	X	X	X
11. Recoja sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama (ver shock hipovolémico) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
12. Administre IV 1 L de solución salina normal o Lactato Ringer en 15–20 minutos. LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCION PARA COMPENSAR LA VOLEMIA.	X	X	X
13. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.	X	X	X
14. Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución	X	X	X

salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.			
15. Fíjese como meta reponer 3 veces la pérdida de volumen calculado a un ritmo más rápido.	X	X	X
16. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock.	X	X	X
17. Monitoree los signos vitales (cada 15 minutos) y la pérdida de sangre.	X	X	X
18. Administre oxígeno 6–8 L por minuto por mascarilla o catéter nasal.	X	X	X
19. Realice el diagnóstico diferencial si la paciente ya estaba hospitalizada o disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
20. Constate si el alumbramiento se ha producido o no.	X	X	X
21. Si el alumbramiento se ha producido revise la placenta y membranas para determinar su integridad.	X	X	X
22. Si el alumbramiento fue completo trate como atonía - hipotonía uterina .	X	X	X
23. Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE ATONIA – HIPOTONIA UTERINA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO ESPECÍFICO			
1. Realice el manejo inmediato y específico descrito al inicio de este protocolo de hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto.	X	X	X
2. Sospeche ATONÍA HIPOTONÍA UTERINA si se presenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata ▪ Útero blando y no contraído posparto 	X	X	X
3. Brinde masaje continuo al útero atónico, si no logra contraerse después del parto.	X	X	X
4. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía - hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial: <p>Oxitocina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 60 gotas por minuto ▪IM: 10 unidades ▪Dosis continua IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 40 gotas por minuto ▪Dosis máxima No más de 3 L de líquidos IV que contengan oxitocina ▪No administre en bolo IV <p>O</p> <p>ERGOMETRINA/METILERGOMETRINA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IM o IV (lentamente): 0,2 mg ▪ Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos ▪ Si se requiere, administre 0,2 mg ▪ IM o IV (lentamente) cada 4 horas ▪ 5 dosis (un total de 1,0 mg) ▪ NO USE EN CASO DE: PREECLAMPSIA, HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA <p>O</p> <p>MISOPROSTOL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 dosis de 600 ug VO o SL. ▪ Precaución con las pacientes asmáticas. 	X	X	X

5. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado realice compresión bimanual del útero.	X	X	X
COMPRESION BIMANUAL DEL UTERO.	X	X	X
PREPARATIVOS	X	X	X
6. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, escúchela y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
7. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.	X	X	X
8. Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X	X
COMPRESIÓN BIMANUAL.	X	X	X
9. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.	X	X	X
10. Póngase en ambas manos guantes quirúrgicos esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel.	X	X	X
11. Solicite a quien lo está ayudando a que coloque una dosis profiláctica de antibiótico (cefalosporina 1 g IV o Ampicilina 2 g IV).	X	X	X
12. Limpie la vulva y el perineo con una solución antiséptica.	X	X	X
13. Ponga barreras protectoras perineales para la paciente.			
14. Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.	X	X	X
15. Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.	X	X	X
16. Coloque la otra mano sobre el abdomen, detrás del útero.	X	X	X
17. Con la mano sobre el abdomen, presione profundamente en el abdomen por detrás del útero y aplique presión contra la pared posterior del útero.	X	X	X
18. Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.	X	X	X
19. Si el sangrado no se detiene, como alternativa, comprima la aorta abdominal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal: ▪ El punto a comprimir queda justo por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda; ▪ Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato. ▪ Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada: ▪ Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada; ▪ Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada. ▪ Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado 	X	X	X
20. Con el diagnóstico probable de hemorragia no controlable, disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X

21. Si pese a estas maniobras el útero no recupera su tonicidad, o no cede el sangrado, considere la necesidad de intervención quirúrgica inmediata para compresión manual directa del útero, compresión uterina con técnica de B Lynch o histerectomía obstétrica.		X	X
22. Realice los preparativos para una intervención quirúrgica con los pasos preliminares similares al protocolo de cesárea.		X	X
23. Considere la terapia transfusional si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock ▪ si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa. (ver transfusión en obstetricia y anemia en embarazo) 		X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO	X	X	X
24. Mantenga las normas de bioseguridad en el desecho de las artículos utilizados.	X	X	X
25. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer mínimo cada 15 minutos hasta su estabilización y luego cada 8 horas.	X	X	X
26. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.	X	X	X
27. Control de puerperio según protocolo de manejo del puerperio.	X	X	X
28. Solicite un control de hemoglobina – hematocrito a las 24 horas.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LA RETENCION DE PLACENTA O FRAGMENTOS PLACENTARIOS. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO ESPECIFICO	I	II	III
1. Sospeche RETENCIÓN DE PLACENTA si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la placenta no se expulsa dentro de los 30 minutos después del parto ▪ hemorragia postparto inmediata ▪ utero contraído 	X	X	X
2. Sospeche RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas. ▪ hemorragia postparto inmediata. ▪ utero contraído. 	X	X	X
3. Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.	X	X	X
4. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto	X	X	X
5. Continúe masajeadando el útero atónico si no logra contraerse después del parto.	X	X	X
6. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial.	X	X	X
7. Si el sangrado continúa a pesar del tratamiento uterotónico y la compresión uterina y el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, realice extracción manual de placenta y/o membranas.	X	X	X
EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA O FRAGMENTOS PLACENTARIOS. PREPARATIVOS.	NIVEL		
8. Prepare rápidamente el equipo necesario y comuníquese a Anestesiología.	X	X	X

9. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
10. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.	X	X	X
11. Administre la anestesia.	X	X	X
12. Cateterice la vejiga.	X	X	X
13. Administre antibióticos profilácticos.	X	X	X
EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA	NIVEL		
14. Lávese las manos y los antebrazos minuciosamente.	X	X	X
15. Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica	X	X	X
16. Sostenga el cordón umbilical con una pinza y hale el cordón con delicadeza.	X	X	X
17. Coloque los dedos de la otra mano en la vagina y hacia dentro de la cavidad uterina hasta ubicar la placenta.	X	X	X
18. Aplique contracción abdominalmente.	X	X	X
19. Mueva la mano a un lado y a otro, con un movimiento lateral continuo, hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.	X	X	X
20. Retire la mano del útero, arrastrando con ella la placenta, mientras continúa aplicando contracción abdominalmente.	X	X	X
21. Administre 20 UI de oxitocina en 1000 cc de líquidos IV a 125 cc/h.	X	X	X
22. Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.	X	X	X
23. Si hay sangrado profuso continuo, administre metilergonovina 0,2 mg 1 ampolla IM o misoprostol 600 ug VO o SL adicionales.	X	X	X
24. Examine las membranas y la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que se extrajo íntegra.	X	X	X
25. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE INVERSION UTERINA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO ESPECIFICO	I	II	III
1. Sospeche INVERSION UTERINA si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata ▪ No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal ▪ Dolor leve o intenso en hipogastrio ▪ Inversión uterina visible en la vulva 	X	X	X
2. Si el alumbramiento fue incompleto o la placenta está firmemente adherida al útero o se produce inversión del fondo uterino solicite urgente Anestesiólogo para revertir el cuadro y para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria severa que se puede producir	X	X	X
3. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto	X	X	X

4. Con el diagnóstico probable de inversión uterina y hemorragia posparto, disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
5. Si el alumbramiento no se ha producido y la placenta está firmemente adherida al útero, es probable que se produzca la salida del fondo uterino hacia la vagina y vulva.		X	X
6. Comuníquese inmediatamente a Anestesiología.		X	X
7. La corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato, pues se forma un anillo rígido a nivel del cuello que atrapa el útero invertido y esto determina dolor, shock y acúmulo de sangre en el útero.		X	X
8. No administre medicamentos oxitócicos antes de corregir la inversión.		X	X
9. Si la mujer tiene dolor severo , administre petidina 1 mg/kg de peso corporal (pero no más de 100 mg) IM o IV lentamente, o administre morfina 0,1 mg/kg de peso corporal IM		X	X
10. Administre la anestesia correspondiente		X	X
11. Coloque la mano extendida directamente sobre la porción uterina fúndica que está invertida e introdúzcala por la vagina hacia la cavidad abdominal.		X	X
12. Mantenga la mano hecho puño en el interior del útero hasta conseguir tonicidad o cese del sangrado.		X	X
13. Tras la reposición del útero, si se acompaña de sangrado abundante y atonía - hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial (ver sección anterior).		X	X
14. Considere la compresión bimanual del útero mientras actúa el uterotónico. Ver técnica en atonía – hipotonía uterina		X	X
15. Si no se controla el sangrado con estas medidas o se sospecha necrosis del útero o se trata de una placenta adherente (acretismo placentario), considere la laparotomía para masaje directo sobre el útero, colocación de sutura hemostática de B Lynch, ligadura de hipogástricas o histerectomía obstétrica.		X	X
16. Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión uterina: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ampicilina 2 g IV MÁS metronidazol 500 mg IV; ▪ cefazolina 1 g IV MÁS metronidazol 500 mg IV. ▪ Si hay signos de infección (fiebre, líquido amniótico o secreción vaginal de mal olor o purulenta), administre antibióticos como para una metritis. 		X	X
17. Considere la terapia transfusional si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock ▪ Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa. (ver transfusión en obstetricia y anemia en embarazo) 		X	X
18. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE LOS DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
MANEJO ESPECIFICO	I	II	III
1. Sospeche DESGARROS O LACERACIONES DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO , si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia postparto inmediata. ▪ Sangrado rojo rutilante de menor cuantía. ▪ Placenta íntegra. ▪ Útero bien contraído antes o después del alumbramiento. 	X	X	X
2. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto.	X	X	X
3. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado realice la inspección del cuello del útero, vagina y periné bajo anestesia general.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable, disponga referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
INSPECCION DEL CUELLO DEL UTERO, VAGINA Y PERINE. PREPARATIVOS.	NIVEL		
5. Prepare el equipo necesario.		X	X
6. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) qué es lo que se va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.		X	X
7. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilícela.		X	X
8. Cateterice la vejiga.		X	X
9. Administre la anestesia.		X	X
10. Administre antibióticos profilácticos (descritos antes).		X	X
INSPECCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA			
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.		X	X
12. Póngase barreras protectoras para el médico: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		X	X
13. Separe los labios de la vulva de la mujer con una mano.		X	X
14. Pida a un asistente que ilumine el interior de la vagina.		X	X
15. Observe cuidadosamente para detectar si hay desgarros o hematomas perineales o vulgares.		X	X
16. Con los dedos de la otra mano, presione firmemente la pared vaginal posterior y busque si hay puntos de sangrado en la vagina.		X	X
17. Continúe presionando firmemente la pared vaginal: Mueva los dedos hacia arriba por el lado de la pared vaginal hasta el cuello uterino, buscando los puntos de sangrado.		X	X

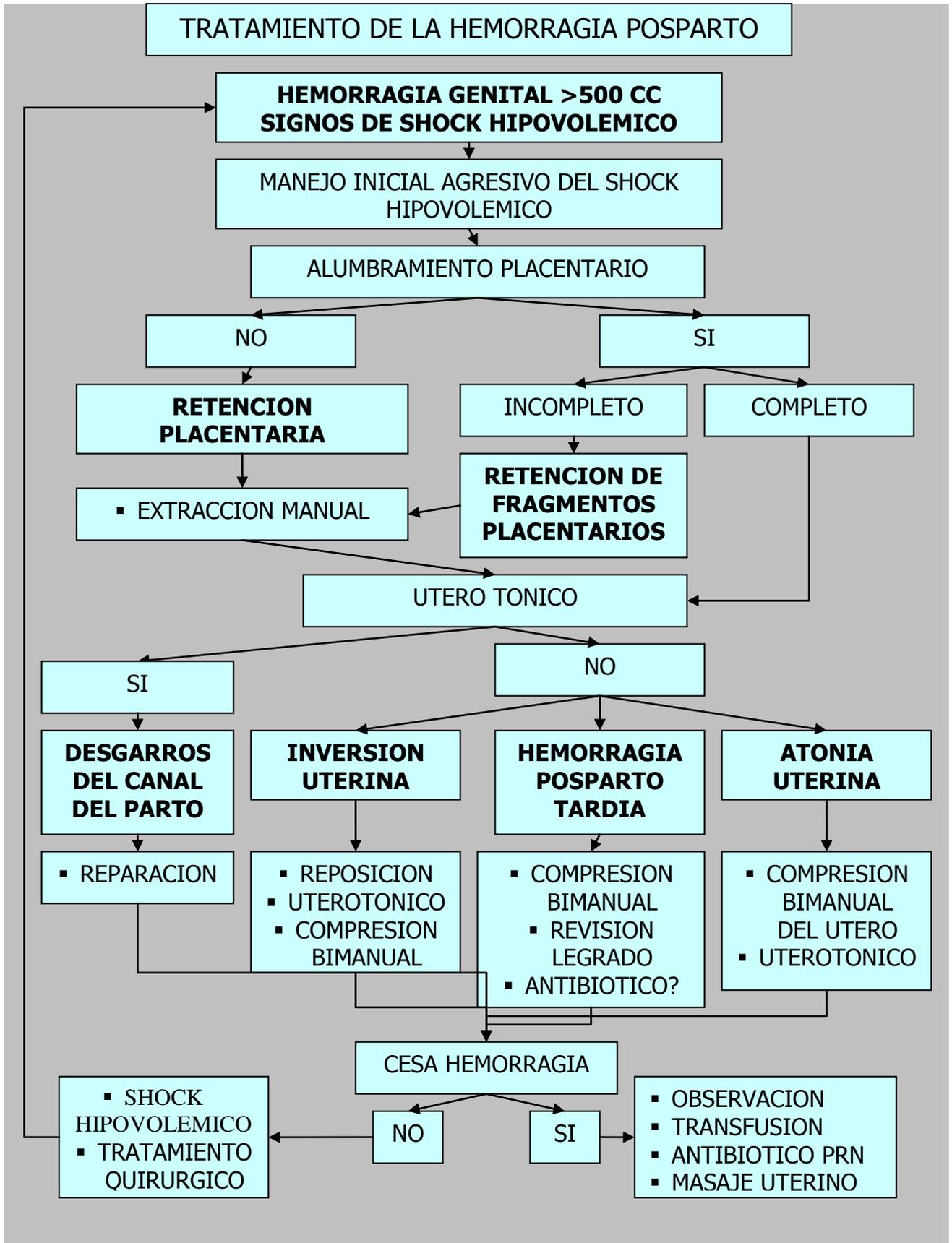
18. Repita en la pared vaginal opuesta.		X	X
INSPECCION DEL CUELLO DEL UTERO		NIVEL	
19. Pida a un asistente que coloque una mano sobre el abdomen de la mujer y que presione firmemente el útero para hacer que el cuello uterino se mueva más hacia abajo en la vagina.		X	X
20. Inserte en la vagina dos valvas estériles: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloque un espéculo o valva en la cara anterior de la vagina. ▪ Coloque el segundo espéculo o valva en la cara posterior de la vagina. ▪ Pida a un asistente que sostenga los especulos o valvas en posición tal que permita visualizar el cuello uterino. ▪ Si no dispone de especulos o valvas vaginales, use una mano para presionar firmemente la pared vaginal posterior para que quede expuesto el cuello uterino. 		X	X
21. Inserte una pinza de aro o de esponjas y fíjela en el labio anterior del cuello uterino en la posición de las 12 de las manecillas del reloj.		X	X
22. Inserte una segunda pinza de aro o de esponjas y fíjela en el cuello uterino en la posición de las 3 de las manecillas del reloj.		X	X
23. Inspeccione el cuello uterino entre las dos pinzas para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de poder hacer una mejor inspección.		X	X
24. Abra y quite la pinza del labio anterior del cuello uterino (la que se encuentra en la posición de las 12 de las manecillas del reloj).		X	X
25. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 6 de las manecillas del reloj.		X	X
26. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 3 y en la de las 6 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
27. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 3 de las manecillas del reloj.		X	X
28. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 9 de las manecillas del reloj.		X	X
29. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 6 y en la de las 9 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando una gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
30. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 6 de las manecillas del reloj.		X	X
31. Vuelva a fijar esa pinza en el cuello uterino en la posición de las 12 de las manecillas del reloj.		X	X
32. Inspeccione el cuello uterino entre las pinzas que se encuentran en la posición de las 9 y en la de las 12 de las manecillas del reloj para detectar si hay puntos de sangrado, utilizando un hisopo de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, a fin de hacer una mejor inspección.		X	X
33. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 9 de las manecillas del reloj y retírela por completo.		X	X
34. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 12 de las manecillas del reloj y retírela por completo.		X	X

35. Retire los espéculos o valvas vaginales (si se utilizaron).		X	X
36. Considere la terapia transfusional si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock ▪ Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa. (ver transfusión en obstetricia y anemia en embarazo) 		X	X
37. Mantenga el cuidado posterior descrito en hipotonía atonía uterina.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA POSPARTO TARDIA (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
MANEJO ESPECIFICO			
1. Sospeche HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se produce sangrado más de 24 horas después del parto ▪ Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto ▪ Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor ▪ Anemia 	X	X	X
2. Si la hemorragia posparto se produce desde las 24 horas hasta las 6 semanas sospeche en una hemorragia posparto tardía.	X	X	X
3. Realice el manejo inmediato descrito en hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto.	X	X	X
4. Continúe masajeando el útero atónico si no logra contraerse después del parto.	X	X	X
5. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía hipotonía uterina en las primeras 24 horas, use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial: 6. Oxitocina <ul style="list-style-type: none"> ▪ IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 60 gotas por minuto ▪ IM: 10 unidades ▪ Dosis continua IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 40 gotas por minuto ▪ Dosis máxima No más de 3 L de líquidos IV que contengan oxitocina ▪ No administre en bolo IV 			
7. ERGOMETRINA/METILERGOMETRINA <ul style="list-style-type: none"> ▪ IM o IV (lentamente): 0,2 mg ▪ Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos ▪ Si se requiere, administre 0,2 mg ▪ IM o IV (lentamente) cada 4 horas ▪ 5 dosis (un total de 1,0 mg) ▪ NO USE EN CASO DE: PREECLAMPSIA, HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA 	X	X	X
8. MISOPROSTOL <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 dosis de 800 ug VO o SL. ▪ Precaución con las pacientes asmáticas. 			
9. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado, considere las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el cuello uterino está dilatado, explore manualmente para extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes. La exploración manual del útero es similar a la técnica descrita para la remoción de la placenta retenida. ▪ Si el cuello uterino no está dilatado, evacúe bajo anestesia el útero para extraer los fragmentos placentarios. ▪ Si el sangrado continúa y es profuso, considere la ligadura de las 	X	X	X

arterias uterina y uteroovárica, o una histerectomía. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si fuera posible, realice el examen histopatológico del material de legrado o las muestras de la histerectomía para descartar un tumor trofoblástico. 			
10. Considere la terapia transfusional si: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hemoglobina si es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock ▪ Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa. (ver transfusión en obstetricia y anemia en embarazo) 	X	X	X
11. Considere el uso de antibiótico si signos de infección puerperal (Ver sección anterior).	X	X	X
12. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer:	X	X	X
13. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.	X	X	X
14. Mantenga el masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas por compresión bimanual del útero.	X	X	X
15. Control de puerperio según protocolo de manejo del puerperio.	X	X	X
16. Solicite un control de hemoglobina – hematocrito a las 24 horas.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE ATENCION Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO:

- Major Obstetric Hemorrhage Frederic J. Mercier, MD, PhD,*; Elsevier Anesthesiology Clin 26 (2008) 53–66.
- Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, et al. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:155.e1-155.e6.
- Nelson WL, O'Brien JM. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(5):e9–10.
- Prendiville W, Elbourne D, McDonald S. Conducta Activa Versus Conducta Expectante en el Alumbramiento. *Biblioteca Cochrane Plus* 2007; 3:1-19.
- Anderson J, Etches D. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *American Family Physician* 2007; 75:875-882.
- Chelmos D. Postpartum Haemorrhage: Prevention. *BMJ Clin Evid* 2007;02:1-19.
- Doumouchsis S, Papageorgiou A, Arulkumaran S. Systematic Review of Conservative Management of Postpartum Hemorrhage: What To Do When Medical Treatment Fails. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2007; 62:540-547.
- Kadir R, Kingman C, Chi C, et al. Is Primary Postpartum Haemorrhage a Good Predictor of Inherited Bleeding Disorders?. *Haemophilia* 2007; 13:178–181.
- Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Karen M, Heim S, Galazka S. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor. *American Family Physician* 2006; 73:1025-1028.
- Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics JOGC* 2006; 967-973.
- Tsu V, Mai T, Nguyen Y, Luu H. Assessing the Effectiveness of Active Management of Third-Stage Labor. *J Obstet Gynaecol Res* 2006; 32:489–496.
- Fullerton J, Frick K, Fogarty L, et al. Active Management of Third Stage of Labour Saves Facility Costs in Guatemala and Zambia. *J Health Popul Nutr* 2006; 24:540-551.
- Vélez G, Gómez J, Zuleta J. Análisis de las Muertes Maternas por Hemorragia en el Departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2006; 57:147-155.
- Karen L. Maughan, M.D., Steven W. Heim, M.D., M.S.P.H., And Sim S. Galazka. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing The Third Stage Of Labor, *American Family Physician* Vol 73, Numb 6 March 15, 2006
- Magann E, Evans S, Chauhan S, et al. The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2005; 105:290-293.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso Profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3.
- McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus oxitocina para el alumbramiento. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005, Número 3.
- Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy. *JAMA* 2005;293:2141-8.
- Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG* 2005;112:547-53.
- Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1620-5.
- Fenton J, Baumeister L, Fogarty J. Active Management of the Third Stage of Labor among American Indian Women. *Fam Med* 2005; 37:410-414.
- Díaz I, Verdecia E, Colas G. Influencia de las Técnicas de Alumbramiento Activo y Expectante Sobre la Hemorragia Postparto. *MEDISAN* 2005;9:1-6.
- Stephenson P. Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una Práctica Simple para Prevenir una Hemorragia Post Parto 2005;1-2.
- Mosby's Drug Consult 2005. St. Louis, Mo.: Mosby, 2005

- Chonga Y, Sua L, Arulkumaranb S. Current Strategies for the Prevention of Postpartum Haemorrhage in the Third Stage of Labour. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 16:143–150.
- Martínez V. Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y la Hemorragia Posparto En El Hospital Fernando Vélez Paiz En El Periodo De 1 Octubre A Diciembre del 2004. Monografía de la Universidad Autónoma de Nicaragua 2004; 2-108.
- McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD000201.
- Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000494.
- Chong YS, Chua S, Shen L, Arulkumaran S. Does the route of administration of misoprostol make a difference? The uterotonic effect and side effects of misoprostol given by different routes after vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:191-8.
- Higgins S. Obstetric Haemorrhage. *Obstetrics and Gynaecology Series. Emergency Medicine* 2003; 15:227–231.
- Festin M, Lumbiganon P, Tolasa J, et al. International Survey on Variations in Practice of the Management of the Third Stage of Labour. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:286-291.
- El-Refaey H, Rodeck C. Post-Partum Haemorrhage: Definitions, Medical and Surgical Management a Time for Change. *British Medical Bulletin* 2003; 67:205-217.
- Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003249.
- McCormick ML, Sanghvi HC, Kinzie B, McIntosh N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:267-75.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 2002.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD001808.
- Anderson J, Etches D, Smith D. Postpartum hemorrhage. In: Baxley E. *Advanced Life Support in Obstetrics course syllabus*. 4th ed. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians, 2001.
- Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD001337.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue3*, 2000.
- Schuurmans N, MacKinnon K, Lane C, Etches D. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *SOGC Clinical practice Guidelines* 2000;88: 1-11.
- Tribble M, Johnston M. Persistent Postpartum Bleeding. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2000;13:183–186

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O 42 0	Ruptura prematura de las membranas e inicio del trabajo de parto dentro de 24 horas
O 42 1	Ruptura prematura de las membranas e inicio del trabajo de parto después de 24 horas
O 42 2	Ruptura prematura de las membranas, trabajo de parto retrasado por la terapéutica
O 42 9	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación
O 41 1	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas (Amnionitis, Corioamnionitis, membranitis, placentitis)
O 75 5	Retraso del parto después de la ruptura artificial de las membranas
O 75 6	Retraso del parto después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 84	Embarazo de alto riesgo
W 99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto

DEFINICIONES.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independiente de la edad gestacional.
RUPTURA PREMATURA PRETERMINO DE MEMBRANAS	Ruptura prematura pretérmino de membranas (antes de las 37 semanas).
RUPTURA PREMATURA A TERMINO DE MEMBRANAS	Ruptura prematura a término de membranas (mayor de 37 semanas).
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PROLONGADA	Hidrorrea que se prolonga por 24 horas antes del parto.
CORIOAMNIONITIS	Infección de las membranas ovulares y el líquido amniótico. Cursa con fiebre elevada, hidrorrea de mal olor o purulenta y leucocitosis.
HIDRORREA	Salida de líquido amniótico a través del cérvix.

DIAGNOSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salida o pérdida persistente e incontrolada de líquido por vagina. ▪ Pérdida intermitente de líquido o humedad perineal continua. ▪ Averiguar serología para HIV en control prenatal.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen obstétrico para determinar edad gestacional, actividad uterina y etapa de la labor de parto. ▪ Frecuencia cardíaca fetal por cualquier método. ▪ Examen especular: evidencia de salida de líquido por cérvix, maniobras de valsalva produce salida, toma de muestras (cristalografía, gram y fresco) previo al tacto vaginal.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática. ▪ EMO Urocultivo ▪ PCR – VSG (si es prolongada o el parto no es inminente) ▪ HIV (previo consentimiento informado si no consta en historia o carné prenatal) ▪ Cristalografía: Tomar muestra con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, colocar en portaobjetos dejar secar al aire y valorar la cristalización en helecho, siempre antes de realzar tacto vaginal. ▪ ECOGRAFIA: Valora índice de líquido amniótico: Oligohidramnios. ▪ Monitoreo fetal electrónico (si tiene disponible).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

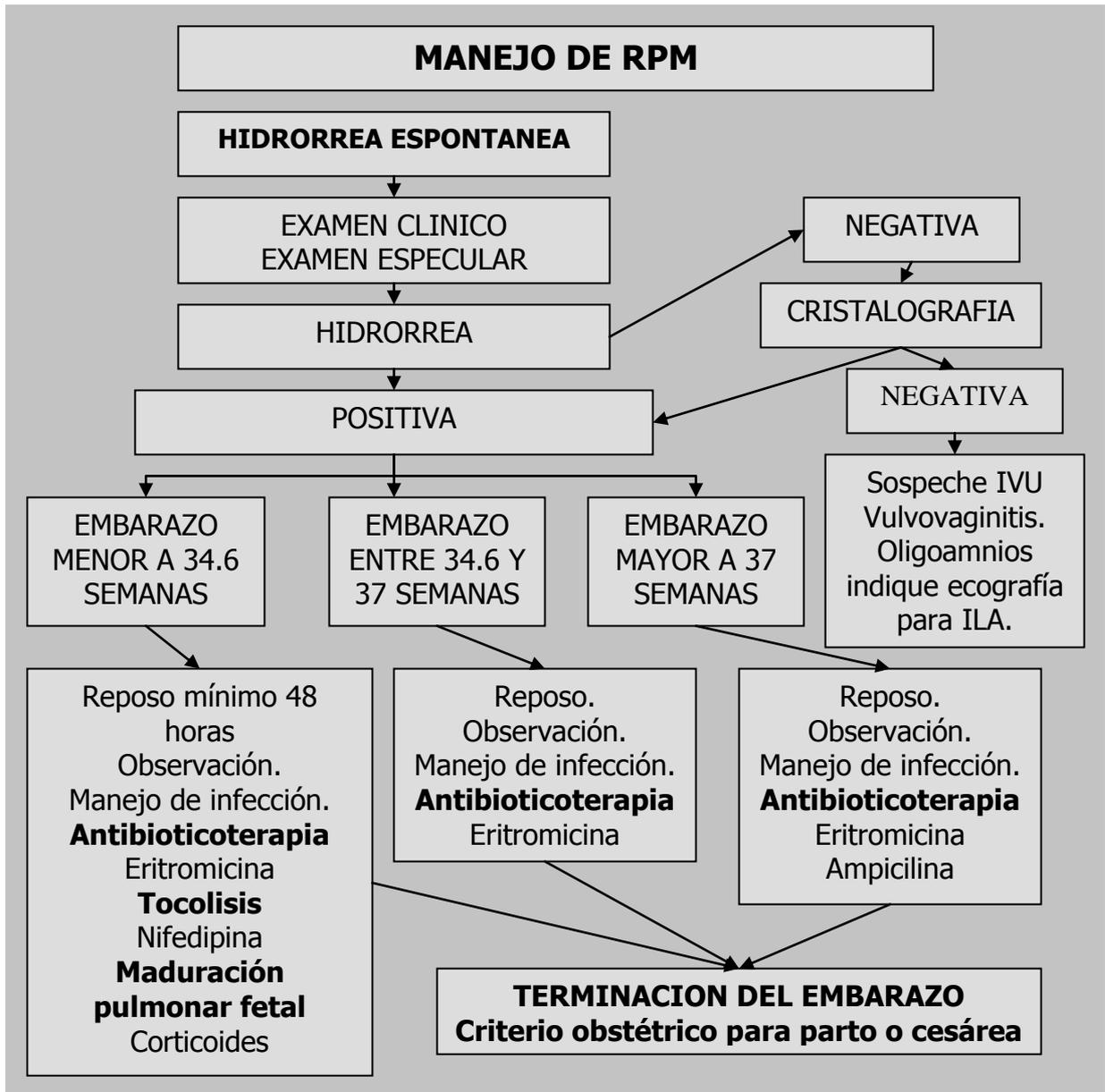
- LEUCORREA
- TAPON MUCOSO CERVICAL
- INCONTINENCIA URINARIA

TRATAMIENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular para toma de muestras. NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Con los resultados de examen físico, especular y de laboratorio realice el primer examen o tacto vaginal por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical ▪ Borramiento cervical ▪ Consistencia del cuello ▪ Posición del cuello ▪ Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. (Anexo 1 Índice de Bishop en Protocolo de Parto normal) ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Coloración del líquido amniótico (claro o meconial) ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Anexo 2 Valoración de la pelvis en Protocolo de Parto normal) 	X	X	X
10. Disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la cantidad de líquido amniótico (ILA), edad gestacional y peso fetal.		X	X
12. Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo sobre todo si la presentación no es cefálica por probabilidad de prolapso de cordón. Colocación de toalla en periné		X	X
13. Control de signos vitales cada 8 horas. Añadir curva térmica si corioamnionitis o embarazo se prolonga más de 48 horas.		X	X
14. SI EMBARAZO >34 SEMANAS Y NO SE ESPERA EL PARTO ANTES DE 12 HORAS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoterapia con UNO de los siguientes fármacos: ▪ Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto, o ▪ Ampicilina 2g IV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto, o ▪ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina. 		X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo. 			
<p>15. SI EMBARAZO <34 SEMANAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoterapia con Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto. ▪ Tocolisis con Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. ▪ Maduración Pulmonar con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). ▪ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos si no se controlan las contracciones o signos infecciosos. 		X	X
<p>16. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato ringer, solución salina 0.9%), control de curva térmica y exámenes seriados cada 24 horas a 48 horas para determinar parámetros infecciosos que indiquen terminación del embarazo.</p>		X	X
<p>17. SI CORIOAMNIONITIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 1 g IV cada 4 horas ▪ Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. ▪ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea) ▪ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL. 		X	X
<p>18. Comuníquese del caso al Servicio de Neonatología.</p>		X	X
<p>19. Si la paciente desarrolla actividad uterina espontánea o se ha completado la maduración fetal proceda según Protocolo de Parto normal.</p>		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

- Flenady V, King J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o cerca del término (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane plus, 2006 número 3. Oxford: Update Software Ltd.
- Geun A Song, Myoung Seok Han. Effect of Antenatal Corticosteroid and Antibiotics in Pregnancies Complicated by Premature Rupture of Membranes between 24 and 28 weeks of Gestation. J Korean Med Sci 2005; 20: 88-92
- Goo BS, Chung JY, Kim JS, Kim SR, Lee SS, Won HS, Suh DS, Lee PR, Kim A. Benefits of antenatal corticosteroid in infants delivered before 33 weeks of gestation after premature rupture of membranes. Korean J Obstet Gynecol 2004; 47: 166-71.
- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
- Small F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonisation(Cochrane review)In: The Cochrane library, Issue 4, 2003.
- Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford. Update Software
- Segel SY, Miles AM, Clothier B, Parry S, Macones GA. Duration of antibiotic therapy after preterm premature rupture of fetal membranes. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 799-802.
- Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford. Update Software
- Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 131-9.
- Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of the fetal membranes: The ORACLE I randomised trial. Lancet 2001;357:979-88.
- Furman, B. Shoham-Vardi, I. Et al. Clinical significance and outcome of preterm prelabor rupture of membranes: population-based study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 92 (2000) 209-216

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O60	Parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación)
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 84	Embarazo de alto riesgo

DEFINICIONES

PARTO PRETERMINO	Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. Ocurre en 5-10% de embarazos (WHO).
TRABAJO PARTO PRETÉRMINO	Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), acompañadas de cambios cervicales: borramiento (50%) o dilatación (igual o mayor a 3 cm), antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).

DIAGNOSTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal tipo contracción. ▪ Presión pélvica o dolor de espalda. ▪ Embarazo igual o menor a 37 semanas. ▪ Antecedentes clínicos y obstétricos de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ edad (< 18 años, >35 años) ▪ nivel socio económico bajo ▪ RPM pretérmino o parto pretérmino previo ▪ sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformaciones uterinas) ▪ trauma materno ▪ incompetencia cervical ▪ bacteriuria asintomática / Pielonefritis aguda ▪ ITS / Vaginosis bacteriana ▪ infección estreptococo grupo B ▪ neumonía / Paludismo / Fiebre Tifoidea / Apendicitis
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contracciones uterinas (mínimo 3 en 30 minutos) pueden ser dolorosas o no. ▪ Aumento o cambio en la secreción vaginal ▪ Sangrado genital. ▪ Salida de tapón mucoso cervical. ▪ Borramiento (50%) o dilatación (igual o menor a 3 cm)
EXAMENES DE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biometría Hemática

LABORATORIO

- EMO / Urocultivo
- Cristalografía / Gram y fresco de secreción vaginal
- Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.
- Monitoreo fetal electrónico (si es disponible).

TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
--

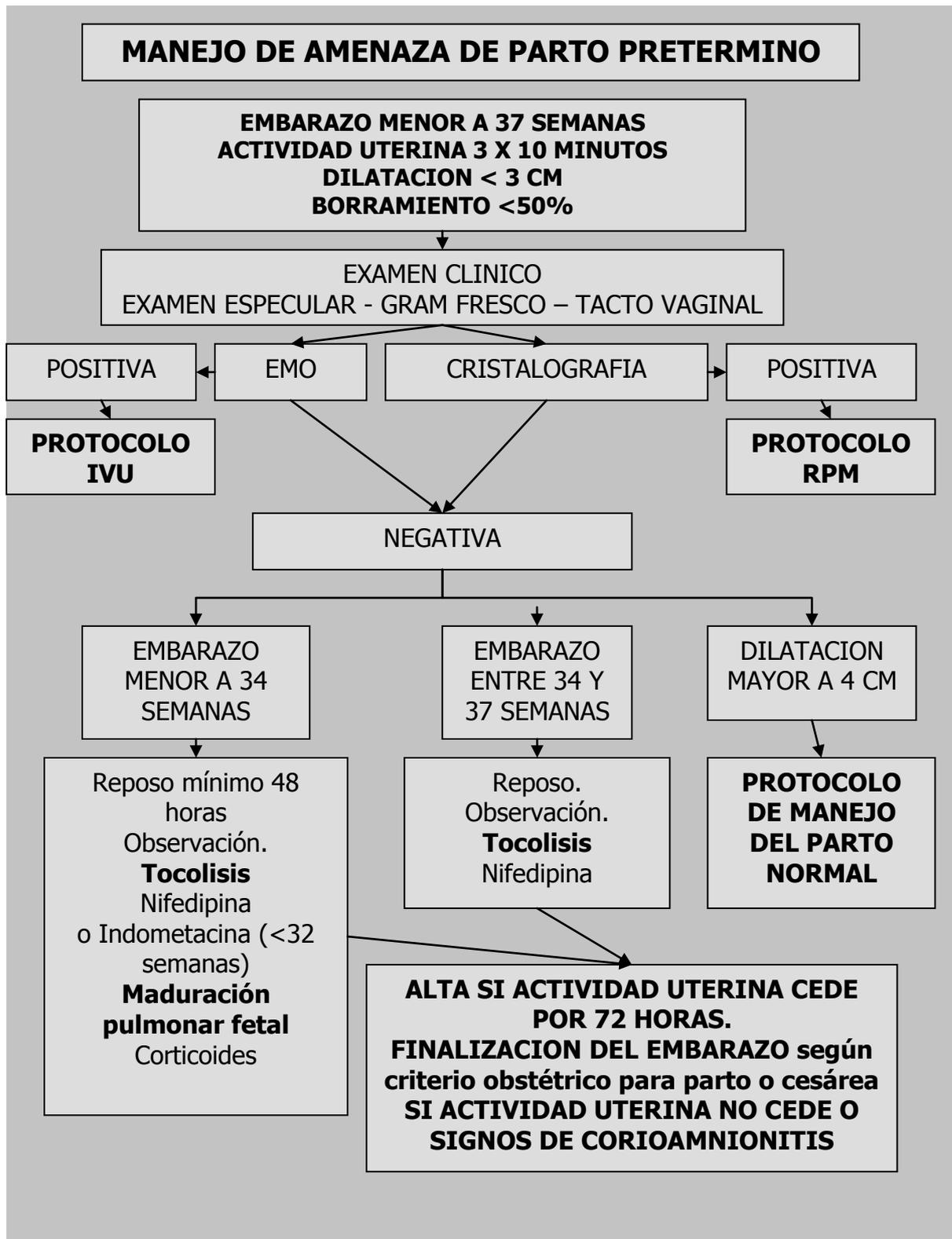
OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

- **TOCOLISIS** (para prolongar al menos 72 horas el embarazo).
- **MADURACION PULMONAR FETAL** (embarazos < de 34 semanas).
- **DETERMINAR ETIOLOGIA**
- **TRANSFERENCIA A UNIDAD DE NEONATOLOGIA ESPECIALIZADA.**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento según protocolo.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
10. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical ▪ Borramiento cervical ▪ Consistencia del cuello ▪ Posición del cuello ▪ Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM) ▪ Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. 	X	X	X

11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional; además valore la longitud del cuello como predictor de parto pretérmino (ALARMA si menor de 20 mm).	X	X	X
12. Control de signos vitales cada 8 horas.	X	X	X
13. SI EL EMBARAZO ES >37 SEMANAS PROBABLEMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN FASE LATENTE DE LABOR DE PARTO. ▪ Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos de manejo del parto e inductoconducción.	X	X	X
14. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado si embarazo menor a 37 semanas; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal (ver abajo) si no existen contraindicaciones; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
15. SI EL EMBARAZO ES <37 SEMANAS REALICE MANEJO TOCOLITICO: • Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. • O Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. (SOLO EN EMBARAZOS <32 SEMANAS) NO REALICE MAS DE DOS CICLOS DE TOCOLISIS	X	X	X
16. CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS: ▪ Dilatación > 4cm. ▪ Corioamionitis. ▪ Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp. ▪ Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal. ▪ Malformaciones fetales. ▪ Desprendimiento normoplacentario.	X	X	X
17. MADURACIÓN PULMONAR FETAL. ▪ SI EMBARAZO > 24 y < 34 SEMANAS: ▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). NO SE REQUIERE NUEVAS DOSIS SEMANALES DE CORTICOIDES PARA CONSEGUIR EFECTOS BENEFICIOSOS PERINATALES.	X	X	X
18. SI CORIOAMIONITIS: ▪ Antibioticoterapia: ▪ Ampicilina 2 g IV cada 6 horas ▪ Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. ▪ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea) ▪ Finalización del embarazo según criterio obstétrico INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL.		X	X
19. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.		X	X
20. Si transcurridas 72 horas de que se ha completado el esquema de maduración pulmonar fetal persisten las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:

- Tan T C, Devendra K, Tan L K, Tan H K. Tocolytic treatment for the management of preterm labour: a systematic review. *Singapore Med J* 2006; 47(5) : 366
- Ratko Matijević, Ozren Grgić, Oliver Vasilj. Ritodrine in Oral Maintenance of Tocolysis after Active Preterm Labor: Randomized Controlled Trial. *Croat Med J.* 2006;47:25-31
- L F J Mildenhall, M R Battin, S M B Morton, C Bevan, C A Kuschel and J E Harding. Cardiovascular status after birth glucocorticoids is associated with altered Exposure. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed* 2006;91:56-60.
- Gaunekar NN, Crowther CA. Tratamiento de mantenimiento con bloqueantes de los canales de calcio para la prevención del parto prematuro después de una amenaza de trabajo de parto prematuro. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3.
- Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro en la amenaza de trabajo parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3.
- L Foix-L'Hélias, O Baud, R Lenclen, M Kaminski, T Lacaze-Masmonteil. Benefit of antenatal glucocorticoids according to the cause of very premature birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90:F46-F48
- J. Terrien et al. What is the future of tocolysis? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117S (2004) S10-S14
- Byrne B, Morrison J. Preterm birth. *Clin Evid* 2004;12:2032-51.
- Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal Corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. *RCOG Guideline No7* 2004:1-9.
- RCOG Guideline No. 7. Revised February 2004. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome
- Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database Syst Rev*, 2004;2.
- McLaughlin KJ, Crowther CA. Repeat prenatal corticosteroids: who still recommends their use and why? *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2003;43:199-202.
- 4 McLaughlin KJ, Crowther CA, Walker N, Harding JE. Effects of a single course of corticosteroids given more than 7 days before birth: a systematic review, *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2003;43:101-6.
- Elimian A, Figueroa R, Spitzer AR, et al. Antenatal corticosteroids: are incomplete courses beneficial? *Obstet Gynecol* 2003;102:352-5.
- Dodic M, Moritz K, Wintour EM. Prenatal exposure to glucocorticoids and adult disease. *Arch Physiol Biochem* 2003;111:61-9.
- Antenatal corticosteroid therapy For fetal maturation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25(1):45-8.
- Smaill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonization (Cochrane review)In: *The Cochrane library*, Issue 4, 2003.
- Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a meta-analysis with an indirect comparison of randomised trials. *BJOG* 2003; 110:1045-9.
- Management of Preterm Labour. *ACOG Practice Bulletin No 43*, May 2003.
- Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software; 2002.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Practice Committee. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *ACOG Committee Opinion, No. 273. Obstet Gynecol* 2002;99 (5 Pt 1):871-3.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrauterine Infection and Perinatal Brain Injury. *Scientific Advisory Committee Opinion Paper 3*. London: RCOG;2002.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tocolytic Drugs for Women in Preterm Labour. *Clinical Guideline No. 1(B)*. London:RCOG;2002
- Penney GC, on behalf of the Guidelines and Audit Sub-Committee. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. *RCOG;1999*. Available on-line at. November 25, 2002.

- Thornton S, Vatish M and Slater D. Uterine Contractility Symposium Oxytocin antagonists: clinical and scientific considerations. *Experimental Physiology* (2001) 86.2, 297–302.
- Walfisch A, Hallak M, Major M. Multiple courses of antenatal steroids: risks and benefits. *Obstet Gynecol* 2001;98:491–7.
- National Institutes of Health Consensus Development Panel. Antenatal corticosteroids revisited: repeat courses – National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, August 17–18, 2000. *Obstet Gynecol* 2001;98:144–50.
- Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of the fetal membranes: The ORACLE I randomised trial. *Lancet* 2001;357:979-88.
- Smith GN, Kingdom JCP, Penning DH, Matthews SG. Antenatal corticosteroids: is more better? *Lancet* 2000;355:251–2.
- Elimian A, Verma U, Visintainer P, Tejani N. Effectiveness of multidose antenatal steroids. *Obstet Gynecol* 2000;95:34–6.
- Vermillion ST, Soper DE, Bland ML, Newman RB. Effectiveness of antenatal corticosteroid administration after preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 925–9.
- Doyle LW, Ford GW, Rickards AL, Kelly EA, Davis NM, Callanan C, et al. Antenatal corticosteroids and outcome at 14 years of age in children with birth weight less than 1501 grams. *Pediatrics* 2000; 106: 2.
- Dessens AB, Haas HS, Koppe JG. Twenty-year follow-up of antenatal corticosteroid treatment. *Pediatrics* 2000;105:77.
- Greenfield PJ, Lamont RF. The contemporary use of tocolytics. *Current Obstet Gynaecol* 2000; 10:218-24.
- Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. *Cochrane Database Sys Rev* 2000:CD 000065.

EMBARAZO PROLONGADO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O48	Embarazo prolongado
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 90	Parto normal/recién nacido vivo

DEFINICIONES

EMBARAZO PROLONGADO

- **Gestación que cronológicamente alcanza o supera las 42 semanas o 294 días desde la fecha de la última menstruación (ACOG 1997).**
- **Los componentes de la morbi mortalidad perinatal aumentan desde la semana 41 y más desde la semana 42: muerte fetal intraútero, muerte intraparto, muerte neonatal, insuficiencia placentaria, oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, aspiración meconial, distress respiratorio, inducción, cesáreas y distocias.**

DIAGNOSTICO EMBARAZO PROLONGADO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 42 semanas completas o más por FUM, clínica o ecografía. ▪ FUM confiable o no. ▪ Dinámica uterina ausente o con poca actividad. ▪ Ausencia de otra sintomatología de trabajo de parto. ▪ Movimientos fetales disminuidos o no.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. ▪ Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. ▪ Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop. (Protocolo de parto normal – Anexo 1) ▪ Tacto vaginal para determinación de proporción pélvica. (Protocolo de parto normal – Anexo 2). ▪ Auscultación fetal por cualquier método. ▪ Macrosomía fetal.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo) desde semana 41 con intervalo de cada 3 días. ▪ Ecografía: oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, macrosomía, ILA.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

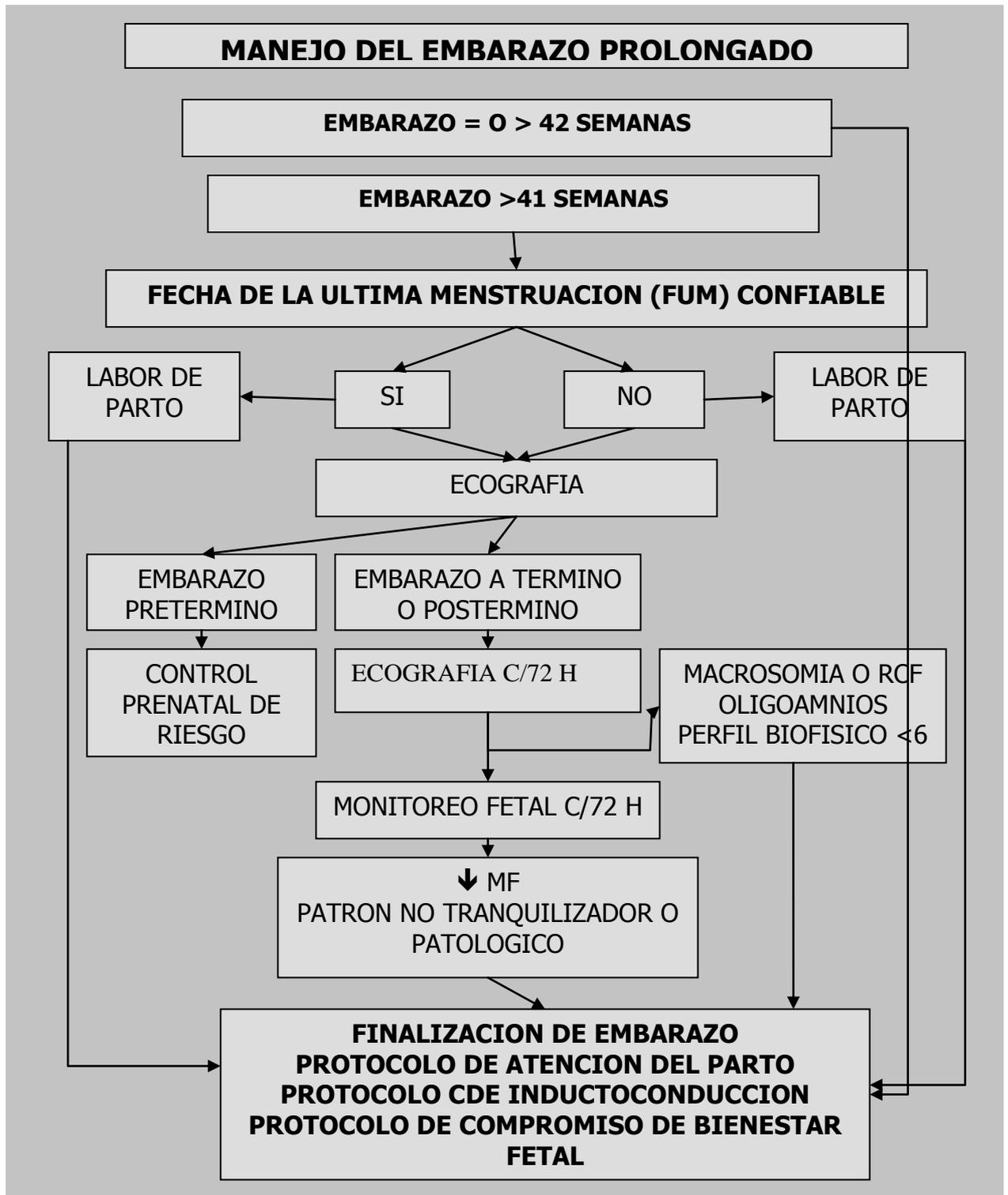
- Embarazo pos amenorrea de lactancia.
- Fecha de última menstruación incierta o dudosa.
- Restricción de crecimiento fetal.
- Macrosomía fetal.

