



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS  
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA  
LIBRE”, MARZO-AGOSTO 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN GERENCIA  
DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA:**

**OBST. MARICELA SUÁREZ DELGADO**

**DIRECTORA:**

**Mg. Sp. MARCELA VITERI DE DELGADO**

**MANTA – ECUADOR**

**2011**

Mg. Sp.

Marcela Viteri de Delgado

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE”, MARZO-AGOSTO 2011**, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la U.T.P.L., por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Manta, agosto de 2011

Mg. Sp. Marcela Viteri de Delgado

## **AUTORÍA**

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Manta, agosto de 2011

Obst. Maricela Suárez Delgado

C.I. 091584533-3

## **CESIÓN DE DERECHO**

Yo, Maricela Suárez Delgado, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Manta, agosto de 2011

Obst. Maricela Suárez Delgado  
C.I. 091584533-3

## **DEDICATORIA**

“Si se siembra la semilla con fe y se cuida con perseverancia, solo será cuestión de tiempo recoger sus frutos”.

Como expresa Thomas Carlyle, con fe y perseverancia inicié esta Maestría, y los pilares fundamentales para seguir adelante ha sido el apoyo constante de mi familia, mi esposo y mis hijos, que en la adversidad y en las alegrías nos hemos sentido más unidos que nunca.

¡A ellos con amor....!

Por ser “el ideal” para conseguir mis sueños de superación.

**Maricela**

## **AGRADECIMIENTO**

“Cuando estás inspirado por algún propósito, por algún proyecto extraordinario, los pensamientos rompen sus barreras, la mente trasciende sus limitaciones, la conciencia se expande en todas las direcciones, y te encuentras en un mundo nuevo y maravilloso; las fuerzas, las facultades y los talentos dormidos cobran vida y te das cuenta de que eres mucho más grande de lo que jamás hubieras soñado”. Pantanjali

Con infinito agradecimiento expreso mis más sinceros agradecimientos al personal docente y administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad para acrecentar en mí el espíritu de actualización y formación profesional.

Al Centro de Salud Daniel Acosta Rosales, por su predisposición a colaborar en este trabajo y por prestarme todas las facilidades para llevar a cabo la investigación.

Por su acertada asesoría, a la Lic. Marcela Viteri, Mg., quien con sus probos conocimientos ha guiado mi trabajo de tesis, dejando plasmado en él la esencia de los conocimientos adquiridos.

**La autora**

## CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE"

### CERTIFICACION

La Directora del Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" CERTIFICA:

Que la Obst. Maricela B. Suárez Delgado, con cedula de ciudadanía 0915845333, realizó un proyecto de Mejoramiento de la calidad de atención a las Embarazadas en esta institución desde marzo a agosto 2011, el mismo que otorgará grandes beneficios a las embarazadas, sus hijos y familiares.

La interesada puede hacer uso del presente certificado como lo estime conveniente.

Manta, agosto 1 del 2011



Lic. Ramona Lucas  
Directora Centro de Salud

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES:</b>	<b>PÁGINAS</b>
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificado institucional	vii
Índice	viii
<b>APARTADOS</b>	
1. Resumen	1
2. Abstract	3
3. Introducción	5
4. Problematización	8
5. Justificación	11
6. Objetivos	14
7. Marco teórico	16
7.1. Marco institucional	17
7.1.1. Aspectos geográficos	17
7.1.2. Dinámica poblacional	20
7.1.3. Misión de la institución	20
7.1.4. Visión de la institución	21
7.1.5. Características de la organización administrativa	21
7.1.6. Servicios que presta la institución	23
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura	25
7.1.8. Características geofísicas de la institución	26
7.1.9. Políticas de la institución	28
7.2. Marco conceptual	31
7.1.1. Embarazo	31

7.1.2.	Control prenatal	31
7.1.3.	Diagnóstico de edad gestacional	32
7.1.4.	Diagnostico de la condición fetal	33
7.1.5.	Diagnóstico de la condición materna	34
7.1.6.	Educación materna	35
7.1.7.	Exámenes de laboratorio	43
7.1.8.	Periodicidad del control prenatal	47
8.	Diseño metodológico	48
8.1.	Matriz de involucrados	49
8.2.	Árbol de problemas	51
8.3.	Árbol de objetivos	52
8.4.	Matriz del marco lógico	53
9.	Resultados	58
	Resultado N° 1	59
	Resultado N° 2	65
	Resultado N° 3	69
	Evaluación de los indicadores de los resultados	98
	Evaluación del indicador del propósito	112
	Evaluación del indicador del fin	113
10.	Conclusiones	114
11.	Recomendaciones	116
12.	Bibliografía	119
13.	Anexos	124

## **1. RESUMEN**

En el Centro de Salud 24 Horas