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO PROLONGADO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Si paciente acude a control prenatal o en labor de parto y sospecha embarazo prolongado sea minucioso en evaluar edad gestacional y vitalidad fetal.	X	X	X
2. Verifique si la fecha de última menstruación es disponible y confiable, debe reunir los siguientes requisitos: Régimen menstrual regular No uso de anticonceptivos 6 meses previos al embarazo No haber tenido hemorragia del primer trimestre	X	X	X
3. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura y reflejos osteotendinosos; estimación de la edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Correlacione la Relación altura uterina / edad gestacional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si es mayor, sospeche macrosomía o embarazo múltiple. ▪ Si es menor, sospeche restricción de crecimiento fetal o falla en la FUM. 	X	X	X
5. Corrobore con las ecografías disponibles. Las más confiables para esta relación son las ecografías realizadas en el primer trimestre, pues tienen una falla de +- 7 días hasta la semana 20 aproximadamente, de +-14 días hasta la semana 30 y +- 21 días hasta la semana 42.	X	X	X
6. Si dispone de ecografía en su unidad, proceda con el protocolo o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con la paciente y el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal	X	X	X
MANEJO DEL EMBARAZO >41 SEMANAS SIN DUDA EN FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	NIVEL		
7. Evalúe diariamente por parte de la madre: Movimientos fetales. No es necesario hacer un recuento preciso del número de movimientos, pero la madre debe tener conciencia de su presencia tal cual como los ha percibido hasta semana 41.	X	X	X
8. Solicite cada 72 horas ecografía para valorar edad gestacional e ILA.		X	X
9. Solicite cada 72 horas monitoreo fetal electrónico (si dispone) como prueba indirecta de bienestar fetal y suficiencia placentaria.		X	X
10. Si ecografía sugiere: macrosomía o restricción del crecimiento fetal, con oligoamnios, o si hay reducción de los movimientos fetales, solicite una monitoreo fetal electrónico y perfil biofísico.		X	X
11. Si monitoreo electrónico fetal y perfil biofísico fetal normales, mantenga conducta expectante si existe consentimiento luego de explicar riesgos y beneficios a la mujer y familiar.		X	X
12. Si monitoreo electrónico fetal tiene resultado no tranquilizador (ver compromiso del bienestar fetal) y perfil biofísico fetal <6, proceda a prueba de tolerancia a las contracciones y/o inducto conducción o cesárea por motivo justificado con consentimiento luego de explicar riesgos y beneficios a la mujer y familiar.		X	X

13. Si embarazo completa las 42 semanas con el diagnóstico de embarazo prolongado proceda a inductoconducción o cesárea según protocolo. Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.		X	X
MANEJO DEL EMBARAZO >41 SEMANAS <u>CON DUDA</u> EN FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	NIVEL		
14. Si la FUM no es disponible, si estaba en amenorrea de lactancia o no se corresponde con la relación altura de fondo uterino/edad gestacional, solicite ecografía de confirmación si disponible o solicite su examen en la hoja de referencia.	X	X	X
15. Si NO hay confirmación de feto a término , programe las citas para un control prenatal de riesgo, reajustando edad gestacional a fecha sugerida por la ecografía.	X	X	X
16. Realice ecografías seriadas para corroborar el crecimiento fetal acorde con la edad sugerida por la ecografía. Luego de dos confirmaciones, reasigne fecha probable de parto.	X	X	X
17. Evalúe diariamente por parte de la madre: Movimientos fetales. No es necesario hacer un recuento preciso del número de movimientos, pero la madre debe tener conciencia de su presencia tal cual como los ha percibido hasta semana 41.		X	X
18. Si se CONFIRMA feto a término o postérmino por ecografía , programe las citas acorde con lo descrito en manejo del embarazo >41 semanas <u>sin duda</u> en la fecha de ultima menstruación.		X	X
19. Si embarazo completa las 42 semanas con el diagnóstico de embarazo prolongado proceda a inductoconducción o cesárea según protocolo. Disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné		X	X
20. SI PACIENTE CON SOSPECHA DE EMBARAZO PROLONGADO ACUDE EN LABOR DE PARTO PROTOCOLO DE MANEJE SEGÚN PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO PROTOCOLO DE INDUCTOCONDUCCIÓN Y PROTOCOLO DE COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE EMBARAZO PROLONGADO:

- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther, Jeffrey S Robinson. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ* VOLUME 332 4 Marzo 2006. www.bmj.com
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther and Jeffrey S Robinson Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332;509-513; originally published online 2 Feb 2006.
- Afolabi BB, Oyeneyin OL, Ogedengbe OK. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for cervical ripening and induction of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 Jun;89(3):263-7. Epub 2005 Apr 2.
- Monique G. Lin, et al. Misoprostol for Labor Induction in Women With Term Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106:593-601 © 2005 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (2):CD002855
- Papanikolaou E, Plachouras N, et al. Comparison of Misoprostol and Dinoprostone for elective induction of labour in nulliparous women at full term: A randomized prospective study *Reproductive Biology and Endocrinology* 12 July 2004, 2:70 doi:10.1186/1477-7827-2-70
- Josie L. Tenore, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois. Methods For Cervical Ripening And Induction Of Labor. 2003 / Volume 67, Number 10. *American Family Physician*
- Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois *Am Fam Physician* 2003;67:2123-8. Copyright© 2003 American Academy of Family Physicians.
- Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca* 2002; (1):691-724.8. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam*
- Cabezas E. Salud reproductiva; aborto provocado. En Rodríguez Armas O. SantisoGálvez R. Calventi V. *Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva (Flasog) Caracas:Ateproca* 2002 (1):691-724.8.
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D, Misoprostol and Pregnancy, Volumen 344:38-47 January 4, 2001 Number 1
- Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. MONA LYDON-ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D. *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1 July 5, 2001
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D, Misoprostol and Pregnancy, Volumen 344:38-47 January 4, 2001 Number 1
- The New England Journal of Medicine Medical Termination of Pregnancy, Sophie Christin-Maitre, M.D., Philippe Bouchard, M.D., and Irving M. Spitz, M.D., D.Sc. Volume 342:946-956 March 30, 2000 Number 13

COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADO POR SUFRIMIENTO FETAL
O68.0	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal (arritmias, bradicardias, taquicardia)
O68.1	Trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico
O68.2	Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal asociada con presencia de meconio en el líquido amniótico
O68.3	Trabajo de parto y parto complicados por evidencia bioquímica de sufrimiento fetal (acidemia fetal anormal)
O68.8	Trabajo de parto y parto complicados por otras evidencias de sufrimiento fetal (x electrocardiografía, ultrasónica)
O68.9	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación
CODIGO	CIAP 2
W 92	Parto complicado / RN vivo
W 99	Otros problemas / enfermedades del embarazo - parto

DEFINICIONES

BIENESTAR FETAL	<p>Estado de homeostasis fetal que se traduce clínicamente en presencia de movimientos fetales, aceleraciones de la FCF y bioquímicamente en ph de cuero cabelludo >7.10. No existe un solo medio diagnóstico lo suficientemente efectivo como para evitar o predecir con certeza absoluta la falta de bienestar fetal.</p>
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	<p>Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico basal del feto. Disminución del intercambio materno fetal de oxígeno que se expresa con disminución de movimientos fetales, alteraciones de la FCF y acidosis fetal. Si es severo puede llegar a la muerte fetal.</p>
COMPROMISO AGUDO DEL BIENESTAR FETAL	<p>Compromiso permanente o transitorio del bienestar fetal que se evidencia durante el trabajo de parto. Bioquímicamente se traduce en hipoxia, hipercapnia y acidosis, manifestándose clínicamente con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).</p>
COMPROMISO CRONICO DEL BIENESTAR FETAL	<p>Compromiso permanente del bienestar fetal que se presenta antes de la labor de parto. Existe una reducción del flujo materno fetal de oxígeno y nutrientes a través de la placenta generando deficiencias que llevan a restricción del crecimiento fetal.</p>
SUFRIMIENTO FETAL	<p>Término inespecífico e inadecuado utilizado para designar un "riesgo de pérdida o compromiso del bienestar fetal". No describe de manera adecuada los acontecimientos fetales y hace referencia a un daño que no siempre está presente, NO LO USE. La denominación propuesta designa con más certeza un estado fetal en el que no se puede asegurar su bienestar, pero se sospecha su compromiso. (ACOG-SEGO-E)</p>

**DIAGNOSTICO DEL COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL SEGÚN
HISTORIA CLINICA PERINATAL**

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de control prenatal adecuado. ▪ Edades reproductivas extremas (mayores de 40 o menores de 15 años). ▪ Anemia y desnutrición. ▪ Factores socio-económicos desfavorables: tabaco, alcohol, drogas, violencia familiar. ▪ Patología materna: Trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, diabetes gestacional, procesos infecciosos recurrentes, síndrome supino hipotensivo o por anestesia o shock. ▪ Patología fetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento fetal, embarazo múltiple - transfusión gemelo a gemelo. ▪ Patología útero placentaria: Placenta previa, inserciones anómalas de cordón umbilical, hipercontractilidad uterina, insuficiencia placentaria. ▪ Patología funicular: torsiones, circulares, nudos, procidencia, prolapso, pinzamientos.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altura uterina. ▪ Signos y síntomas de patología materna o uterina. ▪ Registro de actividad uterina y relación con la FCF. ▪ Modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal basal como taquicardia o bradicardia. ▪ Ausencia de variabilidad y reactividad de la FCF. ▪ Desaceleraciones tardías (DIPS tipo II) post-contracción. ▪ Líquido amniótico meconial. ▪ Oligohidramnios. ▪ Disminución de movimientos fetales.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico. ▪ Ecografía: para realizar perfil biofísico, flujo doppler, potencial de crecimiento fetal. ▪ Ph de cuero cabelludo. ▪ Ph de cordón umbilical.

TRATAMIENTO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)		NIVEL		
VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL ANTEPARTO.		I	II	III
1. Indicaciones para la vigilancia fetal anteparto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacientes con alto riesgo de insuficiencia placentaria. ▪ embarazo prolongado. ▪ diabetes mellitas. ▪ hipertensión. ▪ feto muerto anterior. ▪ restricción del crecimiento fetal. ▪ edades reproductivas extremas. ▪ gestación múltiple con crecimiento discordante. ▪ disminución de movimientos fetales. ▪ oligoamnios. 	X	X	X	
2. Si la madre reporta disminución de movimientos fetales o el embarazo cursa con cualquiera de las patologías frecuentes mencionadas o las que el médico considere son lo suficientemente riesgosas como para poner en riesgo el bienestar fetal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausculte la FCF por cualquier método para verificar su rango normal. ▪ solicite si dispone (o proceda a la referencia correspondiente) una monitorización electrónica fetal con prueba no estresante. ▪ solicite una ecografía para verificar el ILA. 	X	X	X	
3. Con la sospecha probable de compromiso del bienestar fetal, disponga su ingreso a la unidad operativa (área de exámenes u observación o emergencia) o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X	
4. Si la prueba no estresante y el ILA son normales, reevalúe a la paciente en unas horas y en control prenatal a los 7 días.		X	X	
5. Si la prueba no estresante es no reactiva y/o ILA está disminuído, solicite una prueba estresante o prueba de tolerancia a las contracciones o Prueba de Posse.		X	X	
6. Si la prueba de tolerancia a las contracciones es NEGATIVA (no desaceleraciones o alteraciones de la FCF) mantenga a la paciente en control prenatal de embarazo de riesgo y valore más frecuentemente en consulta prenatal.		X	X	
7. Si la prueba de tolerancia a las contracciones es POSITIVA (desaceleraciones o alteraciones de la FCF) solicite un Perfil Biofísico por ecografía, si la alteración es severa considere terminación inmediata por cesárea.		X	X	
8. Si tiene disponibilidad realice perfil biofísico o la referencia a la unidad de resolución correspondiente, siga los siguientes lineamientos según el resultado de la prueba:				
	INTERPRETACION	CONDUCTA		
10	feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Repetir cada semana, en diabética y embarazo prolongado >41 semanas 2 veces por semana		
8	feto normal, riesgo bajo de compromiso fetal	Igual a 10. Si oligoamnios finalizar el embarazo.		
6	sospecha de compromiso y asfixia fetal crónica	Igual a 10. Si oligoamnios o >36 semanas, finalizar el embarazo.		
4	sospecha de compromiso y asfixia fetal crónica	Igual a 10 si <32 semanas. Si >32 semanas, finalizar el embarazo.		
		X	X	

<2	fuerte sospecha de compromiso fetal	Valore por 120 minutos, si puntuación <4, finalizar el embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional.			
Adaptado de Manning, F. Biophysical profile store. 1992.					
9. Para finalización del embarazo seguir protocolo de Atención del parto normal, protocolo de inductoconducción y protocolo de cesárea.				X	X
VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO.			NIVEL		
10. Si se está atendiendo un embarazo de bajo riesgo el manejo no es diferente de la atención según Protocolo de atención del parto normal: Registro de frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo. La cardiotocografía continua no ha demostrado beneficio en embarazos de bajo riesgo.				X	X
11. Si el embarazo hace pensar en compromiso del bienestar fetal por embarazo de riesgo, además del registro de frecuencia cardiaca fetal por cualquier método cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo , registre por cardiotocografía de manera periódica o continua según los hallazgos.				X	X
12. Si el registro de la FCF es no tranquilizador debe reunir alguna de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ▪ desaceleraciones tardías persistentes o Dips II (>50% de las contracciones). ▪ desaceleraciones variables no tranquilizadoras o Dips III: <ul style="list-style-type: none"> ▪ progresivamente profundas. ▪ con taquicardia o pérdida de la variabilidad. ▪ con retorno lento a la basal. ▪ trazado sinusoidal. ▪ desaceleraciones prolongadas recurrentes. ▪ patrones confusos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausencia de variabilidad sin desaceleraciones. ▪ patrones inusuales. 				X	X
13. Si existe un patrón de FCF que sugiere compromiso hipóxico en desarrollo o es no tranquilizador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ identifique la causa cuando sea posible (hipotensión postural, por anestesia epidural, etc.). ▪ corrija la causa (líquidos IV). ▪ coloque a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la perfusión y evitar aspiración si vomita. ▪ considere la interrupción de oxitocina. ▪ considere el uso de tocolíticos. ▪ Use oxígeno a 4 l/min por bigotera o 10 l/min por mascarilla si la condición materna es de hipoxia (cardiopatía, eclampsia, EPOC, etc). ▪ La hidratación endovenosa u oral incrementa el volumen de líquido amniótico en el oligoamnios. 				X	X
14. Si el patrón no tranquilizador persiste luego de estas medidas y no se puede comprobar la ausencia de acidosis proceda a un parto o cesárea inmediata, por la vía más razonable y segura.				X	X
15. Si la prueba demuestra que el estado fetal no está comprometido proceda según la atención del parto normal (atención de parto)				X	X
16. La administración de oxígeno fue usada muy frecuentemente y poco evaluada en el pasado y aún se sigue utilizando pero su uso prolongado puede ocasionar un incremento de la acidosis metabólica lo que demuestra que además de ser inefectivo, pudiera ser perjudicial.			X	X	X
17. Agentes Tocolíticos administrados intraparto al disminuir la contractilidad uterina mejoran la oxigenación útero placentaria y mejora las anomalías de FCF.			X	X	X

NOTAS DE ACTUALIZACION IMPORTANTES.	NIVEL		
18. La cardiotocografía o monitorización fetal electrónica es un método subóptimo de determinación de hipoxia y acidosis fetal pues muchos factores pueden alterar la FCF e imitar los cambios de la acidosis e hipoxia. Cuando el patrón de FCF es normal, la predicción de ausencia de compromiso de bienestar fetal es alta, pero cuando es anormal, su fiabilidad en la predicción de asfixia es baja.	X	X	X
19. No se ha demostrado que la administración prenatal de glucosa materna reduzca las pruebas de cardiotocografía no reactivas. Se necesitan más ensayos para ofrecer pruebas de mayor solidez, así como para determinar la dosis óptima y evaluar la eficacia, fiabilidad predictiva, seguridad y resultado perinatal de la administración de glucosa unida a la cardiotocografía y otras pruebas de bienestar fetal.	X	X	X
20. La amnioinfusión parece reducir la incidencia de desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca y disminuye el uso de la cesárea. Sin embargo, los estudios se realizaron en lugares donde el sufrimiento fetal no se confirmó por muestreo de sangre fetal. Por lo tanto, los resultados quizás sean sólo relevantes para aquellos casos donde las cesáreas se realizan generalmente, por frecuencia cardíaca fetal anormal.	X	X	X
21. Actualmente no hay ensayos controlados aleatorios que se centren en la seguridad y la eficacia de la estimulación vibroacústica utilizada para evaluar el bienestar fetal durante el trabajo de parto, en presencia de un trazado cardiotocográfico poco confiable. Aunque se ha propuesto que la estimulación vibroacústica es una herramienta sencilla y no invasiva para la evaluación del bienestar fetal, no hay pruebas suficientes a partir de los ensayos aleatorios que apoyen la recomendación de su uso para la evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto, en presencia de un trazado cardiotocográfico poco confiable.	X	X	X

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL:

- Tan KH, Sabapathy A. Administración de glucosa materna para facilitar las pruebas de bienestar fetal. La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Administración de oxígeno a la madre para el sufrimiento fetal. La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Hofmeyr GJ. Amnioinfusión por compresión del cordón umbilical en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- East CE, Smyth R, Leader LR, Henshall NE, Colditz PB, Tan K. Estimulación vibroacústica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto en casos de trazado poco confiable de la frecuencia cardíaca fetal. De La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- Evidence- Based Medicine. Working Group. Evidence-based. A new approach to teaching in practice medicine. JAMA 1992;268:2420-5.
- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. User´s Guides to the Medical Literature:XI. A method for grading health care recommendations. JAMA 1995;274:1800-4.
- Kuller R, Hofmeyr GJ. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Hofmeyr GJ, Kuller R. Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. Cochrane Database Systematic Review 2000;(2): Cochrane Database Syst Rev.2003;(4):
- Fawole B, Hofmeyr GJ. Cochrane Database Systematic Reviews 2003;(4):CD000136. The Cochrane Database Syst 2003;(2):Issue (4) DOI:10.1002/14651858.
- Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software. 12.
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Maternal Hydratation for increasing amniotic fluid volume in oligohydramnios and normal amniotic fluid volume. 2002 The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
- Penning S, Garite TJ. Management of fetal distress. Obstet ynecol Clin North Am. 1999 Jun;26(2):259-74. PMID 10399760 PubMed.

MUERTE FETAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O 36.4	Atención materna por muerte intrauterina (Excluye aborto retenido).
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 93	Parto complicado/r.n. muerto

DEFINICIONES

MUERTE FETAL	<p>Muerte fetal intrauterina que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas.</p> <p>La etiología es diversa: genética, infecciosa, malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, accidente funicular, patología materna, diabetes, etc.</p> <p>La complicación más frecuente es la CID.</p>
---------------------	---

DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción materna de disminución o ausencia de movimientos fetales. ▪ Ausencia de frecuencia cardíaca fetal. ▪ Ausencia de movimientos al examen físico. ▪ Contracciones uterinas espontáneas.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auscultación de FCF por cualquier método: fonendoscopio, doppler, corneta de Pinard, monitoreo fetal electrónico o ecografía. ▪ Verificación de la presentación y posición fetal por maniobras de Leopold. ▪ Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. ▪ Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop (Anexo 1 Protocolo de parto normal).
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). ▪ Ecografía para confirmación de FCF negativa. Además cabeza fetal con contorno anormal, disminución o ausencia de líquido amniótico y feto sin tono en ocasiones doblado en dos. ▪ Rx de abdomen materno: confirma la muerte fetal después de 5 días. Los signos incluyen huesos del cráneo superpuestos, columna vertebral hiperflexionada, burbujas de gas en el corazón y grandes vasos sanguíneos, y edema del cuero cabelludo. ▪ Biometría Hemática, TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno, PDF. ▪ Glucosa y test de sobrecarga con 75 g.

TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA MUERTE FETAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal. Amplie su solicitud a TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno o test de coagulación junto a la cama.	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones de partes blandas y óseas.	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías.	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina si las hubiera al momento del examen.	X	X	X
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (si aplica).	X	X	X
12. CONFIRME POR TODOS LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS DE SU UNIDAD LA AUSENCIA DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL (fonendoscopio, doppler, corneta de Pinard, monitoreo fetal electrónico o ecografía).	X	X	X
13. Explique el problema a la mujer y a su familia. Brinde consuelo emocional.	X	X	X
14. Con el diagnóstico de muerte fetal disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicar el protocolo de finalización del embarazo más adecuado. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
15. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar. Valore Índice de Bishop y valoración de la pelvis para descartar DCP. (ver protocolo de parto Anexos 1 y 2 y	X	X	X

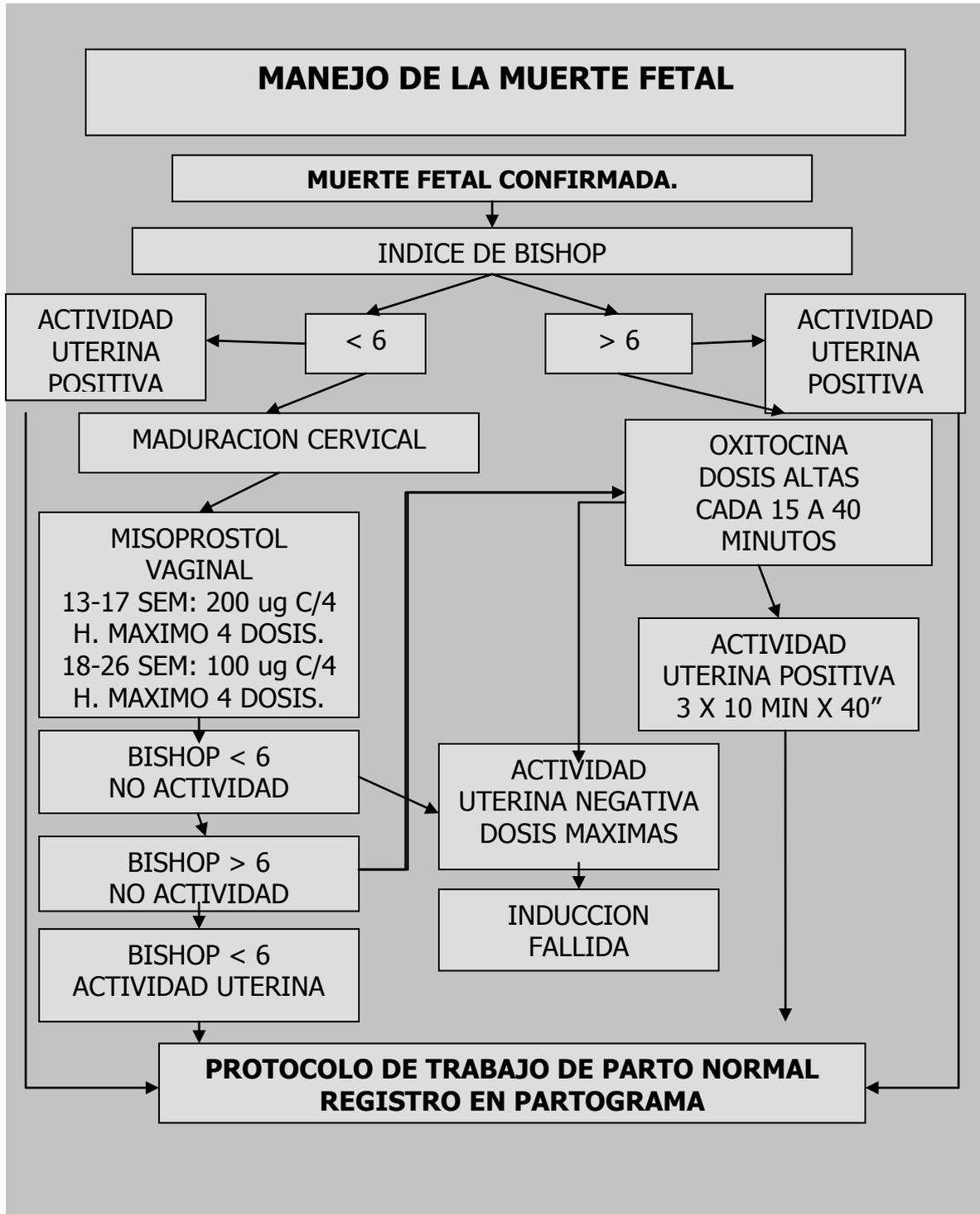
protocolo de parto distócico)			
16. . Explique las opciones de tratamiento y los pasos a seguir.			
MANEJO EXPECTANTE.	NIVEL		
17. Si la paciente luego de exponer riesgos y ventajas no admite una inducto conducción aguarde el inicio espontáneo del trabajo de parto con seguimiento de laboratorio de forma semanal para conteo de plaquetas, fibrinógeno y tiempos de coagulación hasta por 4 semanas.		X	X
18. Tranquilice a la mujer y consiga una valoración urgente con Psicología para apoyo especializado.		X	X
19. Proceda al manejo activo si se presenta cualquiera de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ disminución de plaquetas bajo lo normal. ▪ disminución del fibrinógeno de los valores referenciales. ▪ si se sospecha CID (VER COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Y SÍNDROME DE HELLP). ▪ si no se produce el trabajo de parto espontáneo. ▪ la mujer solicita la finalización del embarazo. 		X	X
MANEJO ACTIVO. INDUCCION – CONDUCCION DE LABOR DE PARTO	NIVEL		
20. Proceda a la finalización del embarazo con inducción – conducción de la labor de parto con consentimiento de la paciente, si el manejo expectante es riesgoso o si la paciente ya está en labor de parto.		X	X
21. El Partograma (Parto normal – Anexo 3) debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal para evaluar registrar y controlar el progreso de la labor hasta el momento del parto.		X	X
22. Actúe según Protocolo de Inductoconducción según Índice de Bishop.		X	X
23. Asegúrese de que exista <u>INDICACIÓN</u> para la inducción del trabajo de parto.		X	X
24. Descarte <u>CONTRAINDICACIONES</u> para inducción de trabajo de parto.		X	X
25. DESCARTE UNA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA. Aplique una evaluación de la pelvis femenina (Anexo 2 – Protocolo del parto normal).		X	X
26. EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: basada en la Escala de Bishop (Parto Normal Anexo 1) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación de 6 ó menos), se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando PROSTAGLANDINAS (maduración) antes de la inducción con oxitocina. ▪ Si el cuello uterino es favorable (puntuación de 6 ó más), se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con OXITOCINA. 		X	X
27. Si la paciente tiene indicación de terminación del embarazo y no tiene contraindicación para el uso de uterotónicos disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicación de este protocolo.		X	X

INDUCCION/MADURACION CON PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL)						NIVEL	
1. Ver protocolo de induccion y conduccion de labor de parto para usos, contraindicaciones y puntos importantes a considerar en caso de muerte fetal.						X	X
2. REGIMEN DE MISOPROSTOL CON FETO MUERTO. Varían en relación a la maduración cervical con feto vivo en la que nos interesa mantener el bienestar fetal.						X	X
REGIMEN	EDAD GESTACIONAL	DOSIS INICIAL	NUEVA DOSIS	INTERVALO DE DOSIS	DOSIS MAXIMA		
Misoprostol	13-17 semanas	200 ug	200 ug	4 horas mínimo	4 dosis		
Misoprostol	18-26 semanas	100 ug	100 ug	4 horas	4 dosis		
Misoprostol	27-43 semanas	25-50 ug	50 ug	4 horas	6 dosis		
ACOG. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.							
▪ A menor edad gestacional se necesitan mayores dosis de misoprostol para conseguir la maduración cervical esperada.							
3. Escoja e inicie el régimen que considere más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto con feto muerto.						X	X
4. Administre dosis sucesivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido hasta que se alcance la dosis máxima o se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o mejore la puntuación del Índice de Bishop.						X	X
5. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y registre en el partograma.						X	X
6. Si no se establece un aumento en la puntuación de Bishop a las dosis máximas , considere una inducción / maduración fallida y considere una cesárea.						X	X
7. Si aumenta la puntuación de Bishop inicie administración de oxitocina luego de 4 horas de la última dosis de misoprostol de acuerdo a Protocolo de Inducción conducción de labor de parto con Oxitocina.						X	X
8. Si se desarrolla actividad uterina de 2 en 10 minutos no adicione Oxitocina.						X	X
INDUCCION CON OXITOCINA						NIVEL	
1. No difiere de la inducción conducción de labor de parto con feto vivo. (ver protocolo).						X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN MUERTE FETAL ALUMBRAMIENTO.	NIVEL		
(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)			
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES.	I	II	III
1. Realice los mismos pasos del protocolo de manejo del parto normal o de vértice para la etapa de alumbramiento.		X	X
2. NO olvide realizar manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.		X	X
3. Realice adicionalmente y sobre todo en los embarazos pretérminos revisión digital de cavidad uterina o extracción manual de placenta si aplica.		X	X
4. Sugiera a la pareja la necesidad de autopsia para determinar la etiología probable de la muerte fetal.		X	X
5. Solicite estudio histopatológico y cromosómico de placenta y feto.		X	X
6. Llene toda la documentación legal para la inscripción de muerte fetal en el Registro Civil.		X	X
7. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las		X	X

necesidades y características de la paciente. Mantenga el apoyo psicológico.			
8. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE MUERTE FETAL:

- Gómez Ponce de León, R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine death. Int Journal of Gyn & Obstet. FIGO. Vol 99 Suplem 2. dec 2007.
- Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay. 2007.
- Gabbe, S. Niebyl, J. Simpson J. Obstetricia, Editorial Marban, Madrid-España, 2006.
- Jijón L, A. Sacoto A, M. Córdova U, A. Alto Riesgo Obstétrico. Ecuaooffset. Quito – Ecuador. 2006.
- Schwarcz, R; Fescina, R And Duverges, C. "Obtetricia", Sexta Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires – Argentina, 2005.
- Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medica de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid Espana, 2003
- DeCherney, A, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos, Editorial Manual Moderno, México 8º Edición, 2003.
- Integrated Management of Pregnancy And Childbirth. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Manual IMPAC, OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. 2002
- Franchi, F, Biguzzi, Cetin, et al. Mutations in the eritrobomodulin and endothelial protein C receptor genes in women with late fetal loss. Brit J Haematology 2001;114:641-6.
- Froen, J. Arnestad M, Frey K, et al. Risks factors for sudden intrauterine unexplains death: Epidemiologic characteristic of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol. 2001;1:3-10.
- Geis, W. Brancht W. Implicaciones obstétricas de los anticuerpos antifosfolipídicos: pérdida gestacional y otras complicaciones. Clin Obstetri Ginecol. 2001;1:3-10
- Gharavi, AE, Pierangeli S. Levy R. et al. Mecanismos de pérdida gestacinal en el síndrome antifosfolipídicos. Clin Obstetr Ginecol. 2001; 1:11-8
- Hernández García JM, Puente JM, Alvarez CC et al. Análisis de la evolución de los índices de mortalidad perinatal en el Hospital Universitario. Actual Obstet Ginecol. 2000;12:331-49

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O80	PARTO
O80.0	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice
O80.1	Parto único espontáneo, presentación de nalgas o podálica
O80.8	Parto único espontáneo, otras presentaciones
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 90	Parto normal/recién nacido vivo
W 91	Parto normal/r.n. muerto
W 92	Parto complicado/r.n. vivo
W 93	Parto complicado/r.n. muerto

DEFINICIONES

PARTO NORMAL DE BAJO RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquel de comienzo espontáneo, desde el comienzo de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional (OMS 1996).
PARTO INMADURO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacimiento de un producto de 22 semanas a 27 semanas cumplidas de gestación.
PARTO PRETÉRMINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacimiento de un producto de 28 semanas a 36 semanas cumplidas de gestación.
PARTO A TÉRMINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacimiento de un producto de 37 semanas a 41 semanas cumplidas de gestación.
PARTO POSTÉRMINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacimiento de un producto de 42 semanas o más de gestación.

ETAPAS DE LA LABOR DE PARTO.

1. DILATACION Y BORRAMIENTO:

DILATACIÓN: aumento del diámetro del canal cervical medida en centímetros (0 a 10).

BORRAMIENTO: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medida de 0 a 100%.

- FASE LATENTE: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4 cm.
- FASE ACTIVA: Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4 cm. v descenso de la presentación fetal

2. EXPULSIVO: Etapa comprendida desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

3. ALUBRAMIENTO: Etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el

**DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL SEGUN
HISTORIA CLINICA PERINATAL.**

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salida de tapón mucoso. ▪ Salida de líquido amniótico. ▪ Dolor abdominal tipo contracciones.
EXAMEN FISICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold. 2. Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. Sospeche o anticipe trabajo de parto si la embarazada presenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contracción uterina intermitente en embarazo mayor de 20 semanas. ▪ Sensación dolorosa variable que acompaña a la contracción. ▪ Eliminación de tapón mucoso (secreción mucosa con manchas de sangre). ▪ Eliminación de líquido por la vagina (hidrorrea gota a gota o en chorro constante). 3. Confirme la labor de parto si la embarazada presenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración y +/++ de intensidad. ▪ Dilatación del cuello del útero. ▪ Borramiento del cuello del útero. 4. Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop que valora: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación / Borramiento / Consistencia / Posición / Altura de la presentación (Anexo 1). Valore además: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de las membranas. ▪ Coloración del líquido amniótico (si hay hidrorrea por RPM). ▪ Puntos de referencia de la pelvis normal (Anexo 2). ▪ Auscultación fetal por cualquier método.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cristalografía previa al tacto vaginal si sospecha RPM. ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo).

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

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

“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”. OMS 1996

El instrumento que se utiliza para evaluar, registrar y controlar el progreso de la labor de parto es la Hoja de Partograma del CLAP-OPS/OMS (Schwarcz R.L. et al. 2.005) que se encuentra en el reverso de la Historia Clínica Perinatal del **CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 (Anexo 3)**.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACION Y BORRAMIENTO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES.	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica inicial que incluya: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método, (el de elección es la auscultación intermitente) por un minuto completo, inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	X
11. Registre la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.	X	X	X
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
13. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical. ▪ Borramiento cervical. ▪ Consistencia del cuello. ▪ Posición del cuello. ▪ Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de 	X	X	X

DeLee. (Ver Anexo 1 de Índice de Bishop). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Coloración del líquido amniótico. ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Ver Anexo 2 de valoración pélvica): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. ▪ Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea). 			
14. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario (OMS), habitualmente cada 4 horas y registrarlos en el partograma.	X	X	X
15. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TV #1 (20:34 Horas) dilatación 1 cm., borramiento 60%, etc. ▪ TV #2 (02:30 Horas) dilatación 3 cm., borramiento 60%, etc. 	X	X	X
16. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia - anestesia o si el juicio clínico lo amerita.	X	X	X
17. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente	X	X	X
18. Si la paciente es diagnosticada de trabajo de parto disponga su ingreso a la unidad operativa. <ul style="list-style-type: none"> ▪ si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. 	X	X	X
19. Permita el uso de ropa adecuada según costumbre de la zona o ropa hospitalaria.	X	X	X
20. NO REALICE ENEMA EVACUANTE RUTINARIO por que no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino.	X	X	X
21. RECORTE EL VELLO PUBICO, NO RASURE RUTINARIAMENTE EL AREA GENITAL , NO se disminuyen las infecciones perinatales con el rasurado rutinario, puede aumentar la transmisión del VIH y la Hepatitis B y provoca molestias al crecer el vello.	X	X	X
22. NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO. Permita la ingesta de líquidos azucarados.	X	X	X
23. NO COLOQUE VENOCCLISIS RUTINARIA, MANTENGA DITCH o valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto.	X	X	X
24. PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. No hay evidencia que apoye mantener la posición supina durante el primer período de la labor de parto. <ul style="list-style-type: none"> ▪ PRECAUCION: por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas. 	X	X	X
EVALUACION DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL.	NIVEL		
25. El Partograma (ANEXO 3) debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto.	X	X	X
26. En el segmento inferior de la hoja de partograma (recuadro 1 del anexo 3)haga el primer control y registro de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto. ▪ Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos. ▪ Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo. 	X	X	X

<p>27. en la cuadrícula principal del partograma controle y grafique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La curva de alerta de dilatación cervical: Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma (recuadro 2 del anexo 3) los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical. ▪ La curva real de dilatación cervical: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores. ▪ La curva de descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma (recuadro 3 del anexo 3). 	X	X	X
<p>28. Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente; ▪ tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta); ▪ cuello uterino mal adosado a la presentación fetal. ▪ No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo <p>El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.</p>	X	X	X

La progresión adecuada de la dilatación en el partograma permite generar la expectativa de espera para la segunda etapa de la labor de parto.

PROTOCOLO DE ATENCION DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO NORMAL: EXPULSIVO. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
PREPARATIVOS	I	II	III
1. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto dependiendo del nivel de resolución donde se va a atender el parto.	X	X	X
2. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
3. Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita el uso de la ropa según la costumbre y asegúrese que se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.	X	X	
4.- Brinde apoyo emocional continuo y la tranquiliza.	X	X	X
5. Póngase barreras protectoras para el médico y para la paciente.	X	X	X
EXPULSION DE LA CABEZA	NIVEL		
1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.	X	X	X
2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada	X	X	X

3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.	X	X	X
4. Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA. NO REALICE EPISIOTOMIA RUTINARIA a todas las mujeres. <ul style="list-style-type: none"> No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.	X	X	X
6. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.	X	X	X
7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSION.	X	X	X
8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.	X	X	X
9. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.	X	X	X
FINALIZACION DEL PARTO	NIVEL		
1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.	X	X	X
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	X
3. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.	X	X	X
4. Mueva hacia abajo la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.	X	X	X
5. Lleve la cabeza del bebé hacia arriba para extraer el hombro posterior.	X	X	X
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	X
7. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta. <ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento. 	X	X	X
8. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir. <ul style="list-style-type: none"> NO EXISTE APURO. NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
9. Estimule el inicio precoz de la lactancia. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X

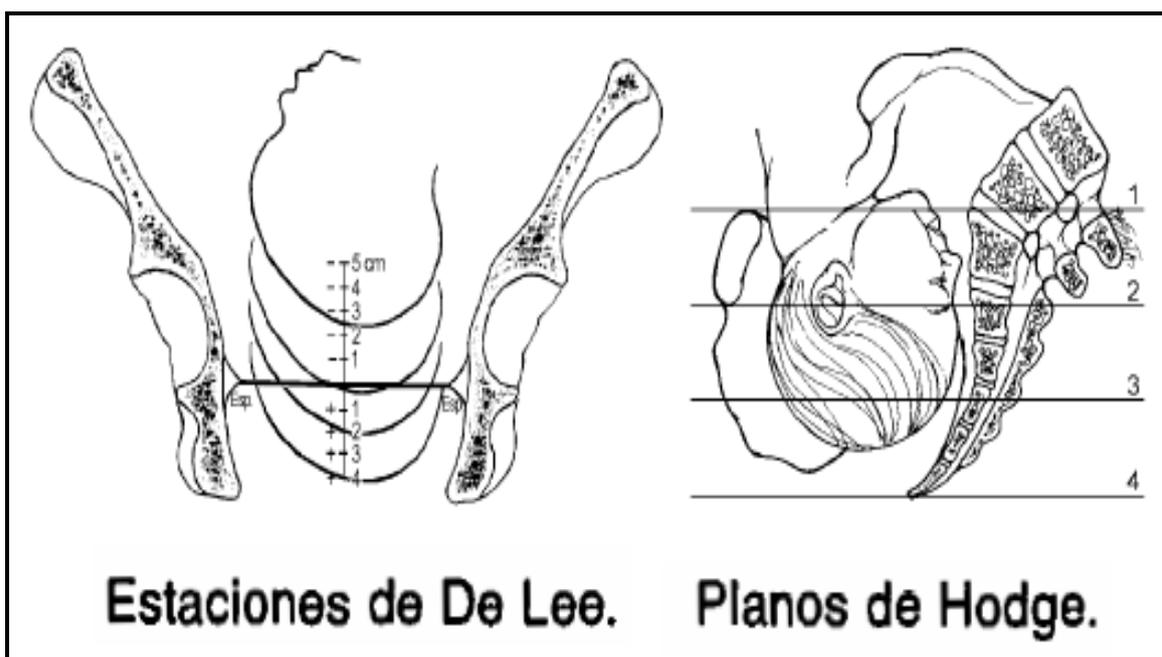
ATENCION DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACION DE UTEROTONICO.	NIVEL		
2. Administre oxitocina 10 unidades IM. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.	X	X	X
3. No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere	X	X	X

mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.			
4. Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO TRACCION CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL	NIVEL		
5. Acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	X
6. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	X
7. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	X
8. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero.	X	X	X
9. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	X
10. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.	X	X	X
11. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción para evitar la inversión uterina.	X	X	X
12. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.	X	X	X
13. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. MASAJE UTERINO	NIVEL		
14. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.	X	X	X
15. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	X
16. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	X
17. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
18. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrarreferencia).	X	X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO	NIVEL		
19. Antes de quitarse los guantes, elimina los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
20. Lávese las manos minuciosamente.	X	X	X
21. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO	X	X	X
22. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X

ANEXO 1. INDICE DE BISHOP

PUNTUACION		0	1	2	3
PARAMETRO	DILATAACION	0-1 cm	2-3 cm	4-5 cm	>5 cm
	BORRAMIENTO	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
	POSICION	POSTERIOR	CENTRAL	ANTERIOR	
	CONSISTENCIA	FIRME O DURA	INTERMEDIA O REBLANDECIDA	BLANDA O SUAVE	
	ALTURA DE LA PRESENTACION	ESTACIONES DE DE LEE			
		-3	-2	-1, 0	+1, +2
		PLANOS DE HODGE			
	MOVIL - I	II	III	IV	

Durante el examen vaginal valore la altura de la presentación y su descenso, usando las Estaciones de DeLee (expresadas en centímetros +o- desde el punto de referencia 0 correspondiente a las espinas ciáticas) o por los Planos de Hodge según el nivel de la presentación fetal en relación con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre.



INDICE DE BISHOP DESFAVORABLE: Igual o menor a 6.
INDICE DE BISHOP FAVORABLE: Mayor a 6.

SEGÚN RESULTADO PROCEDA A VIGILANCIA DE LA DILATAACION Y BORRAMIENTO O A DECIDIR MADURACION CERVICAL, INDUCCION O CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO.

ANEXO 2. VALORACION DE LA PELVIS FEMENINA ANTE O INTRAPARTO.

Durante el examen vaginal valore los diámetros de referencia de la pelvis femenina normal adecuada para un parto vaginal. Una reducción notoria en uno o más diámetros plantea la posibilidad de distocia (ver Distocias)

ESTRECHO SUPERIOR.	<p>Introduzca los dedos índice y medio en dirección al promontorio (unión de la quinta vértebra lumbar con la primera sacra) para valorar el diámetro conjugado obstétrico. DIAMETRO MINIMO: 10,5 cm.</p>	
	<p>Descienda sus dedos por la cara anterior del sacro para confirmar su concavidad.</p>	
ESTRECHOMEDIO.	<p>Al llegar al nivel de las espinas lateralice sus dedos para valorar la ESTRECHO prominencia de las espinas isquiáticas y el diámetro interespinoso. DIAMETRO MINIMO: 10 cm.</p>	
	<p>Descienda los dedos hasta la región de la prominencia sacro coxígea para valorar su prominencia o capacidad de retropulsión.</p>	
ESTRECHO INFERIOR O DE SALIDA	<p>Al salir de la vagina con sus dos dedos lateralizados valore el ángulo subpúbico. ANGULO NORMAL: 90 A 100°</p>	
	<p>Con el puño cerrado presione contra el periné a nivel de las tuberosidades isquiáticas. DIAMETRO MINIMO: 8 cm.</p>	

ANEXO 3. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL PARTOGRAMA

CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051. (REVERSO)

PLANEOS

1-4 5-7 8-10

3

11-14

2

1

11-14

2

1

11-14

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE ATENCION DEL PARTO:

- Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:285.e1-285.e4.
- Basevi, V; Lavender, T, Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2008.
- Ann E. Sprague, PhD, RN, Lawrence Oppenheimer, ET. AL, Knowledge to Action, Implementing a Guideline for Second Stage Labor, VOLUME 33 | NUMBER 3 May/June 2008.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;Issue 3.
- Reveiz, L. Gaitan, H G. Cuervo, L G. Enemas during labour.[update of *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000330; PMID: 10796195]. [Review], *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4):CD000330, 2007.
- World Health Organization (WHO). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Geneva: World Health Organization: Department of Making Pregnancy Safer, 2007.
- World Health Organization (WHO). MPS Technical Update: Prevention of postpartum haemorrhage by active management of the third stage of labour. Geneva: World Health Organization, 2006WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.
- Hopkins Johns, Ginecología Obstétrica, primera edición en español, Madrid – España; 2005. Editorial Marbán pag 81
- Katherine Hartmann, MD, PhD, Meera Viswanathan, PhD, et al. Outcomes of Routine Episiotomy A Systematic Review, *JAMA*, May 4, 2005—Vol 293, No. 17.
- Gupta J.K., Nikoden V.C. Position for women during second stage labour. *Cochrane reviews*. In: *The Cochrane Library*, volume (Issue I) 2003.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: *The Cochran Library*, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.
- Cuervo L.G., Rodríguez M.N., Delgado M.B. Enemas during labour (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- González X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G: Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto, *Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, Universidad de Carabobo, 2003. vol 7, n2.
- Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. *Int J Gynecol Obstet* 2003;82
- Brown S., Small R., Faber B., et all. Early posnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochane Library Issue* 4, 2002.
- WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guia para obstetras y medicos. Organización Mundial de la Salud, 2000. Traducción en español publicada en 2002 por la Organización Panamericana de la Salud.
- Kettle, C., Johanson, RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. [Systematic Review] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue Issue 1, 2002.
- Carroli G. et al. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. In: *the Cochrane Library*, Issue 1, 2002.
- Lauzon, L.; Hodnett . Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002.
- Sikorsky J., Renfrew M.J., Pindoria S., Wade A. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Library*. Iss 4, 2002.
- Roodt: Pushing leaving down methods used during the second stage of labor. *The Cochrane Library*, Vol 1. 2002.
- Bugalho A, Daniel A, Faúndes A, Cunha M. Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. *Int J Gynec Obstet* 2001;73:1–6.
- Darney PD. Misoprostol: A boon to safe motherhood...or not? [commentary]. *Lancet* 2001;358:682–683.
- Goldberg AB, Greenberg MA, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med* 2001;344:38–47.

- Gülmezoglu AM et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689–695.
- Stamp G., Kruzins G., Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *B.M.J.* 2001; 322 (72979):1277-80.
- McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
- Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1)
- Hodnett E.D. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Sys Rev* 2000; (2): CD000199.
- Howell C.J. Epidural versus non epidural analgesia for pain relief in labour. *Cochrane Database Sys Rev* 2000; (2).

INDUCCION Y CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O61	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO
O61.0	Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto (por oxitócicos, prostaglandinas)
O61.1	Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto (mecánica, quirúrgica)
O61.8	Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto
O61.9	Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 90	Parto normal/recién nacido vivo

DEFINICIONES

INDUCCION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulación del útero para iniciar el trabajo de parto.
CONDUCCION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.
MADURACION DEL CUELLO UTERINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración terapéutica de prostaglandinas que permite mejorar la puntuación del Índice de Bishop para el uso de oxitocina de manera efectiva.
TRABAJO DE PARTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se considera que se ha establecido un patrón de trabajo de parto adecuado cuando hay tres contracciones en 10 minutos, cada una de 40 segundos de duración, con una intensidad acorde a la duración.
HIPERESTIMULACION UTERINA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad uterina exagerada en frecuencia (taquisistolia: 5 contracciones en 10 minutos) y en tono (hipertonía uterina: tono sobre 20 mm Hg).

DIAGNOSTICO DE INDUCCION Y CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicación de finalización del embarazo. ▪ Sintomatología anormal de trabajo de parto (fase latente o activa). ▪ Dinámica uterina ausente o con poca actividad ▪ Ausencia de otra sintomatología de trabajo de parto
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold ▪ Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. ▪ Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop. (Protocolo de parto normal – Anexo 1) ▪ Tacto vaginal para determinación de proporción pélvica.

	(Protocolo de parto normal – Anexo 2)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen especular para determinar distocias de partes blandas cervicales o vaginales. ▪ Auscultación fetal por cualquier método.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cristalografía previa al tacto vaginal si sospecha RPM. ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). ▪ Ecografía.

INDUCCION Y CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE LABOR DE PARTO: INDUCCION (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
INDICACION DE FINALIZACION DEL EMBARAZO.	I	II	III
<p>1. Asegúrese de que exista <u>INDICACIÓN</u> para la inducción del trabajo de parto:</p> <p>Indicaciones absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RPM sin comienzo espontáneo de la labor de parto. ▪ Trastorno hipertensivo gestacional. ▪ Estado fetal no satisfactorio. ▪ Embarazo prolongado >42 semanas. ▪ Muerte fetal intrauterina. ▪ Ruptura Prematura de Membranas. ▪ Corioamnionitis. ▪ Otras condiciones médicas maternas: diabetes mellitas, enfermedad pulmonar o renal crónica, neuropatía, neoplasias. <p>Indicaciones relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EAT con historia de trabajo de parto rápido. ▪ Dificultad de acceso geográfico a servicios de salud para mujeres que viven lejos. Conocer con seguridad la edad gestacional y la madurez pulmonar. <p>Una inducción fallida por mala indicación generalmente conduce a una cesárea y compromete el bienestar materno y fetal.</p>	X	X	X
<p>2. Descarte <u>CONTRAINDICACIONES</u> para inducción de trabajo de parto:</p> <p>Contraindicaciones uterinas para inducción de trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cicatriz uterina previa. ▪ Placenta previa. ▪ Sangrados de la segunda mitad del embarazo. ▪ Sobredistensión por embarazo múltiple o polihidramnios. <p>Contraindicaciones fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Macrosomía. ▪ Anomalías fetales: hidrocefalia (DCP). ▪ Presentación anómala: pelviano, transverso. ▪ Bienestar fetal comprometido. ▪ Prolapso y procúbito de cordón. <p>Contraindicaciones maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gran múltipara ▪ Anatomía pelviana desfavorable (DCP) ▪ Trastornos médicos seleccionados: herpes genital activo, condilomatosis importante del canal vaginal. ▪ Enfermedad cardíaca de la madre 	X	X	X
<p>3. DESCARTE UNA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA. Aplique una evaluación de la pelvis femenina (Anexo 2 – Protocolo del parto normal).</p>	X	X	X

<p>4. EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: El resultado satisfactorio de la inducción del trabajo de parto está relacionado con el estado del cuello uterino al comienzo de la inducción. Para evaluar el estado del cuello uterino, se realiza un examen del mismo y se asigna una puntuación basada en la Escala de Bishop (Parto Normal Anexo 1)</p>	X	X	X
<p>5. Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación de 6 ó menos), se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando PROSTAGLANDINAS (maduración) antes de la inducción con oxitocina. El cuello uterino desfavorable o sin modificaciones después de 12 a 24 horas es menos frecuente con el uso de misoprostol previo al uso de oxitocina. El misoprostol vaginal es más efectivo que otros métodos convencionales de maduración cervical y de inducción del trabajo de parto.</p>	X	X	X
<p>6. Si el cuello uterino es favorable (puntuación de 6 ó más), se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con OXITOCINA.</p>	X	X	X
<p>7. Si la paciente tiene indicación de terminación del embarazo y no tiene contraindicación para el uso de uterotónicos disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicación de este protocolo.</p>	X	X	X

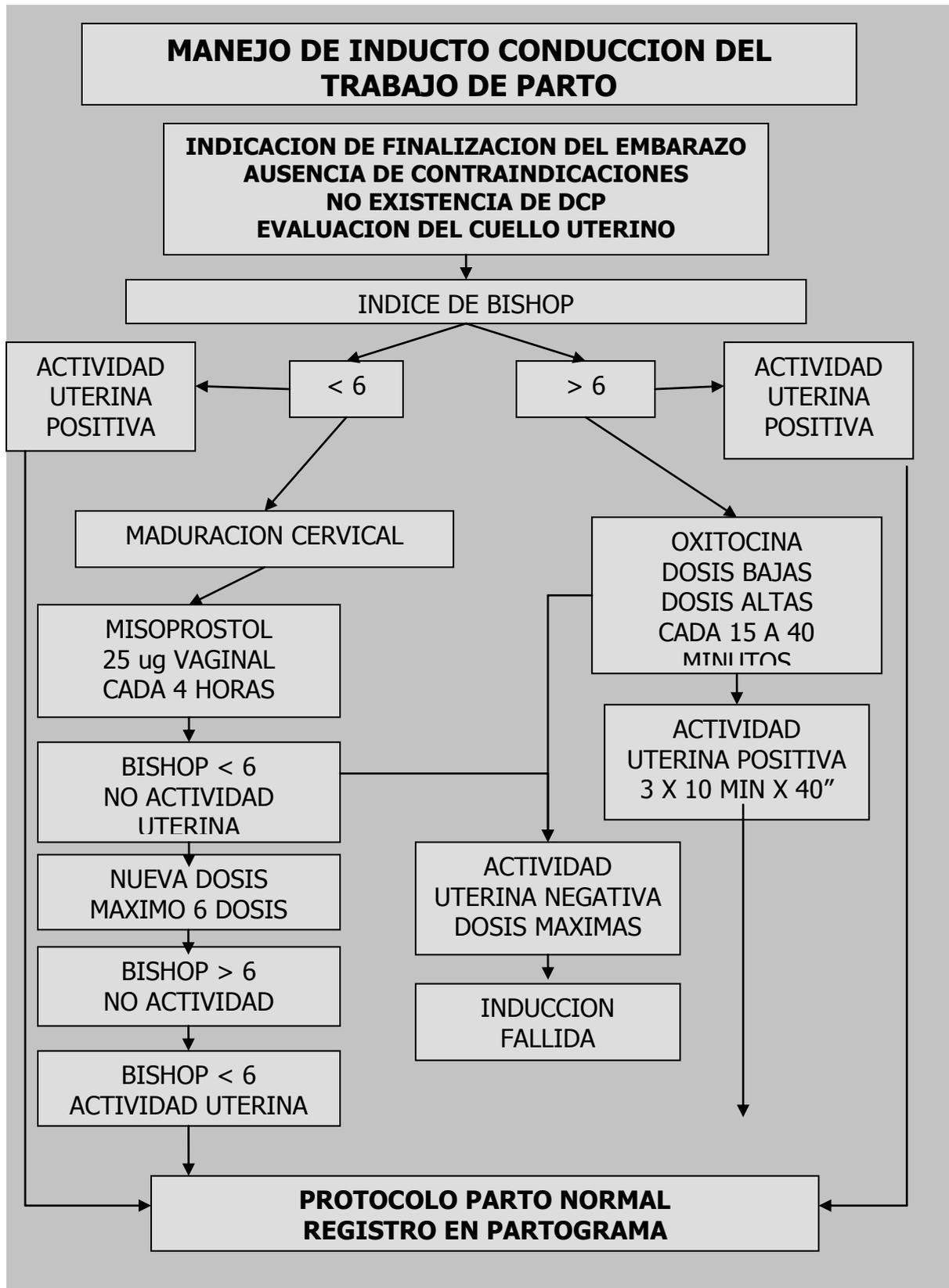
INDUCCION/MADURACION CON PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL)	NIVEL		
<p>8. USOS DEL MISOPROSTOL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Madurar el cuello del útero para mejorar la puntuación del Índice de Bishop. ▪ Secundariamente puede iniciar actividad uterina en un útero inactivo. <p>Misoprostol vaginal para la inducción de trabajo de parto se asocia con un menor uso de analgesia epidural, con mayores posibilidades de lograr un parto vaginal en un lapso de 24 horas y con un aumento en la hiperestimulación uterina.</p>		X	X
<p>9. CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE MISOPROSTOL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alergia o hipersensibilidad a las prostaglandinas. ▪ disfunción hepática severa. ▪ coagulopatías o tratamiento con anticoagulante. 		X	X
<p>10. DOSIS DE MISOPROSTOL: PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La dosis eficaz de misoprostol varía para cada mujer. ▪ La administración más efectiva para inducir el parto es la vaginal. ▪ La administración es dosis respuesta, con dosis sucesivas. ▪ La administración se mantiene hasta establecer un Índice de Bishop de 6 o más. ▪ No administrar una nueva dosis de misoprostol, si hay actividad uterina igual o mayor a 2 contracciones en 10 minutos. ▪ Use oxitocina exclusivamente si han transcurrido 4 horas de última dosis de misoprostol. ▪ El útero debe relajarse entre una contracción y otra. ▪ La hiperestimulación es más frecuente con misoprostol que con oxitocina, puede producir sufrimiento fetal y excepcionalmente rotura uterina. ▪ Se debe disponer de tocolíticos para tratar una taquisistolia y/o hipertensión. ▪ Se debe disponer de sala de operaciones para efectuar una cesárea de urgencia. (nivel II y III). No use el misoprostol en el Nivel I. 		X	X

REGIMEN DE MISOPROSTOL CON FETO VIVO.								
REGIMEN	EDAD GESTACIONAL	DOSIS INICIAL	NUEVA DOSIS	INTERVALO DE DOSIS	DOSIS MAXIMA			
Misoprostol	27-42 semanas	25 ug	25 ug	4 horas mínimo	6 dosis			
Misoprostol	13-26 semanas	50 ug	50 ug	4 horas	6 dosis			
ACOG. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin tener indicaciones estrictas, las dosis altas como 50 ug pueden ser utilizadas en embarazos pretérmino o no viables con mejor respuesta que la dosis de 25 ug. ▪ Las dosis de 50 ug son igual de efectivas pero tienen mayor riesgo de hiperestimulación uterina que las de 25 ug. ▪ Las dosis altas deben preferirse para embarazos de alto riesgo con indicación de finalización rápida del embarazo. 							X	X
11. Escoja e inicie el régimen que considere más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto.							X	X
12. Administre dosis sucesivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido hasta que se alcance la dosis máxima o se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o mejore la puntuación del Índice de Bishop.							X	X
13. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer. Verifique la frecuencia cardíaca fetal por cualquier método cada 30 minutos y registre en el partograma.							X	X
14. Asegúrese de registrar los siguientes hallazgos en un partograma cada 30 minutos <ul style="list-style-type: none"> ▪ velocidad de infusión de la oxitocina; ▪ duración y frecuencia de las contracciones; ▪ frecuencia cardíaca fetal por cualquier método después de que la contracción ha cesado. <p>Si la frecuencia cardíaca fetal no es tranquilizadora o sospecha compromiso del bienestar fetal detenga la infusión, valore la situación y la vía de finalización del embarazo.</p> <p>Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cinco contracciones en 10 minutos, retire la tableta del fondo de saco vaginal, coloque a la mujer en decúbito lateral izquierdo y considere el uso de tocolíticos.</p>							X	X
15. Si no se establece un aumento en la puntuación de Bishop a las dosis máximas , considere una inducción / maduración fallida y realice una cesárea.							X	X
16. Si aumenta la puntuación de Bishop inicie administración de oxitocina luego de 4 horas de la última dosis de misoprostol.						X	X	X
17. Si se desarrolla actividad uterina de 2 en 10 minutos no adicione Oxitocina.						X	X	X

INDUCCION CON OXITOCINA					NIVEL																																									
1. USOS DE LA OXITOCINA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar actividad uterina en un útero inactivo. ▪ Regular una actividad uterina que no cumple el requisito de 3 contracciones en 10 minutos. ▪ Intensificar una actividad uterina que no cumple la duración de 40 segundos para cada contracción. 					X	X																																								
2. DOSIS DE LA OXITOCINA: PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La dosis eficaz de oxitocina varía para cada mujer. ▪ La administración es IV diluida en dextrosa 5% o solución salina 0.9%. ▪ La administración es dosis respuesta, con aumentos graduales de la dosis y velocidad de infusión. ▪ La administración se mantiene hasta establecer un trabajo de parto regular (3 contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración). ▪ Mantenga esta velocidad hasta el momento del parto. ▪ El útero debe relajarse entre una contracción y otra. ▪ La hiperestimulación puede producir sufrimiento fetal y excepcionalmente rotura uterina. 					X	X																																								
3. REGIMEN DE OXITOCINA. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>REGIMEN</th> <th>DOSIS INICIAL (mU/min)</th> <th>AUMENTO DE DOSIS</th> <th>INTERVALO DE DOSIS (MIN)</th> <th>DOSIS MAXIMA (mU/min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DOSIS BAJAS</td> <td>0,5 – 1</td> <td>1</td> <td>30 – 40</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>DOSIS BAJAS</td> <td>1 – 2</td> <td>2</td> <td>15</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>DOSIS ALTAS</td> <td>6</td> <td>6, 3, 1</td> <td>15 - 40</td> <td>42</td> </tr> </tbody> </table> <p>ACOG. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.</p> <p>Si realizamos una dilución de 1 ampolla de oxitocina de 10 UI en una solución salina de 1000 cc, la correspondencia con cada régimen es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>REGIMEN</th> <th>DOSIS INICIAL (mU/min)</th> <th>AUMENTO DE DOSIS</th> <th>INTERVALO DE DOSIS (MIN)</th> <th>DOSIS MAXIMA (Mu/min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DOSIS BAJAS</td> <td>1-2 gotas/min 3 – 6 cc/hora</td> <td>2 gotas/min 6 cc/hora</td> <td>30 – 40</td> <td>40 gotas/min 120 cc/hora</td> </tr> <tr> <td>DOSIS BAJAS</td> <td>2-4 gotas/min 6-12 cc/hora</td> <td>4 gotas/min 12 cc/hora</td> <td>15</td> <td>80 gotas/min 240 cc/hora</td> </tr> <tr> <td>DOSIS ALTAS</td> <td>12 gotas/min 36 cc/hora</td> <td>12 gotas/min 36 cc/hora</td> <td>15 - 40</td> <td>84 gotas/min 252 cc/hora</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin tener indicaciones estrictas, las dosis bajas deben ser preferidas para embarazos pretérminos, multigestas, embarazos con riesgo de hiperestimulación o para la succión del trabajo de parto. ▪ Las dosis altas deben preferirse para embarazos de alto riesgo con indicación de terminación en <12 horas, primigestas, o muerte fetal. ▪ Las dosis altas tienen mayor riesgo de hiperestimulación uterina 					REGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MAXIMA (mU/min)	DOSIS BAJAS	0,5 – 1	1	30 – 40	20	DOSIS BAJAS	1 – 2	2	15	40	DOSIS ALTAS	6	6, 3, 1	15 - 40	42	REGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MAXIMA (Mu/min)	DOSIS BAJAS	1-2 gotas/min 3 – 6 cc/hora	2 gotas/min 6 cc/hora	30 – 40	40 gotas/min 120 cc/hora	DOSIS BAJAS	2-4 gotas/min 6-12 cc/hora	4 gotas/min 12 cc/hora	15	80 gotas/min 240 cc/hora	DOSIS ALTAS	12 gotas/min 36 cc/hora	12 gotas/min 36 cc/hora	15 - 40	84 gotas/min 252 cc/hora	X	X
REGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MAXIMA (mU/min)																																										
DOSIS BAJAS	0,5 – 1	1	30 – 40	20																																										
DOSIS BAJAS	1 – 2	2	15	40																																										
DOSIS ALTAS	6	6, 3, 1	15 - 40	42																																										
REGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	AUMENTO DE DOSIS	INTERVALO DE DOSIS (MIN)	DOSIS MAXIMA (Mu/min)																																										
DOSIS BAJAS	1-2 gotas/min 3 – 6 cc/hora	2 gotas/min 6 cc/hora	30 – 40	40 gotas/min 120 cc/hora																																										
DOSIS BAJAS	2-4 gotas/min 6-12 cc/hora	4 gotas/min 12 cc/hora	15	80 gotas/min 240 cc/hora																																										
DOSIS ALTAS	12 gotas/min 36 cc/hora	12 gotas/min 36 cc/hora	15 - 40	84 gotas/min 252 cc/hora																																										
4. Escoja e inicie el régimen que considera más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto.					X	X																																								
5. Realice elevaciones de dosis progresivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido.					X	X																																								
6. Aumente la velocidad de infusión hasta que se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o se alcance la dosis máxima de infusión.					X	X																																								
7. Cuando la dosis infundida de oxitocina haya producido un patrón de trabajo de parto regular, mantenga la misma velocidad de infusión hasta el parto.					X	X																																								

8. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y verifique la frecuencia cardíaca fetal según registro del partograma.		X	X
<p>9. Asegúrese de registrar los siguientes hallazgos en un partograma cada 30 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ velocidad de infusión de la oxitocina; ▪ duración y frecuencia de las contracciones; ▪ frecuencia cardíaca fetal por cualquier método después de que la contracción ha cesado. <p>Si la frecuencia cardíaca fetal no es tranquilizadora o sospecha compromiso del bienestar fetal detenga la infusión, valore la situación y la vía de finalización del embarazo.</p> <p>Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cinco contracciones en 10 minutos, detenga la infusión y considere el uso de tocolíticos.</p>		X	X
10. Si no se establece un buen patrón de contracciones a una velocidad de infusión máxima , considere una inducción fallida y realice una cesárea.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE INDUCCION Y CONDUCCION DE LA LABOR DE PARTO:

- Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial Jodie M Dodd, Caroline A Crowther and Jeffrey S Robinson BMJ 2006;332;509-513; originally published online 2 Feb 2006;
- Jodie M Dodd, Caroline A Crowther, Jeffrey S Robinson. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. BMJ VOLUME 332 4 Marzo 2006. www.bmj.com
- Evangelos G Papanikolaou, Nikos Plachouras, Aikaterini Drougia, Styliani Andronikou, Christina Vlachou, Theodoros Stefos, Evangelos Paraskevaidis and Konstantinos Zikopoulos1 Comparison of Misoprostol and Dinoprostone for elective induction of labour in nulliparous women at full term: A randomized prospective study Reproductive Biology and Endocrinology 12 July 2004, 2:70 doi:10.1186/1477-7827-2-70
- Afolabi BB, Oyeneyin OL, Ogedengbe OK. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for cervical ripening and induction of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2005 Jun;89(3):263-7. Epub 2005 Apr 2.
- Monique G. Lin, et al. Misoprostol for Labor Induction in Women With Term Premature Rupture of Membranes. Obstetrics & Gynecology 2005;106:593-601 © 2005 by The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois Am Fam Physician 2003;67:2123-8. Copyright© 2003 American Academy of Family Physicians.
- JOSIE L. TENORE, M.D., S.M., Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor.MAY 15, 2003 / VOLUME 67, NUMBER 10. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN
- The New England Journal of Medicine, Alisa B. Goldberg, M.D., Mara B. Greenberg, B.S., and Philip D. Darney, M.D, Misoprostol and Pregnancy, Volumen 344:38-47 January 4, 2001 Number 1
- Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. MONA LYDON-ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D. N Engl J Med, Vol. 345, No. 1, July 5, 2001
- Boulvain M., Stan C, Irion O. Membranes weeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2001;2.
- Tan BP, Kelly AJ. Intravenous oxytocin alone for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2001;3.
- Botha DJ, Howarth GR. Oxytocin and amniotomy for induction of labour. Cochrane Database Syst. Rev2001;2.
- Hofmeyer GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (Cochrane review). In: Cochrane Library, Issue 3, 2000.

PARTO DISTOCICO

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA
O33.0	Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre
O33.1	Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis
O33.2	Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis
O33.3	Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis
O33.4	Atención materna por desproporción fetopelviana de origen mixto, materno y fetal
O33.5	Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande
O33.6	Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico
O33.7	Atención materna por desproporción debida a otra deformidad fetal (debido a ascitis, hidropesia, tumor, mielomenin)
O33.8	Atención materna por desproporción de otro origen
O33.9	Atención materna por desproporción de origen no especificado (cefalopélvica, fetopélvica)
O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS
O34.0	Atención materna por anomalía congénita del útero (útero bicorne, doble)
O34.1	Atención materna por tumor del cuerpo del útero (fibroma, pólipo)
O34.2	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
O34.3	Atención materna por incompetencia del cuello uterino (cerclaje del cuello, sutura de shirodkar)
O34.4	Atención materna por otra anomalía del cuello uterino (cirugía previa, estrechez, pólipo, tumor)
O34.5	Atención materna por otras anomalías del útero grávido (incarceración, prolapso, retroversión)
O34.6	Atención materna por anomalía de la vagina (cirugía previa, estenosis, estrechez, tabique, tumor)
O34.7	Atención materna por anomalía de la vulva y del perineo (cirugía previa, fibrosis, perineo rígido, tumor de vulva)
O34.8	Atención materna por otras anomalías de los órganos pelvianos (abdomen en péndulo, cistocele, retrocele, rep)
O34.9	Atención materna por anomalía no especificada de órgano pelviano
O35	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDAD O LESIÓN FETAL, CONOCIDA O PRESUNTA
O35.0	Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central en el feto (anencefalia, espina bífida)
O35.1	Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto
O35.2	Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto
O35.3	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre
O35.4	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol
O35.5	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas
O35.6	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a radiación
O35.7	Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos (biopsias, amniocentesis, diu)
O35.8	Atención materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales (listeriosis, toxoplasmosis materna)
O35.9	Atención materna por (presunta) anomalía y lesión fetal no especificada
O36	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 90	Parto normal/recién nacido vivo
W 91	Parto normal/r.n. muerto
W 92	Parto complicado/r.n. vivo
W 93	Parto complicado/r.n. muerto

DEFINICIONES

DISTOCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se define por distocia a una dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal.
DISTOCIAS ÓSEAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración de la forma, dimensión o inclinación de la pelvis materna que dificulta o imposibilita un parto normal.
DISTOCIAS DE PARTES BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración de los tejidos blandos que participan en la labor de parto y cuya disfunción anatómico estructural dificulta el trabajo de parto normal. ▪ Comprende alteraciones en útero, cuello del útero, vagina, vulva y periné; habitualmente se deben a tumores, cicatrices, atresias, tabiques u otras malformaciones congénitas o tumorales genitales o extragenitales.
DISTOCIAS DE CAUSAS FETALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DISTOCIAS DE PRESENTACION: Alteraciones de la posición fetal que dificultan o imposibilitan un parto normal, las más desfavorables son las situaciones oblicuas y transversas, se incluyen la presentación pelviana, variedades occipito posteriores y deflexión de la cabeza fetal. ▪ Alteraciones anatómico funcionales del feto(s): hidrocefalia, malformaciones abdominales o neurológicas, siameses.
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de relación apropiada entre los componentes cefálico y pélvico, pelvis muy pequeña y feto demasiado grande. Una distocia de partes óseas, blandas o fetales nos lleva al diagnóstico de DCP y puede llevar a un parto obstruido.
DISTOCIA DINÁMICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjunto de alteraciones de la contracción uterina que interfieren en la normal progresión del parto.
FASE LATENTE PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duración de la labor de parto latente más de 20 horas en las nulíparas y 14 horas o más en las multíparas.
PROGRESO INSATISFACTORIO DE LA FASE ACTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la dilatación del cuello del útero es menor a 1 cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso en fase activa de la labor de parto.
FASE EXPULSIVA PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación completa del cuello uterino, la mujer tiene deseos de pujar sin conseguir descenso en la presentación durante 1 hora.
DISTOCIA DE HOMBROS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cabeza del feto ha sido expulsada pero los hombros están atorados y no se pueden extraer. Es una anomalía que no se puede predecir pero que se sospecha en fetos macrosómicos.

DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO DISTOCICO SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente de trauma, fractura o cirugía pélvica, lumbar o de extremidades inferiores que determinen alteración del anillo pélvico óseo. ▪ Antecedente de alteración de los órganos blandos que obstruyan o dificulten la dilatación por tumores, cicatrices, atresias, tabiques u otras malformaciones congénitas o tumorales genitales o extragenitales. ▪ Antecedente en embarazo actual de macrosomía, malformaciones fetales o malposición fetal hasta la semana 36-37 diagnosticada por clínica o por ecografía. ▪ Sintomatología de labor de parto (fase latente o activa)
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold ▪ Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. ▪ Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop. ▪ Tacto vaginal para determinación de proporción pélvica. ▪ Examen especular para determinar distocias de partes blandas cervicales o vaginales. Registro en partograma para detección de distocias dinámicas. ▪ Auscultación fetal por cualquier método
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cristalografía previa al tacto vaginal si sospecha RPM. ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo). ▪ Ecografía si está disponible.

TRATAMIENTO DEL PARTO DISTOCICO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DISTOCICO DISTOCIAS DE PARTES OSEAS, BLANDAS Y FETALES, DINAMICAS Y DE HOMBROS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES			
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial y labor de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.	X	X	X

5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones anatómicas uterinas (DISTOCIA DE PARTES BLANDAS Y OSEAS).	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías. (DISTOCIA DE PRESENTACION FETAL).	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	X
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.	X	X	X
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar.	X	X	X
13. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical. ▪ Borramiento cervical. ▪ Consistencia del cuello. ▪ Posición del cuello. ▪ Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Coloración del líquido amniótico (Parto normal - Anexo 1 Índice de Bishop) ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Parto normal - Anexo 2 Valoración de la pelvis): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. ▪ Si no son proporcionales indique DISTOCIA POR DCP O DISTOCIA OSEA. 	X	X	X
14. Con el diagnóstico de distocia por DCP indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto, en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se encuentran alteraciones de partes óseas que generen obstrucción, reducción de los diámetros pélvicos óseas o asimetría de los mismos, ▪ Si se encuentran alteraciones de partes blandas que generen obstrucción o sangrado, ▪ Si se tiene antecedentes de control prenatal con anomalías fetales diagnosticadas por ecografía, ▪ Si se encuentra alteración de los diámetros fetales que determinen un aumento de los mismos por hidrocefalia o visceromegalia malformaciones abdominales o neurológicas, siameses, ▪ Si se detecta una anomalía de presentación: producto en transversal, oblicuos o deflexión fetal. 	X	X	X
15. Si la paciente es diagnosticada de distocia disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicar el	X	X	X

protocolo de manejo del parto por cesárea. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.			
DISTOCIAS DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. FASE LATENTE PROLONGADA.	NIVEL		
16. Si la duración de esta fase es prolongada, descarte contraindicaciones para inducción de labor de parto.		X	X
17. NO REALICE AMNIOTOMIA O ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS, NO TRAE VENTAJAS SIGNIFICATIVAS Y ES POTENCIALMENTE PELIGROSO PARA EL FETO.		X	X
18. Determine el Índice de Bishop y proceda según criterio obstétrico por parto acorde con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bishop < 6 Maduración cervical. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA. 		X	X
DISTOCIAS DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. PROGRESO INSATISFACTORIO DE LA DILATACIÓN	NIVEL		
19. El Partograma (Parto normal - Anexo 3) debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal para evaluar registrar y controlar el progreso de la labor hasta el momento del parto.		X	X
20. Si la dilatación del cuello del útero es menor a 1 cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso, proceda a reevaluar para descartar DISTOCIA DE PRESENTACION.		X	X
21. Si se descarta distocia de presentación, confirme la frecuencia de la actividad uterina: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si actividad uterina <2 por 10 minutos con duración de menos de 40 segundos: CONDUCCION CON OXITOCINA. (Ver Inducto conducción de labor de parto). ▪ Si actividad uterina regular de 3 por 10 minutos indique la necesidad de una cesárea. ▪ Para decidir un parto por cesárea en una labor detenida en el primer periodo debe asegurarse que la paciente tuvo contracciones uterinas adecuadas por <u>cuatro horas</u> usando conducción con oxitocina. 		X	X
22. Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente. ▪ tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta). ▪ cuello uterino mal adosado a la presentación fetal. ▪ no descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo. El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto obstruido con compromiso materno y fetal.		X	X
DISTOCIAS DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO FASE EXPULSIVA PROLONGADA	NIVEL		
23. Valore la posibilidad de DCP si tras 1 hora de deseo de pujos no se consigue un avance de al menos 1 cm/hora en el descenso de la presentación.		X	X
24. Si la paciente es diagnosticada de distocia disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicar el protocolo de manejo del parto por cesárea.		X	X
25. Si se consigue la expulsión de la cabeza fetal, continúe con el protocolo de atención de parto de bajo riesgo.		X	X
FINALIZACION DEL PARTO	NIVEL		

26. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa		X	X
27. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.		X	X
28. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.		X	X
29. Sospeche DISTOCIA DE HOMBROS si: <ul style="list-style-type: none"> La cabeza fetal se ha expulsado, pero sigue adosada a la vulva con firmeza. El mentón se retrae y oprime el perineo. Ejerciendo tracción sobre la cabeza no se logra hacer salir el hombro, que está atorado detrás de la sínfisis del pubis.		X	X
30. Pida ayuda, mantenga la calma, no deje de tener contacto verbal de apoyo con la paciente y su acompañante o familiar.		X	X
31. Comunique inmediatamente a Neonatología para reanimación neonatal,		X	X
32. Proceda a realizar las siguientes maniobras: <ul style="list-style-type: none"> Realice episiotomía para reducir la obstrucción que causan los tejidos blandos y dejar espacio para la manipulación. Pídale a la mujer que acostada de espaldas, flexione ambos muslos y lleve las rodillas hacia el pecho, lo más cerca que pueda (Maniobra de Mc. Roberts). Pida a dos asistentes que empujen las rodillas flexionadas firmemente hacia el pecho. Aplique una tracción firme y continua hacia abajo sobre la cabeza fetal para mover el hombro que está en situación anterior debajo de la sínfisis del pubis; Evite ejercer tracción excesiva sobre la cabeza, ya que puede producir una lesión en los plexos braquiales; Pida a un asistente que aplique simultáneamente presión suprapúbica hacia abajo para ayudar a que el hombro sea expulsado; No aplique presión sobre el fondo del útero. Esto encajará aún más el hombro y puede ocasionar una rotura uterina.		X	X
33. Si el hombro todavía no se ha expulsado: <ul style="list-style-type: none"> Provisto de guantes estériles introduzca una mano en la vagina; Aplique presión al hombro que está en situación anterior, en dirección al esternón del bebé para hacer girar el hombro y disminuir el diámetro de los hombros; Si es necesario, aplique presión al hombro que está posterior, en dirección al esternón del bebé.		X	X
34. Si el hombro todavía no se ha expulsado a pesar de las medidas anteriores: <ul style="list-style-type: none"> Introduzca una mano en la vagina; Sujete el húmero del brazo que está en situación posterior y, manteniendo el brazo flexionado en el codo, deslícelo transversalmente sobre el pecho. Esto permitirá que haya espacio para que el hombro que está en situación anterior pueda moverse debajo de la sínfisis del pubis		X	X
35. Si con todas las medidas anteriores no se logra expulsar el hombro habría, entre otras, las opciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Fracturar la clavícula para reducir el ancho de los hombros y liberar el hombro que está en situación anterior; Aplicar tracción en la axila con un gancho, para extraer el brazo que está en situación posterior.		X	X
36. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.		X	X
37. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre. Seque al bebé por completo limpie los ojos y evalúe su respuesta.		X	X
38. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir. NO EXISTE APURO. NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL.		X	X

Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051			
39. Estimule el inicio precoz de la lactancia. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051			
ATENCION DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ALUMBRAMIENTO	NIVEL		
40. No difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo		X	X
41. NO OLVIDE REALIZAR MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO, LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051		X	X

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE PARTO DISTOCICO:

- Shields S, Ratcliffe S, Fontaine P, Leeman L: Dystocia In Nulliparous Women, Am Fam Physician 2007;75:1671-8.
- Alderson P, Green S, Higgins JPT, editors. Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2 [updated March 2004]. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder dystocia. American Family Physician 2004;69(7):1707-4.
- Sokol RJ, Blackwell SC, for the American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins–Gynecology. ACOG practice bulletin no. 40: shoulder dystocia. November 2002 (replaces practice pattern no. 7, October 1997). Int J Gynaecol Obstet 2003;80:87-92.
- Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy causation: a historical perspective. Birth 2003;29:52-4.
- González X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G: Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto, Salus Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, 2003. vol 7, n2.
- Evans-Jones G, Kay SP, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A, Hernon C. Congenital brachial plexus injury: incidence, causes and outcome in the UK and Republic of Ireland. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F185-9.
- Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy without shoulder dystocia. Int J Gynaecol Obstet 2002;78:253-6.
- Beall M, Spong C, Ito K, Ross M. Does prophylactic use of mcroberts maneuver and supra pubic pressure hasten shoulder delivery in the macrosomic fetus [abstract]. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;187:S169.
- Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002.
- Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002.
- Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002.
- Clements RV. Shoulder dystocia. In: Clements RV, editor. Risk Management and Litigation in Obstetrics and Gynaecology. London: RSM Press in association with RCOG Press; 2001. p. 224-35.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Searching for Evidence. Clinical Governance Advice No. 3. London: RCOG; 2001.
- Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcomes of babies weighing more than 4.5 kg: an analysis by parity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;92:229-33.
- Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4.5 kg: analysis by parity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;92:229-33.

PARTO EN PELVIANA

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O80	PARTO
O80.1	Parto único espontáneo, presentación de nalgas o podálica
O80.8	Parto único espontáneo, otras presentaciones
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 92	Parto complicado/r.n. vivo
W 93	Parto complicado/r.n. muerto

DEFINICIONES

PRESENTACIÓN DE NALGAS	La presentación fetal corresponde a las nalgas y/o los pies. En el examen abdominal, se palpa la cabeza en el fondo uterino y las nalgas en el reborde pélvico.
PRESENTACIÓN DE NALGAS COMPLETA (FLEXIONADA)	Presentación con ambas piernas flexionadas en las caderas y en las rodillas.
PRESENTACIÓN FRANCA DE NALGAS (EXTENDIDA)	Presentación con ambas piernas extendidas en las caderas y extendidas en las rodillas.
PRESENTACIÓN PODÁLICA O DE PIES	Presentación con una o ambas piernas flexionadas en la cadera y en las rodillas.

DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN PELVIANA SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL.

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salida de tapón mucoso. ▪ Salida de líquido amniótico. ▪ Dolor abdominal tipo contracciones. ▪ Antecedente o no de control prenatal de posición anómala.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold ▪ Diagnóstico y confirmación de la labor de parto. ▪ Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop. ▪ Valoración del tipo de presentación pelviana. ▪ Auscultación de FCF por cualquier método en el hemiabdomen superior de la madre. ▪ En el examen vaginal durante el trabajo de parto se sienten las nalgas y/o los pies; si hay membranas rotas es esperado que aparezca meconio con la exploración.
EXAMENES DE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo fetal electrónico (si dispone del equipo).

- LABORATORIO** ▪ Ecografía si tiene dudas de la presentación sospechada por clínica.

TRATAMIENTO DEL PARTO EN PELVIANA

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN PELVIANA DILATACION Y BORRAMIENTO	NIVEL		
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)			
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES.	I	II	III
1. Realice los mismos pasos del protocolo de manejo del parto normal o de vértice para la etapa de dilatación y borramiento.	X	X	X
2. Grafique y registre todos los hallazgos en el Partograma (Ver Anexo 3 de Protocolo de Atención del Parto) en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN PELVIANA EXPULSIVO.	NIVEL		
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)			
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES	I	II	III
PARTO DE NALGAS			
▪ Revise las indicaciones. Verifique que estén presentes todas las condiciones para un parto de nalgas vaginal que no plantee riesgos.		X	X
1. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.		X	X
2. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.		X	X
3. Brinde apoyo emocional continuo.		X	X
PRESENTACIÓN DE NALGAS COMPLETA O FRANCA	NIVEL		
EXTRACCIÓN DE LAS NALGAS Y LAS PIERNAS			
4. Una vez que las nalgas han entrado en la vagina y el cuello uterino está totalmente dilatado, diga a la mujer que puede pujar con fuerza con las contracciones.		X	X
5. Si el perineo es muy estrecho , realice una episiotomía selectiva.		X	X
6. Deje que se expulsen las nalgas hasta que se vea la parte inferior de la espalda y luego los omóplatos.		X	X
7. Sostenga con delicadeza las nalgas en una mano, pero sin hacer tracción.		X	X
8. Cuando el ombligo aparezca por la vulva, traccione suavemente el cordón umbilical, formando un "asa de cordón".			
9. Si las piernas no se expulsan espontáneamente, extraiga una pierna por vez: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empuje detrás de la rodilla para doblar la pierna; ▪ Sujete el tobillo y extraiga el pie y la pierna; ▪ Repita el procedimiento con la otra pierna. 		X	X
10. No hale al bebé mientras se están expulsando las piernas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenga al bebé por las caderas. No lo sostenga por los flancos ni el abdomen, ya que con ello puede causarle daño renal o hepático. 		X	X

EXTRACCIÓN DE LOS BRAZOS	NIVEL	
11. SI LOS BRAZOS SE PALPAN SOBRE EL TÓRAX <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permita que los brazos se liberen espontáneamente, uno después del otro. Sólo ayude si fuera necesario. ▪ Después de la expulsión espontánea del primer brazo, levante las nalgas hacia el abdomen de la madre para permitir que el segundo brazo se expulse espontáneamente. ▪ Si el brazo no se expulsa espontáneamente, coloque uno o dos dedos en el codo y doble el brazo, llevando la mano hacia abajo sobre la cara del bebé. 	X	X
12. SI LOS BRAZOS ESTÁN EXTENDIDOS SOBRE LA CABEZA O PLEGADOS ALREDEDOR DEL CUELLO (MANIOBRA DE LOVSET): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenga al bebé por las caderas y hágalo girar media vuelta manteniendo la espalda hacia arriba, al tiempo que aplica tracción hacia abajo para que el brazo que estaba posterior quede en situación anterior y pueda extraerse bajo el arco del pubis. ▪ Ayude a la extracción del brazo colocando uno o dos dedos sobre la parte superior del brazo. Baje el brazo por encima del tórax al tiempo que flexiona el codo, de modo que la mano se deslice sobre la cara. ▪ Para extraer el segundo brazo, haga girar al bebé media vuelta hacia el otro lado manteniendo la espalda hacia arriba, al tiempo que aplica tracción hacia abajo, de modo que se pueda extraer el segundo brazo de la misma manera bajo el arco del pubis. 	X	X
13. Si el cuerpo del bebé no se puede girar para extraer primero el brazo que está en situación anterior: <ul style="list-style-type: none"> ▪ extraiga el hombro que está posterior: ▪ Sostenga y levante al bebé por los tobillos. ▪ Mueva el pecho del bebé hacia la parte interior de la pierna de la mujer. El hombro que está posterior debe expulsarse. ▪ Extraiga el brazo y la mano. ▪ Ponga la espalda del bebé hacia abajo asiéndolo por los tobillos. En este momento debe expulsarse el hombro que está anterior. ▪ Extraiga el brazo y la mano. 	X	X
EXTRACCIÓN DE LA CABEZA (MANIOBRA DE MAURICEAU SMELLIE VEIT)	NIVEL	
14. Ponga al bebé con la cara hacia abajo sosteniéndole el cuerpo longitudinalmente sobre su mano y brazo.	X	X
15. 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.	X	X
16. Utilice la otra mano para sujetar los hombros del bebé.	X	X
17. Con dos dedos de esta mano, flexione con delicadeza 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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hale con delicadeza para extraer la cabeza. 	X	X
18. Pídale a un asistente que empuje por encima del pubis de la madre mientras se expulsa la cabeza. Esto ayuda a mantener flexionada la cabeza del bebé.	X	X
19. Levante al bebé, todavía a horcajadas sobre su brazo, hasta que la boca y la nariz queden libres.	X	X
PRESENTACIÓN PODÁLICA O DE PIES	NIVEL	
20. Si la paciente es diagnosticada de trabajo de parto distócico disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado.	X	X

21. Un bebé en presentación podálica con descenso de uno o ambos pies debe, por lo general, extraerse por cesárea.		X	X
22. Limite el parto vaginal de un bebé en presentación podálica a las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ trabajo de parto avanzado con el cuello uterino totalmente dilatado. ▪ bebé pretérmino el cual no es probable que sobreviva después del parto. ▪ extracción de otro(s) bebés. 		X	X
23. Para extraer al bebé por vía vaginal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sujete los tobillos del bebé con una mano. ▪ Si se presenta un solo pie, inserte una mano (provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel) en la vagina y baje con delicadeza el otro pie. ▪ Hale con delicadeza al bebé hacia abajo asiéndolo por los tobillos; ▪ Extraiga al bebé hasta que se vean las nalgas; ▪ Proceda con la extracción de los brazos. 		X	X
24. EXTRACCIÓN DE NALGAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provisto de guantes estériles, inserte una mano en el útero y sujete el pie del bebé. ▪ Sostenga el pie y sáquelo a través de la vagina. ▪ Ejerza tracción sobre el pie hasta que se vean las nalgas. ▪ Proceda con la extracción de los brazos. 		X	X
25. Luego de la extracción proceda igual que en el parto en cefálico.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN PELVIANA.	NIVEL		
	I	II	III
ALUMBRAMIENTO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)			
DIAGNOSTICO Y MEDIDAS INICIALES.			
26. Realice los mismos pasos del protocolo de manejo del parto normal o de vértice para la etapa de alumbramiento.		X	X
27. NO olvide realizar manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.		X	X

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE ATENCION DEL PARTO EN PELVIANA:

- Maja Vranjes, Dubravko Habek Perinatal Outcome in Breech Presentation Depending on the Mode of Vaginal Delivery Fetal Diagn Ther 2008;23:54-59.
- Versión cefálica externa para la presentación podálica a término (Revisión Cochrane) La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.
- The management of breech presentation. Royal College of obstetricians and gynaecologist. Guideline No. 20b. December 2006
- Breech Presentation. Article Last Updated: Jul 10, 2006. Rev. e-medicine. Richard Fischer, MD, Co-Division Head, Maternal-Fetal Medicine, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Section of Maternal-Fetal Medicine, Cooper University Hospital
- Ghosh MK. Breech presentation: evolution of management. J Reprod Med 2005;50:108-16
- Asistencia al parto extrahospitalario. Dr. Víctor Gómez Martínez. Octubre 2005. Rev. Bibliográfica
- Version cefálica externa: ¿una técnica segura? Revisión sistemática de los riesgos relacionados con la versión. Collares RJ1 y Guid Oei S 1,2 Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 511- 518.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. JAMA 2002; 287(14):1822-31.
- Hofmeyr GF, Hannah ME. Planned cesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev 2001.
- Etcheverry M, Schwarcz R, Lomuto C. Parto por césarea versus parto vaginal en presentación pelviana con feto única al término. Actas VII Congreso Argentino de Perinatología; 2001; Buenos Aires.
- Manejo de complicaciones de embarazo y parto. Guías para médicos y obstétricas. OMS. 2000
- Guía de Procedimientos en Obstetricia. Colegio De Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito. 2000. Pag 81-86
- Cesárea electiva versus parto vaginal en presentación podálica al término: un estudio multicéntrico aleatorizado. Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila Hewson A, Ellen Hodnett de d, Saroj Saigal, Andrew Willan R. Lancet 2000; 356: 1375-83
- Hannah ME, Hannah WJ, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Lancet 2000;356:1375.

PROLAPSO Y PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 69	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR PROBLEMAS DEL CORDÓN UMBILICAL
O 69 0	Trabajo de parto y parto complicados por prolapso del cordón umbilical.
O 69 8	Trabajo de parto y parto complicados por otros problemas del cordón umbilical
O 69 9	Trabajo de parto y parto complicados por problemas no especificados del cordón umbilical
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 99	Otros problemas o complicaciones del embarazo y parto

DEFINICIONES.

PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL	Accidente en el cual el cordón umbilical, luego de la ruptura de membranas, se proyecta a través del cuello uterino delante de la presentación.
PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL	<p>Descenso del cordón umbilical al segmento uterino inferior junto o por delante de la presentación, sin ruptura de membranas.</p> <p>Alto riesgo de prolapso con la ruptura espontánea de membranas.</p> <p>El procúbito o cordón oculto (lateral a la presentación) puede pasar inadvertido a menos que se evidencie con patrones de compresión en la frecuencia cardiaca fetal (desaceleraciones variables) durante el trabajo de parto.</p>

DIAGNOSTICO DE PROLAPSO Y PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL SEGUN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente con o sin labor de parto. ▪ Antecedente de ruptura de membranas. ▪ Antecedentes de visualización de cordón umbilical en vulva.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad uterina o no. ▪ Presencia del cordón umbilical fuera de la vulva. ▪ Palpación del cordón umbilical en la vagina. ▪ Palpación del cordón umbilical a través de las membranas no rotas. ▪ Signos de compromiso del bienestar fetal como: taquicardia (más de 160 latidos por minuto), bradicardia (menos de 110 latidos por minuto). ▪ Muerte fetal con ausencia de movimientos, no auscultación de frecuencia cardiaca fetal y no palpación de latidos de los vasos del cordón umbilical.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El monitoreo fetal puede evidenciar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal provocadas por la compresión del cordón umbilical que determine compromiso del bienestar fetal.

- Durante las contracciones se pueden presentar desaceleraciones variables de la frecuencia cardiaca fetal (DIP III) con pronto retorno a la frecuencia cardiaca fetal normal.
- Cuando la compresión es completa y prolongada las desaceleraciones variables se vuelven persistentes, severas y puede aparecer bradicardia.

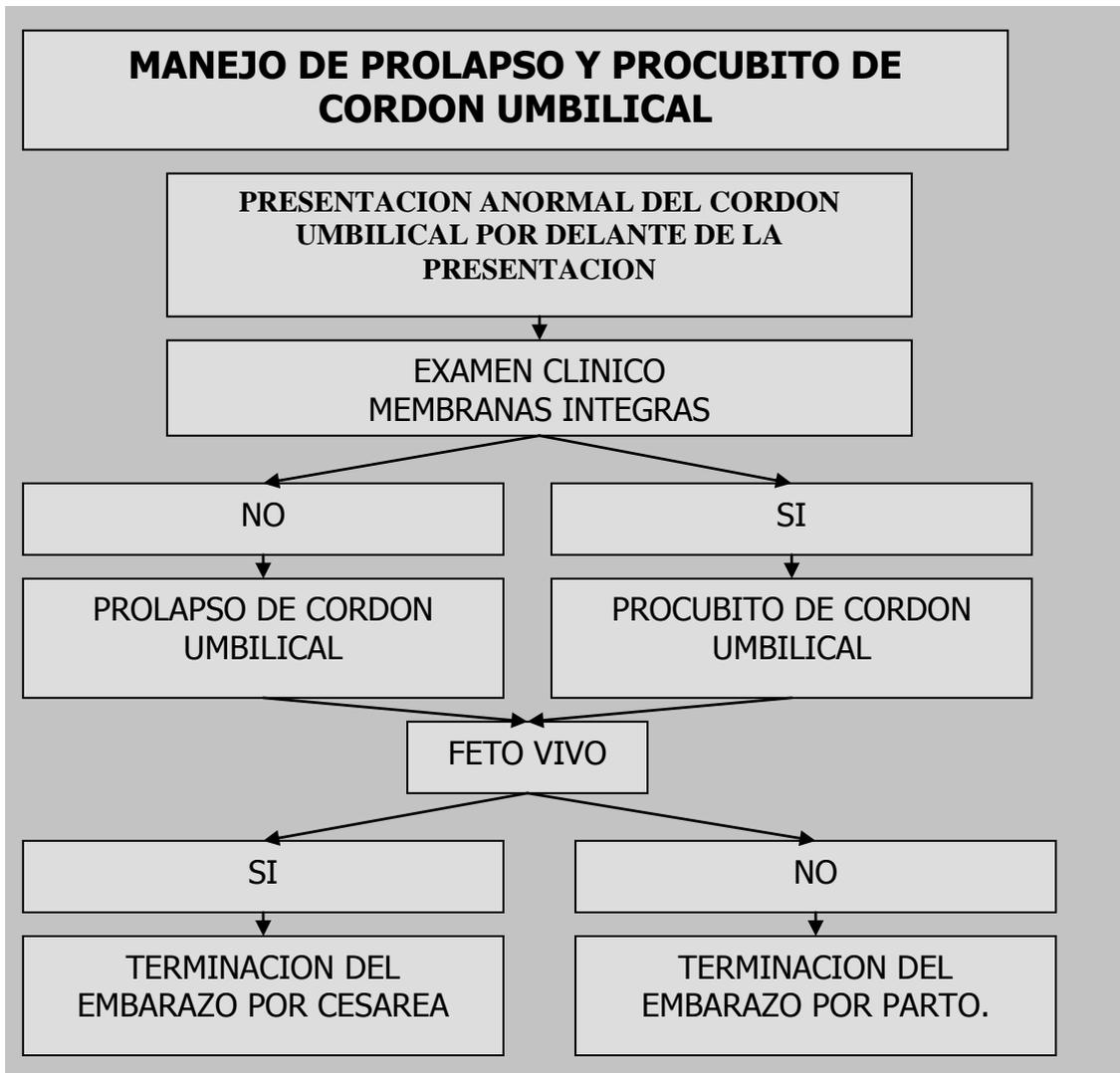
- EL NIVEL I ES EL ENCARGADO DE LA REFERENCIA OPORTUNA Y EN CONDICIONES ADECUADAS AL NIVEL SUPERIOR II Y III.
- LOS NIVELES II Y III SON LOS ENCARGADOS DE ATENDER ESTE PROCEDIMIENTO.

TRATAMIENTO DEL PROLAPSO Y PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PROLAPSO Y PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. En toda mujer embarazada en labor de parto o por RPM en el momento oportuno realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
2. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical. ▪ Borramiento cervical. ▪ Consistencia del cuello. ▪ Posición del cuello. ▪ Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. (Anexo 1 Índice de Bishop en Protocolo de parto normal) ▪ Estado de las membranas y verificación de salida de líquido amniótico, sangrado o tapón mucoso. ▪ Coloración del líquido amniótico. (si hay RPM). ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal (Anexo 2 Valoración de la pelvis intraparto en Protocolo de Parto normal). 	X	X	X
3. Si durante el tacto vaginal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se palpa a través de las membranas el cordón umbilical por delante de la presentación (PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL), o ▪ Se verifica la salida transvaginal del cordón umbilical (PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL) y constatación de latido en los vasos de cordón umbilical, ▪ NO RETIRE LOS DEDOS DE LA VAGINA HASTA LA CONCLUSION DEL CASO, PARA EVITAR QUE SE PROLAPSE AUN MAS Y SE COMPROMETA LA CIRCULACION FETAL. ▪ NO CAMBIE DE MANO NI DE EXAMINADOR. 	X	X	X
4. Disponga el ingreso urgente a la unidad operativa para una cesárea urgente o disponga la referencia inmediata a otra unidad de mayor resolución, en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. <ul style="list-style-type: none"> i. NO INTENTE RESTITUIR EL CORDÓN UMBILICAL POR SER UNA MANIOBRA INÚTIL E INEFICAZ. ii. DURANTE LA TRANSFERENCIA UN MEDICO-A DEBE PERMANECER RECHAZANDO LA PRESENTACIÓN PARA EVITAR 	X	X	X

LA COMPRESION DE CORDON UMBILICAL HASTA REALIZAR LA CESAREA.			
Si el feto NO es viable o tiene FCF negativa, sin importar la edad gestacional:	NIVEL		
5. Considere terminación inmediata de embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico y condiciones cervicales.		X	X
Si el feto es viable y se constata FCF o latido de los vasos umbilicales.	NIVEL		
6. MEDIDAS GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la gestante en posición genupectoral o trendelenburg, mientras el examinador aplica presión hacia arriba de la presentación fetal hasta que se completen los preparativos para una cesárea urgente. • Administre oxígeno por bigotera a 4 l/min o mascarilla a 10 l/min, hasta el inicio de la anestesia. 		X	X
7. Comunique el caso al Servicio de Neonatología y Anestesiología para una cesárea urgente y reanimación neonatal.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE PROLAPSO Y PROCUBITO DE CORDON:

- GABBE, Obstetricia, tomo 1, Editorial Marban, 4º edición en inglés (1º en español), España-Madrid, 2004.
- SCHWARCZ Ricardo ,Obstetricia, 5º edicion Buenos Aires , Editorial El Ateneo
- CAVERO Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, tomo 1, Editorial Panamericana, España, junio-2003.
- WILLIAMS, Obstetricia, Editorial Panamericana, 21º edición, España, 2003.
- JOHNS Hopkins, Ginecología y Obstricia, tomo 1,Editorial Marban 2º edición, España – Madrid 2005.
- DECHERNEY, Alan, Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos, Editorial Manual Moderno, 8º edición, 2003.
- Sociedad Española de Gineco Obstetricia, Cesarea ,En "Tratado de Ginecologia , Obstetricia y Medicina de la Reproducion " 2 Vols. 1º ed.Junio 2002 (CD ROM)

CESAREA

CODIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 82	Parto único por cesárea
O 82 0	Parto por cesárea electiva
O 82 1	Parto por cesárea de emergencia
O 82 2	Parto por cesárea con histerectomía
O 82 8	Otros partos únicos por cesárea
O 82 9	Parto por cesárea, sin otra especificación
O 84 2	Parto múltiple, todos por cesárea
CODIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
-59	Otros procedimientos terapéuticos NE
W99	Otros problemas / enfermedades del embarazo y parto

DEFINICIONES

CESAREA	<p>Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención.</p> <p>Es la cirugía mayor más frecuente en mujeres.</p>
CESAREA PROGRAMADA O ELECTIVA	<p>Aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto. Se considera que la indicación quirúrgica aconseja NO esperar hasta el inicio del trabajo de parto. Un control prenatal eficiente permite clasificar a la embarazada de riesgo y determinar la probabilidad de terminación de embarazo por cesárea.</p>
CESAREA DE EMERGENCIA	<p>Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o parto inclusive.</p>

• EL NIVEL I ES EL ENCARGADO DE LA REFERENCIA OPORTUNA Y EN CONDICIONES ADECUADAS AL NIVEL SUPERIOR II Y III.

• LOS NIVELES II Y III SON LOS ENCARGADOS DE ATENDER ESTE PROCEDIMIENTO.

• La OMS recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos

• Es una de las principales causas de morbilidad obstétrica: infecciosa, hemorrágica, anestésica y tromboembólica, por ello debe ser realizada por personal calificado para este procedimiento quirúrgico.

INDICACIONES DE CESAREA

CAUSAS MATERNAS

1. Tumores benignos o malignos del canal de parto.
2. Cirugía uterina previa, plastia vaginal.
3. Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria.
4. Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia

CAUSAS FETALES

1. Compromiso del bienestar fetal.
2. Distocias de presentación.
3. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
4. Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia.
5. Macrosomía fetal (>4000 gr).

CAUSAS MATERNO FETALES

1. Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.
2. Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV – HPV / Condilomatosis - herpes genital activo.
3. Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.

CAUSAS OBSTETRICAS

1. Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).
2. Distocias dinámicas del trabajo de parto.
3. Desproporción cefalopélvica.
4. Desprendimiento prematuro de placenta grado II.
5. Placenta previa oclusiva total o parcial.
6. Prolapso de cordón umbilical.
7. Rotura uterina previa.

UN DIAGNÓSTICO INCORRECTO DE LA INDICACIÓN DE CESÁREA CONDUCE A ESTADOS DE MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL Y A INTERVENCIONES MÉDICAS INNECESARIAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO POR CESAREA

PROTOCOLO DE MANEJO PREQUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Control prenatal habitual hasta la semana 36. ▪ Si hay indicación de cesárea disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
2. Si la atención es de emergencia disponga de manera oportuna su ingreso a la unidad operativa o refiera en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
3. Realice o complete la Historia clínica perinatal.		X	X
4. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.		X	X
5. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.		X	X
6. Brinde apoyo emocional continuo.		X	X
7. Realice evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.		X	X
8. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal.		X	X
9. Canalice una vía periférica con Catlon 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.		X	X
10. Registre la existencia en el control prenatal de exámenes de laboratorio previos: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.		X	X
11. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.		X	X
12. Tramite sangre o hemoderivados sanguíneos si Hb<7 mg/dl o el caso lo requiera.		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la cesárea.		X	X
14. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado.		X	X
15. Parte operatorio firmado por médico de mayor experiencia.		X	X
16. Comunique del caso al Servicio de Anestesiología para valoración preanestésica y tipo de anestesia.		X	X
17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología		X	X
18. Mantenga a la paciente en ayuno desde el diagnóstico cesárea de emergencia o al menos por 6 horas si la indicación es de cesárea programada. Si la indicación de cesárea es de emergencia administre antiemético: metoclopramida 1 amp IV.		X	X
19. RECORTE el vello exclusivamente en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía) NO RASURE.		X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores.		X	X
21. Retire prótesis y joyas.		X	X

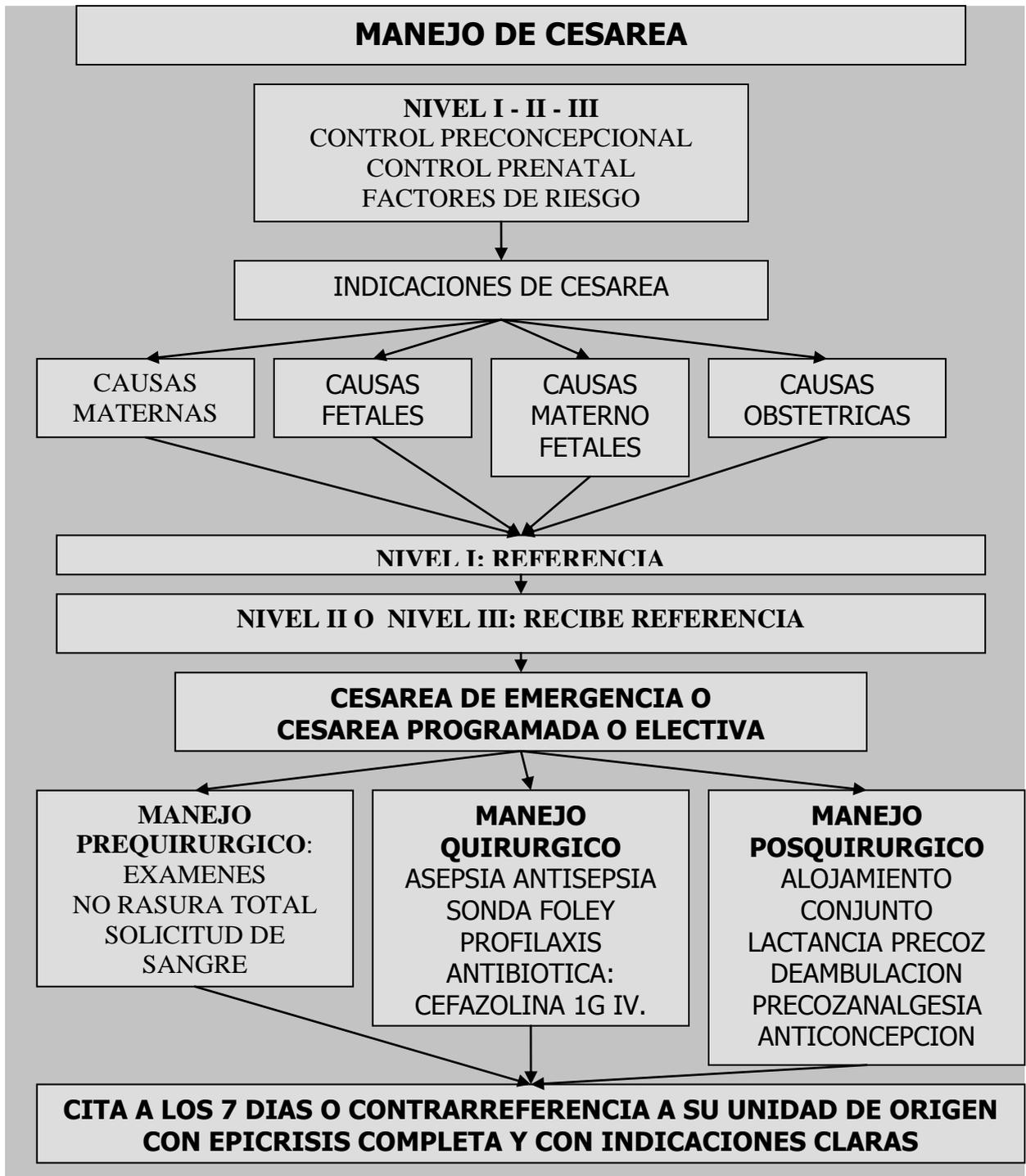
22. Traslade a Sala de Operaciones a la paciente en bata quirúrgica.		X	X
--	--	---	---

PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA, PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL	
	II	III
23. Ingreso a Sala de Operaciones.	X	X
24. Comunique del ingreso a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.	X	X
25. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario.	X	X
26. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anesthesiologo en la valoración preanestésica.	X	X
27. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la valoración preanestésica.	X	X
28. Colocación de la embarazada en decúbito supino.	X	X
29. Monitorización continua de tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y nivel de conciencia.	X	X
30. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml. de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.	X	X
31. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica.	X	X
32. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.	X	X
33. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X
34. Colocación de campos quirúrgicos estériles.	X	X
35. Realice incisión Pfannestiel o media suprapúbica según el caso que compromete piel y tejido subcutáneo.	X	X
36. Apertura transversal o longitudinal cortante de aponeurosis muscular.	X	X
37. Apertura media de plano muscular y peritoneo parietal	X	X
38. Exposición de campo operatorio.	X	X
39. Histerotomía, amniotomía y extracción de RN, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.	X	X
40. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: 1 dosis de Cefazolina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical. Alternativa: Ampicilina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical.	X	X
41. Extracción manual de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina.	X	X
42. Considere la necesidad del uso de uterotónicos adicionales al masaje realizado durante la revisión de cavidad uterina. Ver hipotonía atonía en hemorragia de la tercera etapa).	X	X
43. Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según grosor del segmento uterino con sutura sintética absorbible 0 o 1.	X	X
44. Peritonización de histerorrafia con sutura sintética absorbible 00. Dependiendo del caso y experiencia quirúrgica ciertas técnicas quirúrgicas consideran opcional la síntesis de peritoneos.	X	X
45. Retiro de material intraabdominal y revisión de hemostasia.	X	X
46. Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible 00.	X	X
47. Síntesis puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible 00.	X	X

48. Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible 1.	X	X
49. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000.	X	X
50. Registro y verificación del sangrado total y diuresis.	X	X
51. Pase a sala de recuperación.	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA. PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL	
	II	III
52. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino y el sangrado por las 2 primeras horas postcesárea.	X	X
53. Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.	X	X
54. Incentivar la lactancia materna precoz.	X	X
55. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y la condición posquirúrgica.	X	X
56. Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo.	X	X
57. Inicie tolerancia oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de terminada la cesárea.	X	X
58. Fomente la deambulacion precoz dentro de las primeras 24 horas de postcesárea como medida antiembólica.	X	X
59. Indique analgesia IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.	X	X
60. Evaluar el alta mínimo a las 48 horas postcesárea.	X	X
61. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	X	X
62. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgicos a los 7 días de la cesárea o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen a. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X
63. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil.	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía Básica.***

* Ver Capítulo Bibliografía General al final.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE CESAREA:

- Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
- Hofmeyr G Justus, Mathai Matthews, Shah Archana N, Novikova Natalia. Techniques for caesarean section (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2008.
- Hopkins L, Smaill F . Tratamientos de profilaxis antibiótica y fármacos para la cesárea (Revisión Cochrane traducida) . In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007.
- Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Mathai M, Hofmeyr GJ. Incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Hofmeyr GJ, Kulier R. Tratamiento quirúrgico versus conservador para el "sufrimiento fetal" en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Smaill F, Hofmeyr GJ . Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida) . En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007.
- NIH Consensus and State-of-the-Science Statements. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH Volume 23, Number 1 March 27–29, 2006.
- Gadsden et al. Post-cesarean delivery analgesia. In: Anesth Analg 2005;101.
- José Villar, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. Vol 367 June 3, 2006.
- Sociedad Española de Gineco Obstetricia, Cesarea ,En "Tratado de Ginecología , Obstetricia y Medicina de la Reproduccion" 2 Vols. 1º ed. Junio 2002.
- Hopkins L, Smaill F. Tratamientos de profilaxis antibiótica y fármacos para la cesárea. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Wilkinson C, Enkin MW: Manual removal of placenta at cesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4:CD000130.
- Enkin MW, Wilkinson C: Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at cesarean. Cochrane Database Syst Rev 2002, 4:CD000192.
- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
- Pitt C, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM: Adjunctive intravaginal metronidazole for the prevention of postcesarean endometritis: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2001, 98:745–750.
- Rol J, Factors associated with fetal growth and body composition as measured by ultrasound. American Journal of Obstetric and Gynecology 2001, 185.
- Magann EF, Chauhan SP, Martin JN Jr, et al.: Does uterine wiping influence the rate of post-cesarean endometritis? J Matern Fetal Med 2001, 10:318–322.
- Feber A, Maternal complication of fetal macrosomía. Clinical obstetric and Gyn 2000, 43.
- Langer O, Fetal macrosomía: etiologic factors. Clinical obstetric and Gyn 2000.
- Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. American Journal of Obstetrics and Gynecology 182:1147-1151 Ref.: 25, 2000.

ATENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTE CON CESAREA ANTERIOR.

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O80	Parto
O75	Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas.
O75.7	Parto vaginal posterior a una cesárea previa
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 92	Parto complicado/r.n. vivo
W 93	Parto complicado/r.n. muerto

DEFINICION

PARTO VAGINAL POSSESÁREA (PVPC)

▪ Parto por vía vaginal que se realiza luego de haber tenido una cesárea previa.

MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA

La seguridad de un trabajo de parto controlado en los partos con cesárea previa constituye una de las estrategias efectivas para disminuir el índice de cesáreas.

El manejo de la paciente con dos o más cicatrices uterinas (cesáreas) es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes.

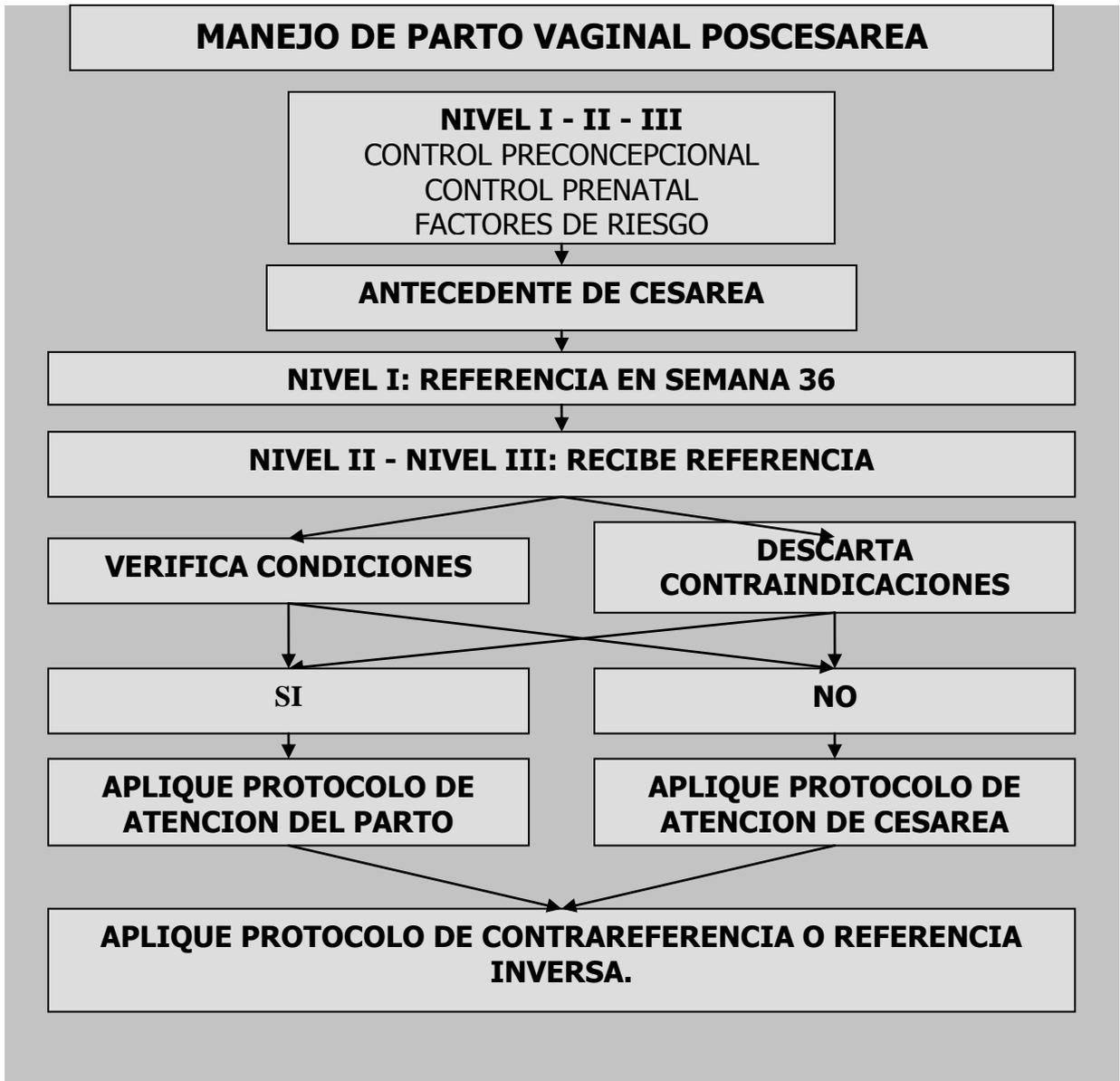
Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima, sino más bien, evitar las cesáreas en primigestas, y ofreciendo una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior.

TRATAMIENTO DEL PVPC

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
CONTROL PRENATAL DE LA PACIENTE CON CESAREA ANTERIOR	I	II	III
1. Realice las mismas acciones que para el control del embarazo de bajo riesgo.	X	X	X
2. Averigüe la causa de la cesárea previa, el tiempo de labor de parto y la antropometría neonatal.	X	X	X
3. Oriente a la paciente y a sus familiares sobre las múltiples ventajas y los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (la rotura uterina es baja y oscila entre un 0,2 a 0,8%).	X	X	X
4. Determine condiciones para intentar parto vaginal poscesárea (PVPC): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relación céfalo pélvica adecuada. ▪ Presentación cefálica. ▪ Peso fetal estimado igual o inferior al producto de embarazos previos. ▪ Descartar macrosomía. ▪ Confirme por protocolo quirúrgico que la cesárea previa fue segmentaria y no corporal. Si no dispone de esta información, considere por seguridad la realización de una cesárea iterativa. ▪ Descartar otras cicatrices uterinas o roturas previas. ▪ Médico capacitado para practicar cesárea de urgencia. ▪ Se cuenta con anestesia, personal e infraestructura para una cesárea. 	X	X	X
5. Determine contraindicaciones para parto vaginal poscesárea (PVPC): <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación no cefálica. 2. Embarazo múltiple. 3. Cicatriz uterina corporal. 4. Cesárea previa antes de las 32 semanas. 5. Dolor en el sitio de la cicatriz uterina previa. 6. Antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino con perforación (legrado, histeroscopia). 	X	X	X
6. Documente por consentimiento informado la decisión de la paciente de intentar un trabajo de parto / parto luego de cesárea previa.	X	X	X
MANEJO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC).	NIVEL		
7. NO DIFIERE DE LA ATENCION DEL PARTO DE BAJO RIESGO, PERO ESTA RESERVADA EXCLUSIVAMENTE PARA EL NIVEL QUE CUENTE CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE QUIROFANO (NIVEL II – III).		X	X
8. Coloque una vía venosa permeable con Catlón 16 – 18G desde el inicio de la fase activa de la labor de parto.		X	X
9. Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino.		X	X
10. No debe usarse fórceps o ventosa obstétrica.		X	X

11. Proceda a realizar una cesárea urgente si: <ul style="list-style-type: none"> • la paciente presenta descompensación hemodinámica • dolor intenso de la herida previa • taquisistolia o hipertonía 			
ATENCIÓN DEL LA TERCERA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC)	NIVEL		
12. No difiere de la atención del parto de bajo riesgo. Se debe realizar Manejo Activo de la Tercera Etapa del Trabajo de Parto (MATEP).		X	X
13. Mantenga vigilancia estricta por 2 horas posparto		X	X
ATENCIÓN DEL POSPARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC)	NIVEL		
14. No difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo. No realice revisión digital de la herida por vía cérvico vaginal si la paciente no presenta alteración hemodinámica.		X	X
MANEJO DE LA PACIENTE CON DOS O MÁS CESÁREAS ANTERIORES.	NIVEL		
15. Si la paciente llega con dilatación avanzada o en período expulsivo, manejo similar al protocolo de paciente con una cesárea previa. Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima, sino más bien, evitar las cesáreas en primigestas, y ofreciendo una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***
- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE PVPC:

- Horey D, Weaver J, Russell H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea. Librería Cochrane plus, número 4, 2007.
- Stricter VBAC Guideline Does Not Affect Mortality. American family Physician, October 6, 2006.
- Trial of labor after Cesarean Section (TOLAC) Annals of Family Medicine. July 27, 2005.
- Vaginal Birth after Cesarean Revisited, New England Journal of Medicine 351;25 december 16, 2004.
- Guise JM, Berlin M, Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. Obstet Gynecol. 2004 Mar;103(3):420-9
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin #54. ACOG, Washington DC. July 2004.
- Matthew J. Neff. Practice Guidelines ACOG Releases Guidelines for Vaginal Birth After Cesarean Delivery. American family Physician, October 1, 2004.
- Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142, 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2003;189:408-17.
- Trial of Labor After Cesarean. American family Physician, January 1, 2003.
- Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Current Status. JAMA, May 2002; 287: 2627 – 2630.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG: Washington DC. 2000.
- Trueba G, Contreras Carlos. Alternative Strategy to Decrease Cesarean Section: Support by Doulas During Labor. J Perinat Educ. 2000 Spring;9(2):8-13.
- Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. Obstet Gynecol June 2000; 95:913-6.

PUERPERIO NORMAL

INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O91	Infecciones de la mama asociadas al parto
O90	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte
O85	Sepsis puerperal (endometritis, fiebre, peritonitis, septicemia puerperal)
O86	Otras infecciones puerperales
CODIGO	Codificacion ciap 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio. Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES

PUERPERIO	<p>Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto.</p> <p>INMEDIATO: hasta las primeras 24 horas. MEDIATO: hasta los 10 días posparto. TARDIO: hasta los 45 días posparto.</p>
INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	<p>Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.</p>
MASTITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por condición inflamatoria de la mama, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.</p>
DEHISCENCIA E INFECCION DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL	<p>Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o cicatriz de cesárea. Puede tratarse de colección exudativa (SEROMA), sanguínea (HEMATOMA) o purulenta (ABSCESO).</p>
ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor.</p> <p>La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones.</p>

**DIAGNOSTICO DE INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL SEGÚN
HISTORIA CLINICA PERINATAL**

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alza térmica. ▪ Puerperio Posparto. ▪ Puerperio Poscesárea. ▪ Lactancia. ▪ Episiotomía.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. <p><u>INGURGITACION MAMARIA.</u></p> <p><u>MASTITIS.</u></p> <p><u>INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.</u></p> <p><u>ENDOMETRITIS.</u></p> <p><u>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal; ▪ Sudoración o piel fría y húmeda; ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto; ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia; ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOMETRÍA HEMÁTICA. ▪ TP – TTP – Plaquetas ▪ Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. ▪ Prueba de coagulación junto a la cama ▪ COLORACIÓN GRAM Y FRESCO O CULTIVO DE LOQUIOS: NO JUSTIFICA. ▪ EMO + UROCULTIVO. ▪ ECOGRAFÍA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Antecedente actual de aborto séptico.
- Antecedente actual de corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.

TRATAMIENTO DE LA INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ examen de mamas: MASTITIS ▪ heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA ▪ heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL ▪ altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. ▪ METAMIZOL 1 g IV al momento y cada 6 horas (si dispone de vía IV) 	X	X	X
10. HAGA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGÚN FLUJOGRAMA Y TRATE SEGÚN PROTOCOLO DE CADA PATOLOGIA ETIOLOGICA DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

MANEJO DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL

POSPARTO QUE CURSA CON FIEBRE >38° C

EXAMEN FISICO

DOLOR ERITEMA
Y SENSIBILIDAD
DE MAMAS,
AFECTACIÓN
UNILATERAL O
BILATERAL.

MASTITIS

VER
PROTOCOLO

INFLAMACIÓN
E INFECCIÓN
DE HERIDAS
PERINEALES O
ABDOMINALES.
SEROMA,
HEMATOMA O
ABSCESO

**INFECCION DE
HERIDAS
PERINEALES O
ABDOMINALES**

VER
PROTOCOLO

UTERO
SENSIBLE,
DOLOROSO CON
LOQUIOS
PURULENTOS
MAL OLOR

ENDOMETRITIS

VER
PROTOCOLO

SINTOMAS
URINARIOS

IVU

VER
PROTOCOLO

**INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL
MASTITIS PUERPERAL**

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O91	INFECCIONES DE LA MAMA ASOCIADAS AL PARTO
O91.0	Infecciones del pezón asociadas con el parto (absceso del pezón, gestacional, puerperal)
O91.1	Absceso de la mama asociado con el parto (mamario, subareolar, mastitis purulenta)
O91.2	Mastitis no purulenta asociada con el parto (linfangitis, mastitis)
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES

INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento. Potencialmente graves son una de las causas principales de muerte materna shock séptico.
MASTITIS PUERPERAL	Cuadro febril por condición inflamatoria del seno, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se la llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.
INGURGITACIÓN MAMARIA.	Es una exageración bilateral de la ingurgitación linfática y venosa que se produce antes de dar de lactar, de apareamiento rápido en el puerperio. No es el resultado de la sobredistensión de la mama por la leche.
MASTITIS INFECCIOSA.	Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, generalmente unilateral. Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.

DIAGNOSTICO DE MASTITIS SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<p>CONSIDERAR UNO O MAS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Anemia o estado nutricional deficitario. ▪ Lesiones irritativas, grietas, fisuras del pezón y/o aréola. ▪ Infeccion respiratoria neonatal.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. <p><u>INGURGITACION MAMARIA.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor y sensibilidad de las mamas. ▪ 3–5 días después del parto. ▪ Mamas agrandadas, duras, Afectación bilateral. <p><u>MASTITIS.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor y sensibilidad de las mamas. ▪ Área enrojecida, cuneiforme en la mama. ▪ Mama dura, ingurgitada, Generalmente afectación unilateral.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOMETRÍA HEMÁTICA: leucocitosis con desviación a la izquierda. ▪ VIH (con consentimiento informado). OMS, UNICEF y ONU-SIDA recomiendan que se desaconseje a las mujeres VIH-positivas la lactancia materna, se instruya sobre otras opciones de lactancia y que se apoye su decisión, así como la de incluir ayuda para prevenir la mastitis y las afecciones relacionadas y asistencia apropiada si ocurre cualquiera de ellas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASTITIS PUERPERAL

- Infección de heridas perineales o abdominales.
- Endometritis.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR MASTITIS PUERPERAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ examen de mamas: MASTITIS ▪ heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA ▪ heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL ▪ altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. ▪ METAMIZOL 1 g IV al momento y cada 6 horas (si dispone de vía IV) 	X	X	X
SI LA MUJER AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS.	NIVEL		
10. Si el bebé no puede succionar , aliente a la mujer para que se extraiga la leche a mano o con un extractor si tiene disponible.			
11. Si el bebé puede succionar : aliente a la mujer a que amamante con mayor frecuencia usando ambos senos en cada lactancia.	X	X	X
12. Muestre a la mujer cómo cargar en brazos al bebé y ayudarlo a que se adhiera a la mama.	X	X	X
13. Las medidas para que la mujer obtenga alivio antes de amamantar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar compresas calientes a los senos justo antes de amamantar, o alentar a la mujer para que tome una ducha caliente; ▪ Masajear el cuello y la espalda de la mujer; ▪ Pedirle a la mujer que antes de amamantar se extraiga un poco de leche manualmente y moje el área del pezón para ayudar al bebé a que se adhiera de manera adecuada y con facilidad. 	X	X	X
SI LA MUJER NO AMAMANTA Y PRESENTA INGURGITACION O MASTITIS:	NIVEL		
14. Administre antibioticoterapia efectiva con UNO de los siguientes regímenes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o ▪ Eritromicina 250-500 mg VO c/6 horas por 10 días, o ▪ Cefalexina 500 mg VO c/6 horas por 10 días, o ▪ Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas por 10 días 	X	X	X
15. Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta, si no hay mejoría sospeche ABSCESO MAMARIO.	X	X	X
SI SOSPECHA ABSCESO MAMARIO:	NIVEL		

16. Con el diagnóstico probable de absceso mamario, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal	X	X	X
17. Drene el absceso bajo anestesia general y medidas de asepsia y antisepsia.		X	X
18. Realice la incisión en forma radial partiendo de cerca del margen areolar hacia la periferia de la mama para evitar lesiones a los conductos lácteos.		X	X
19. Use un dedo o pinza para romper todas las bolsas de pus.		X	X
20. Rellene la cavidad con gasa sin hacer presión; deje un drenaje si es necesario por 24 horas.		X	X
21. Indique las siguientes medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aliente a la mujer a seguir amamantando; ▪ sujetarse los senos con una faja o sostén; ▪ aplicar compresas frías a los senos entre las mamadas para reducir la hinchazón y el dolor. ▪ Administre paracetamol 500 mg vía oral, según la necesidad. ▪ Haga seguimiento 3 días después de iniciar el manejo para asegurar la respuesta. 		X	X
22. Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.	X	X	X
23. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	X	X	X
24. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

MANEJO DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL MASTITIS PUERPERAL.

POSPARTO QUE CURSA CON FIEBRE $>38^{\circ}\text{C}$

EXAMEN FISICO
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

MAMAS SENSIBLES, DOLOROSAS, ERITEMA,
TUMEFACCION

INGURGITACION
MAMARIA

MASTITIS
PUERPERAL

LACTANCIA
COMPRESAS
MEDIOS FISICOS
ANTIPIRETICOS:
ACETAMINOFEN 1 G VO C/6 H

ANTIBIOTICOTERAPIA 10 DIAS
Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas, o
Eritromicina 250-500 mg VO c/6 h, o
Cefalexina 500 mg VO c/6 horas, o
Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas

MEJORIA CLINICA

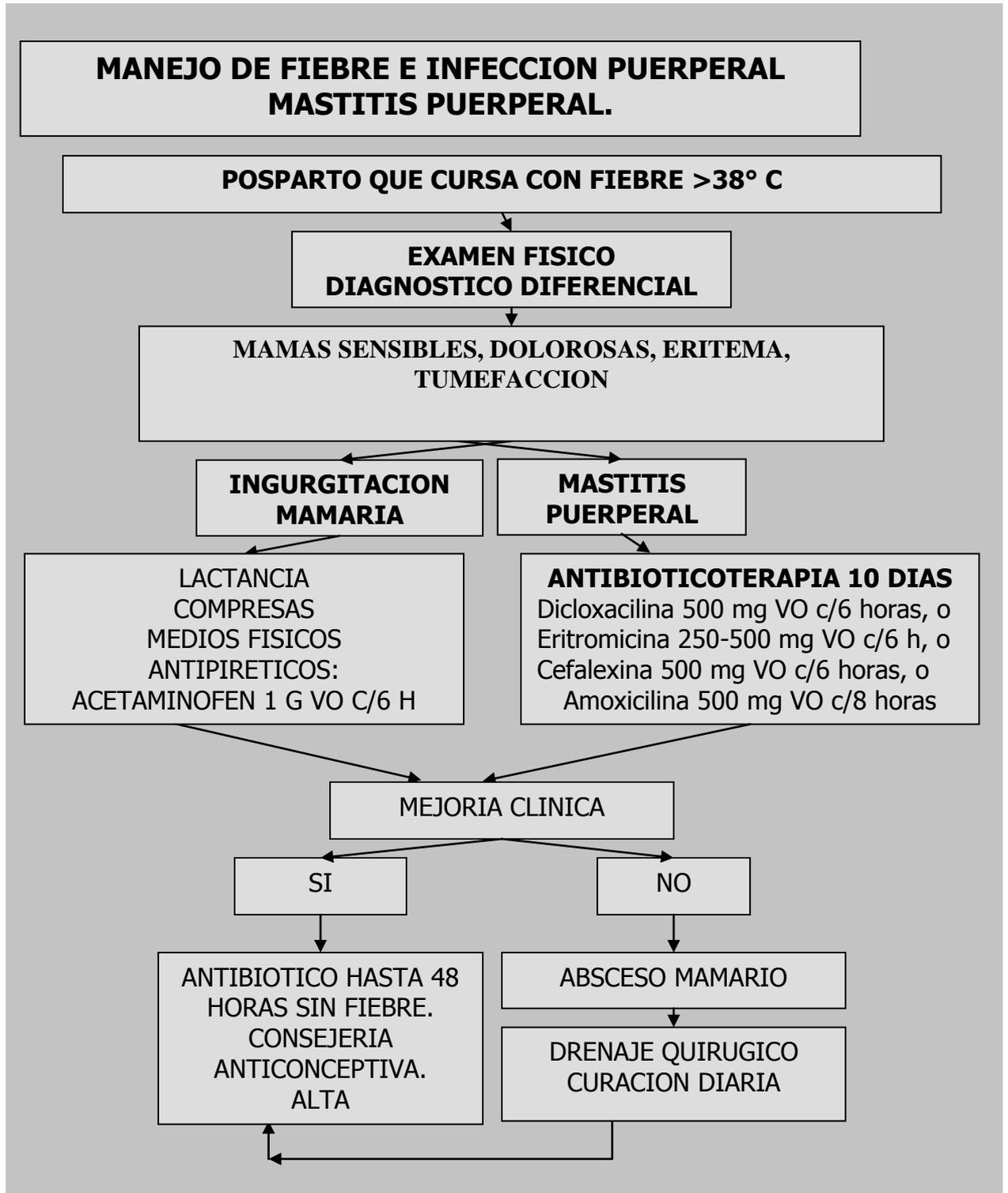
SI

NO

ANTIBIOTICO HASTA 48
HORAS SIN FIEBRE.
CONSEJERIA
ANTICONCEPTIVA.
ALTA

ABSCESO MAMARIO

DRENAJE QUIRUGICO
CURACION DIARIA



**INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL.
INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.**

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O90	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
O90.0	Dehiscencia de sutura de cesárea
O90.1	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal (desgarro perineal, episiotomía)
O90.2	Hematoma de herida quirúrgica obstétrica
O86	OTRAS INFECCIONES PUERPERALES
O86.0	Infección de herida quirúrgica obstétrica
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio. Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES

INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	<p>Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.</p>
ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor.</p> <p>La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones.</p>

DIAGNOSTICO DE INFECCION DE HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<p>CONSIDERAR UNO O MAS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Parto (5%)- Cesárea (15%). ▪ Anemia o estado nutricional deficitario. ▪ RPM y/o Corioamnionitis actual o previa. ▪ Trabajo de parto prolongado. ▪ Múltiples tactos vaginales. ▪ Parto traumático. ▪ Parto domiciliario no limpio. ▪ Retención de restos placentarios – extracción manual de placenta – compresión bimanual de útero.

<p>EXAMEN FISICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA. ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. <p><u>INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, dura y con secreción serosa, sanguinolenta o purulenta. ▪ Eritema y edema más allá del borde de la incisión. <p><u>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más). ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal; ▪ Sudoración o piel fría y húmeda. ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto. ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia. ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora.
	<p>EXAMENES DE LABORATORIO</p>

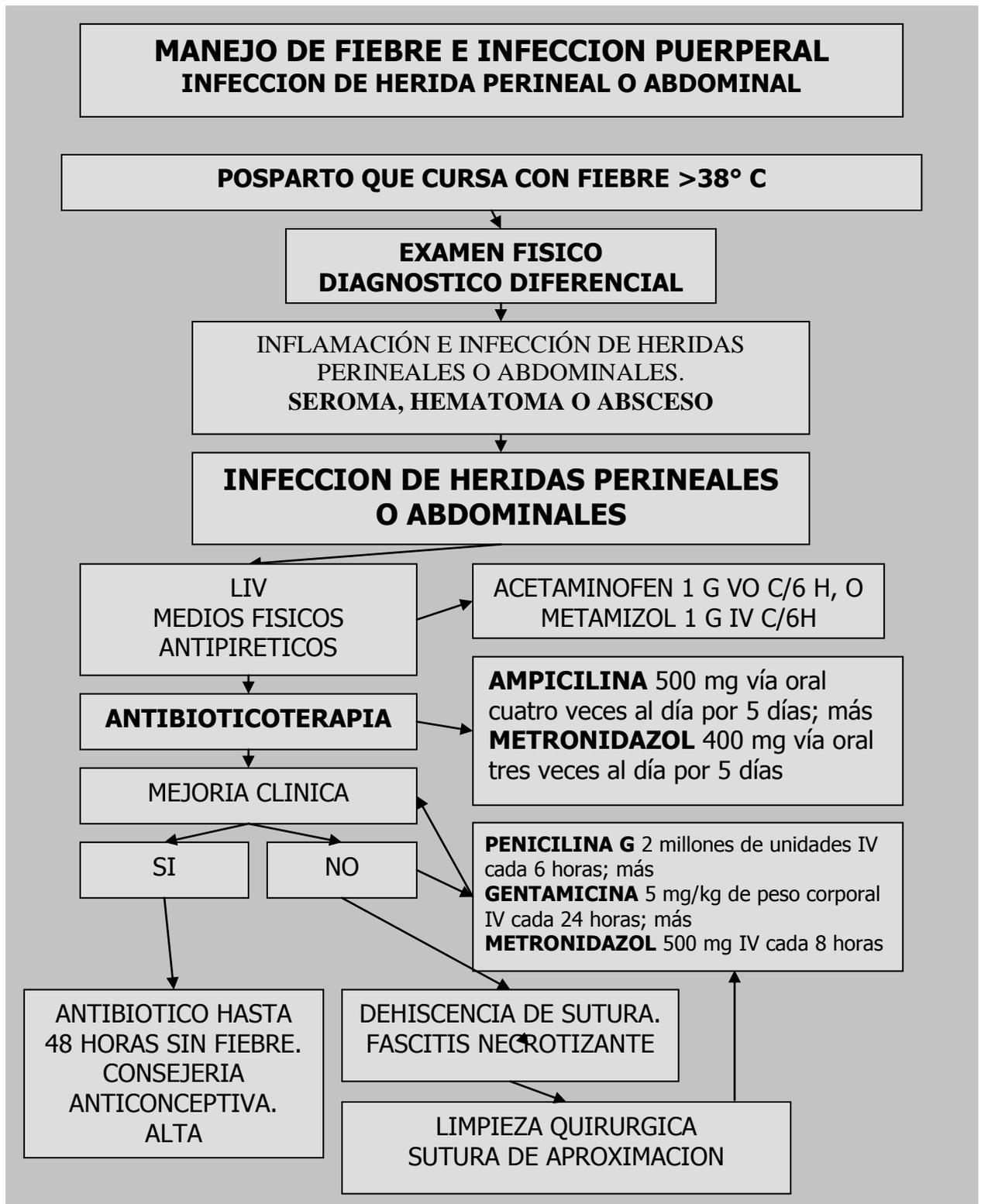
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCION DE HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES

- Mastitis.
- Endometritis.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: cistitis o pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR INFECCIÓN DE LAS HERIDAS PERINEALES Y ABDOMINALES (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ examen de mamas: MASTITIS ▪ heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA ▪ heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL ▪ altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. ▪ METAMIZOL 1 g. IV al momento y cada 6 horas (si dispone de vía IV) 	X	X	X
SI DETECTA ABSCESO, SEROMA, HEMATOMA O DEHISCENCIA DE LA HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL	NIVEL		
10. Si hay pus, líquido o sangre abra y drene la herida con anestesia local; igual si la herida está abierta.	X	X	X
11. Quite la piel infectada y las suturas subcutáneas y debride la herida. No retire las suturas aponeuróticas.	X	X	X
12. Si hay un absceso sin celulitis , no se requieren antibióticos.	X	X	X
13. Cubra la herida con un apósito y solicite a la mujer que regrese para curación y cambio de apósito cada 24 horas.	X	X	X
14. Informe a la mujer sobre la necesidad de mantener una higiene adecuada y de usar toallas sanitarias o apósitos abdominales limpios y reemplazarlos a menudo.	X	X	X
SI DETECTA CELULITIS DE LA HERIDA Y/O FASCITIS NECROTIZANTE	NIVEL		
15. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal	X	X	X
16. Quite la piel infectada y las suturas subcutáneas y debride la herida. No retire las suturas aponeuróticas.		X	X
17. Si la infección es superficial y no involucra los tejidos profundos , monitoree la aparición de un absceso y administre una combinación de antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días; más ▪ metronidazol 400 mg vía oral tres veces al día por 5 días; 		X	X
18. Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administre luego de canalizar vía IV:		X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas; más ▪ gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas; más ▪ metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. 			
<p>19. Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días; más ▪ metronidazol 400 mg vía oral tres veces al día por 5 días. 		X	X
<p>20. Si la mujer tiene una infección severa o fascitis necrotizante requiere un debridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2–4 semanas más tarde, dependiendo de la resolución de la infección.</p>		X	X
<p>21. Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.</p>	X	X	X
<p>22. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.</p>	X	X	X
<p>23. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



INFECCION Y FIEBRE PUERPERAL ENDOMETRITIS PUERPERAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
O85	SEPSIS PUERPERAL (ENDOMETRITIS, FIEBRE, PERITONITIS, SEPTICEMIA PUERPERAL)
O86	OTRAS INFECCIONES PUERPERALES
O86.1	Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis consecutivas al parto)
O86.2	Infección de las vías urinarias consecutiva al parto
O86.3	Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto
O86.4	Pirexia de origen desconocido consecutiva al parto (infección, pirexia puerperal)
O86.8	Otras infecciones puerperales especificadas
CODIGO	CODIFICACION CIAP 2
W 70	Infección/sepsis puerperal
W 71	Otras enfermedades infecciosas del embarazo/parto/puerperio. Pielitis/pielonefritis

DEFINICIONES

PUERPERIO	<p>Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto.</p> <p>INMEDIATO: hasta las primeras 24 horas. MEDIATO: hasta los 10 días posparto. TARDIO: hasta los 45 días posparto.</p>
INFECCION O FIEBRE PUERPERAL	<p>Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.</p> <p>Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.</p>
ENDOMETRITIS PUERPERAL	<p>Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor.</p> <p>La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones como extracción manual de placenta, reparación de desgarros, legrados complementarios, etc.</p>

DIAGNOSTICO DE ENDOMETRITIS PUERPERAL SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
ANAMNESIS.	<p>CONSIDERAR UNO O MAS FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de control preconcepcional y prenatal. ▪ Parto (5%)- Cesárea (15%). ▪ Anemia o estado nutricional deficitario. ▪ RPM y/o Corioamnionitis actual o previa. ▪ Trabajo de parto prolongado. ▪ Múltiples tactos vaginales. ▪ Parto traumático. ▪ Parto domiciliario no limpio. ▪ Retención de restos placentarios – extracción manual de placenta – compresión bimanual de útero. ▪ Historia de IVU recurrentes.
EXAMEN FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA</u> ▪ Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito. ▪ Escalofríos. ▪ Taquicardia. ▪ Deshidratación variable. ▪ <u>ENDOMETRITIS.</u> ▪ Fiebre/ escalofríos. ▪ Útero sensible con dolor intenso a la palpación. ▪ Subinvolución uterina. ▪ Loquios purulentos y/o de mal olor. ▪ <u>DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:</u> ▪ Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); ▪ Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg). <p>Además se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal; ▪ Sudoración o piel fría y húmeda; ▪ Respiración rápida de 30 o más por minuto; ▪ Ansiedad, confusión o inconsciencia; ▪ Oliguria de menos de 30 ml por hora.
EXAMENES DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BIOMETRÍA HEMÁTICA: leucocitosis con desviación a la izquierda. ▪ TP – TTP – Plaquetas ▪ Tipificación, Rh, pruebas cruzadas. ▪ Prueba de coagulación junto a la cama ▪ COLORACIÓN GRAM Y FRESCO O CULTIVO DE LOQUIOS: NO JUSTIFICA porque la endometritis es polimicrobiana: Estreptococos, Anaerobios, E. Coli, Bacteroides, Clostridium, Estafilococo aureus, etc. ▪ EMO + UROCULTIVO. ▪ ECOGRAFÍA: útero sub involucionado, retención de restos placentarios, absceso pélvico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENDOMETRITIS PUERPERAL

- Mastitis.
- Infección de herida perineal o abdominal.
- Aborto séptico.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario: Cistitis o Pielonefritis
- Infección respiratoria.
- Tromboflebitis séptica.
- Apendicitis, Hepatitis, Malaria, Tifoidea.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL POR ENDOMETRITIS PUERPERAL (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ examen de mamas: MASTITIS ▪ heridas perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMIA ▪ heridas abdominales: SEROMA O ABSCESO DE PARED ABDOMINAL ▪ altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL 	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalización de dos vías endovenosas con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lac Rin)	X	X	X
10. Manejo de shock séptico (si aplica).	X	X	X
11. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ACETAMINOFEN 1g VO al momento y cada 6 horas. ▪ METAMIZOL 1 g. IV al momento y cada 6 horas. (si dispone de vía IV) 	X	X	X
13. ANTIBIOTICOTERAPIA IV por 72 horas o hasta que la fiebre remita : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clindamicina 900 mg IV c/8 h, más ▪ Gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg c/8 h. 		X	X

<p>14. como alternativa antibiótica puede usar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 2 g IV c/6 horas, más ▪ Gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg c/8 horas, más ▪ Metronidazol 500 mg IV c/8 horas <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 1 g IV c/8 horas, más ▪ Amikacina 500 mg IV c/12 horas, más ▪ Metronidazol 500 mg IV c/8 horas. 		X	X
<p>15. Mantenga la antibiotioterapia parenteral hasta que la paciente esté sin fiebre por 48 horas</p>		X	X
<p>16. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ si cavidad vacía: continúe la antibioticoterapia para endometritis. ▪ si cavidad ocupada sospeche retención de fragmentos placentarios. ▪ si masa ocupativa periuterina: sospeche absceso pélvico. 		X	X
<p>17. Si se sospecha clínicamente y/o por ecografía: retención de fragmentos placentarios, realice una EXPLORACION DIGITAL DE CAVIDAD UTERINA O EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA para extraer la placenta o sus fragmentos o los coágulos. Use fórceps oval o una cureta grande como para Lgrado uterino instrumental (LUI) complementario si es necesario.</p>		X	X
<p>18. Si no hay ninguna mejoría con estas medidas moderadas y hay signos de peritonitis general (fiebre, sensibilidad al rebote, dolor abdominal), realice una laparotomía para drenar el pus en sospecha de ABSCESO PELVICO, PELVIPERITONITIS O SHOCK SEPTICO.</p>			
<p>19. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas posrevisión y luego cada 8 horas hasta el alta.</p>		X	X
<p>20. Toxide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa.</p>		X	X
<p>21. Si el cuadro empeora, la fiebre no cede, sangrado hemopurulento o de mal olor persiste por más de 72 horas considere shock séptico y añada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AMPICILINA 1g IV c/6 horas. ▪ Considere drenaje o histerectomía por colección intraabdominal. 			
<p>22. INDICACIONES DE ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual ▪ Actividad ambulatoria progresiva ▪ Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. ▪ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas mientras dure la antibioticoterapia. 		X	X
<p>23. Determinar al menos 3 veces al día mínimo por 72 horas o hasta la estabilización de signos vitales: temperatura y control de curva térmica, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.</p>	X	X	X
<p>24. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.</p>	X	X	X
<p>25. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	X	X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.

MANEJO DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL ENDOMETRITIS PUERPERAL.

POSPARTO QUE CURSA CON FIEBRE >38° C

EXAMEN FISICO
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

UTERO SENSIBLE, DOLOROSO,
CON LOQUIOS PURULENTOS DE
MAL OLOR

ENDOMETRITIS
PUERPERAL

LIV
MEDIOS FISICOS
ANTIPIRETICOS

ACETAMINOFEN 1 G VO C/6 H, O
METAMIZOL 1 G IV C/6H

ANTIBIOTICOTERAPIA

CLINDAMICINA 900 MG IV C/8H
+
GENTAMICINA 5 MG/KG/D
O 1,5 MG/KG C/8H

MEJORIA CLINICA

SI

NO

AÑADIR AL ESQUEMA:
AMPICILINA 1 G IV C/6H

ANTIBIOTICO HASTA
48 HORAS SIN FIEBRE.
CONSEJERIA
ANTICONCEPTIVA.
ALTA

ABSCESO,
PELVIPERITONITIS
SHOCK SEPTICO

LAPAROTOMIA

BIBLIOGRAFIA

- **Documentos ministeriales relacionados.***

- **Bibliografía General.***

* Ver al final del documento.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPITULO DE FIEBRE E INFECCION PUERPERAL:

- Scott Moses, POSTPARTUM ENDOMETRITIS. En: Family Practice Notebook, LLC, 2008.
- French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- Villar, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. Vol 367 June 3, 2006.
- Karin Witt, MD Normal and Abnormal Puerperium, American College of Obstetricians and Gynecologists, Section 5 of 9, Article Last Updated: Jun 26, 2006
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy. *JAMA* 2005;293:2141-8
- Andrews, W. Endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis after spontaneous or indicated preterm versus term delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 739-45
- French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. En: La Cochrane Library plus en español. número 3, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
- Hussein, J. Fortney, J.A.. Puerperal sepsis and maternal mortality: What role can new technologies play? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85 Suppl. 1 (2004) S52-S61
- Dieter Ulitzsch, MD, Margareta K. G. Nyman, MD Richard A. Carlson, MD2, Breast Abscess in Lactating Women: US-guided Treatment Volume 232 _ Number 3, *Radiology* 2004; 232:904-909
- OTAIZA O`RYAN Fernando, Endometritis puerperal. Protocolo de Atención en Hospitales 2do y 3er Nivel Obstetricia y Ginecología. SANTO DOMINGO - REPUBLICA DOMINICANA, Primera Edición 2004.
- William J. Ledger. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review. En: *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 29, No. 6: 364-373, December 2003
- Jeffrey C Livingston; Eloisa Llata; Eliza Rinehart; Colleen Leidwanger; Bill Mabie; Bassam Haddad; Baha Sibai Gentamicin And Clindamycin Therapy In Postpartum Endometritis: The Efficacy Of Daily Dosing Versus Dosing Every 8 Hours. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jan;188(1):149-52
- FRENCH, L., Prevention and treatment of postpartum endometritis. *Current women`s health reports.* 2003; 3; (274-279).
- Tran, S. Caughey, A. and Musci, T. Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections. *Am J Obstet Gynecol* September 2003
- Ledger, W. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review. *J Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 29, No. 6: 364-373, December 2003
- T. Liabsuetrakul et al. Current status of prophylactic use of antimicrobial agents for cesarean section in Thailand *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 28, No. 5: 262-268, October 2002
- Enkin MW, Wilkinson C: Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at cesarean. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 4:CD000192.
- Wilkinson C, Enkin MW: Manual removal of placenta at cesarean section. *Cochrane Rev* 2002, 4
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update software.
- Foxman, B D`Arcy, H; Gillespie, B; Bobo, J, Kay and Schwartz, K. Lactation Mastitis: Occurrence and Medical Management among 946 Breastfeeding Women in the United States. *American Journal of Epidemiology*, Volume 155, Number 2, January 15, 2002. Pag.: 103-104
- Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2001 Jan. 9 p. (ACOG practice bulletin; no. 23).
- Magann EF, Chauhan SP, Martin JN Jr, et al.: Does uterine wiping influence the rate of post-cesarean endometritis? *J Matern Fetal Med* 2001, 10:318-322.
- Brumfield, C. Hauth, J. and Andrews, W. Puerperal infection after cesarean delivery: Evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1147-51
- Williams KL, Pastorek JG. Endometritis puerperal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182(5):1147-1151. 2000.
- Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182:1147-1151 Ref.: 25, 2000.
- WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva: WHO/FCH/CAH/00, 2000.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACOG	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.
CIAP-2	Clasificación Internacional de la Atención Primaria.
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima
Revisión.	
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología.
FDA	Food and Drugs Association.
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
ISGP	International Society of Gynecological Pathologists.
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
WHO	World Health Organization.

AMEU	Aspiración Manual Endo Uterina.
CID	Coagulopatía Intra Vasculare Diseminada.
DCP	Desproporción Céfalo Pélvica.
DIU	Dispositivo Intrauterino.
DPPNI	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta.
EG	Edad Gestacional.
ETG	Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual.
FCF	Frecuencia Cardíaca Fetal.
Form.	Formulario Ministerial.
FUM	Fecha de la última menstruación.
HELLP	Síndrome: Hemólisis, Elevated Liver, Lower Plaquetelets.
HTA	Hipertensión Arterial.
IVU	Infección de Vías Urinarias.
LUI	Legrado Uterino Instrumental.
MF	Movimientos Fetales.
PVPC	Parto Vaginal Pos Cesárea.
RPM	Ruptura Prematura de Membranas.
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
TA	Tensión Arterial.
TV	Tacto Vaginal.
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana.

°C	Grados Centígrados.
IM	Administración Intramuscular.
IV	Administración Intravenosa.
Lac Rin	Lactato de Ringer.
LIV	Líquidos Intravenosos.
NPO	Nada por Vía Oral.
SL	Sublingual.
SS	Solución Salina.
VO	Administración Vía Oral.

cc	Centímetro Cúbico.
dl	Decilitro.
g	Gramo.
h	Hora.
kg	Kilogramo.
l	Litro.
mcg	Microgramo.
mEq	Miliequivalente.
min	Minuto.
mg	Miligramo.
ml	Mililitro.
mm	Milímetros.
mm³	Milímetros Cúbicos.
mm Hg	Milímetros de Mercurio.
U	Unidades.
UI	Unidades Internacionales.

BD	Bilirrubina Directa.
BI	Bilirrubina Indirecta.
BT	Bilirrubina Directa.
BUN	Nitrógeno Uréico en sangre.
ELISA	Análisis de inmunoabsorción por enzimas.
EMO	Examen Elemental y Microscópico de Orina.
Hb	Hemoglobina.
HCG-β	Fracción Beta de la Hormona Gonodotrofina Coriónica Humana.
Ig	Inmunoglobulina.
LDH	Deshidrogenasa Láctica.
PCR	Proteína C Reactiva.
Rh	Rhesus, Factor.
RPR	Reagina Plasmática Rápida.
STORCH	Sífilis, Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes.
TGO	Transaminasa Glutamato Oxalacética.
TGP	Transaminasa Glutamato Pirúvica.
TP	Tiempo de Trombina.
TTP	Tiempo parcial de Tromboplastina.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory.
VSG	Velocidad de Sedimentación Globular.

ILA	Índice de Líquido Amniótico.
IP	Índice de Pulsatilidad.
IR ACM	Índice de Resistencia de la Arteria Cerebral Media.
IR AU	Índice de Resistencia de la Arteria Umbilical.
RMN	Resonancia Magnética Nuclear.
RX	Rayos X.
TAC	Tomografía Axial Computarizada.

DEFINICIONES PERINATALES Y TERMINOLOGÍA

Para los fines de esta Manual son aplicables las definiciones siguientes:

Calidad de atención: Conjunto de propiedades y características de un servicio que le confieren su aptitud para satisfacer necesidades expresadas o implícitas de los/as pacientes (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

Calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario/a del servicio.

Oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica: Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la asistencia médica.

Capacitación: Es el entrenamiento práctico que se da al personal para complementar sus conocimientos, perfeccionar y desarrollar sus destrezas, con el propósito de mejorar su eficiencia en el desempeño de las labores encomendadas.

Estándar: Medida de desempeño esperado que es utilizado para evaluar o comparar las acciones realizadas.

Indicador: Expresiones numéricas que cuantifican situaciones, escenarios, cambios en procesos o fenómenos por medio de los cuales en forma práctica, se propicia la detección de las desviaciones, sus posibles causas y sirven de retroalimentación a la programación.

Medicina Basada en Evidencias: Es el uso concienzudo, juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible en la realización de decisiones acerca de la atención en forma individual de pacientes. La práctica de la MBE integra la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática.

Flujograma: Conjunto de reglas o procedimientos lógicos, simples y bien definidos que pueden seguirse para resolver un problema; es imprescindible que este conjunto de reglas conduzca a la solución del problema mediante un número finito de pasos.

Perinatología: período que se desarrolla entre las 28 semanas de gestación y los primeros 28 días de vida.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Fecha de la última menstruación: primer día de sangrado menstrual del último ciclo observado desde el inicio de la amenorrea. Desde esta fecha deben transcurrir 280 días o 40 semanas promedio hasta el nacimiento.

Regla de Naegle: calcula la fecha probable del parto a las 40 semanas. Al primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) sumar 7 días y restar 3 meses.

Maniobras de Leopold: Maniobras semiológicas obstétricas necesarias para el diagnóstico de ubicación fetal en el útero materno.

Emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

Alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido/a y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

NORMA PARA LA ATENCION MATERNO - NEONATAL

INSUMOS	MEDICAMENTOS
Tensiometro	Ferroso tabletas (60 a 100 mg Hierro elemental)
Balanza	Acido Fólico tabletas 1 mg a 5 mg
Termómetro	Citrato, Carbonato de Calcio (200 a 500 mg Calcio elemental)
Fonendoscopio	Nifedipina capsulas o tabletas de 10 mg
Toallas de papel	Betametasona ampollas 4 mg/ml
Guantes estériles y de manejo	Eritromicina etil succinato 500 mg tabletas
Formularios para consulta externa	Ampicilina 1g frasco
Jeringuillas varios tamaños	Clindamicina 600mg ampollas
Microgotero	Gentamicina 80mg ampollas
Equipo de venoclisis	Oxitocina 10 UI ampolla
Catlon nº 16-18	Metilergometrina 0.2 mg/ml ampollas
Bombas de infusión mínimo tres por servicio	Misoprostol 200 ug tabletas
Equipo para bomba de infusión	Nitrofurantoina 100mg capsulas
Jeringuilla de insulina	Fosfomicina 500mg capsulas
Monitor electrónico materno fetal mínimo tres por servicio	Cefalexina 500 mg tabletas
Gel	Cefazolina 1g frasco
Sonda vesical	Ceftriaxona 1g frasco
Equipos de AMEU	Metronidazol 250 – 500mg tabletas
Funda retrosacal para cuantificar	Clotrimazol 100mg crema vaginal

sangrado post parto.	
Cánulas de Karman	Sulfato de magnesio ampollas 10 ml al 20%
	Nifedipina liberación osmótica 30, 60 y 90 mg
	Alfametildopa 250 – 500mg tabletas
	Hidralazina 20mg/1ml ampollas
	Gluconato de Calcio ampolla 10ml al 10%
	Nitroprusiato de sodio 10mg/ml/5ml ampollas
	Dexametasona 4mg/ml ampollas
	Insulina monocomponente o humana 1. Acción Rápida 100UI frasco ampolla 2. Acción Intermedia 100UI frasco ampolla.
	Hierro sacarosa 100mg/5ml ampolla
	Metotrexate 25mg/ml/2 ml
	Leucovorina calcio 50mg ampolla

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTOS MINISTERIALES RELACIONADOS.

- Salas, B. Yépez, E. et al. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. FCI-MSP-UNFPA-LMGYAI-USAID. Quito – Ecuador. 2008
- MSP. Guía de prevención y control de la transmisión vertical del VIH y de manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA. MSP-OPS-KIMIRINA-UNICEF. Quito-Ecuador. 2007.
- CLAP/SMR - OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Publicación Científica CLAP/SMR 1563. 2007.
- Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en la Evidencia para la Reducción de la Mortalidad Neonatal. MSP. Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa de Atención a la Niñez. Quito – Ecuador. 2007.
- Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. MSP. CONASA Subcomisión de Prestaciones. MSP. Quito – Ecuador. 2006.
- Manual de Capacitación (aiepi) Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. MSP – OPS – CIDA. MSP. Quito – Ecuador. Reimpresión 2006.
- MSP-CONASA. Guías para la Atención a personas viviendo con VIH/SIDA y la profilaxis de la infección por VIH en Unidades de salud. MSP. Quito- Ecuador. 2004.
- MSP – MODERSA. Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios. Quito – Ecuador. 2004.
- Manual sobre criterios técnicos para el uso clínico de la sangre y hemocomponentes. Guías para el manejo de mujeres con riesgo obstétrico. Pacientes Pediátricos, Pacientes en general. Quito – Ecuador. 2004.
- Rivadeneira, G y Nieto MD. Manual Técnico de Hemovigilancia en Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional. MSP-OPS-OMS. Quito-Ecuador. 2004.
- Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. CONASA. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. V Revisión. 2004
- Normas de Atención a la Niñez. MSP. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Programa de Atención a la Niñez. Quito – Ecuador. 2003.
- Manual de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria para Consejeros Comunitarios. MSP 2001.
- MSP. Manual de Normas y procedimientos para la atención de salud reproductiva. Ecuador 1999.
- Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad. MSP – UNFPA – OPS. Dirección Ecuador. 1996.
- Castelo, G. Bases conceptuales de la Atención Integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en la Salud Reproductiva. MSP. Quito. 1995.
- MSP. Normas para la Atención Materno – Infantil. Tercera Edición. Editorial MSP. Quito – Ecuador. 1990.

BIBLIOGRAFIA MINISTERIAL LATINOAMERICANA RELACIONADA

- Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay. 2007.
- Normas de Atención a la Niñez. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Coordinación Nacional de Fomento y Protección. Programa de Atención a la Niñez. MSP. Quito – Ecuador. 2003.
- Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud Departamento de Atención Integral a la Mujer. Managua – Nicaragua. 2001.
- Normas de Manejo de emergencias y patologías obstétricas para el nivel institucional. República de Honduras. Secretaría de Salud. Unidad de atención a la Mujer. Tegucigalpa – Honduras. 1999.
- Espinoza, m, Nagahata, j, Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva, Editorial MS del Perú. 1997.
- Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaría de Salud-Mother Care Bolivia. La Paz – Bolivia. 1996.
- Protocolos de Manejo de las principales emergencias obstétricas y Perinatales. Centros y Puestos de Salud. Guatemala 1996.
- Normas de diagnóstico y tratamiento en gineco – obstetricia. Caja Nacional de Salud. OPS-OMS. La Paz – Bolivia. 1995.
- Manual de Normas y Procedimientos de atención integral a la mujer. República de Honduras. Secretaría de Salud. Unidad de atención a la Mujer. Tegucigalpa – Honduras. 1995.
- Normas de asistencia a la embarazada diabética. CLAP-OPS-OMS. Publicación Científica CLAP N° 1276. Montevideo – Uruguay. 1993.
- Normas de Atención Materna y Planificación Familiar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-UNICEF-OPS-OMS. Caracas - Venezuela. 1992.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Gender, Health and Development in the Americas. Basic Indicators 2007. OPS-OMS-UNFPA-UNIFEM. 2007.
- FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 2da Edición. FLASOG. 2007.
- Cunningham, G; Hauth, J; et. al. Williams Obstetricia, 22º Edición, Editorial Mc Graw Hill. México D.F., 2006.
- Gabbe, S. Niebyl, J. Simpson J. Obstetricia, Editorial Marban, Madrid-España, 2006.
- Jijón L, A. Sacoto A, M. Córdova U, A. Alto Riesgo Obstétrico. Ecuaooffset. Quito – Ecuador. 2006.
- Carrera, JM. Mallafre, J. Serra, B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ta. Edición. 2006
- Cifuentes, R. Alto Riesgo Obstetrico Editorial. Distribuna. 6ta edición. 2005.
- Schwarcz, R; Fescina, R And Duverges, C. "Obtetricia", Sexta Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires – Argentina, 2005.
- Johns Hopkins, Ginecología Y Obstricia, Tomo 1, Editorial Marban 2º Edición, España – Madrid 2005.

- Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medica de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid Espana, 2003
- Leveno, K. Cunningham, F. et al. Williams. Manual de Obstetricia. Editorial Mc Graw Hill. México D.F., 2003.
- DeCherney, A, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos, Editorial Manual Moderno, México 8º Edición, 2003.
- Integrated Management of Pregnancy And Childbirth. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Manual IMPAC, OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. 2002
- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OMS / UNICEF. Ginebra. 1998. OMS.
- Arias F: Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, Mosby Doyma Libros, Segunda Edición 1995.
- CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. OPS-Publicación Científica N° 554. Washington-USA. 1995.
- CIAP 2. Clasificación Internacional De La Atención Primaria. Comité Internacional de Clasificación de la ©Wonca.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA O RELACIONADA A CADA CAPITULO
--

- Ver final del capitulo correspondiente



- Gremios Profesionales
- Organizaciones No Gubernamentales
- Trabajadores de la Salud
- Servicios Comunitarios de Salud
- Salud Ambiental

COOPERACIÓN TÉCNICA

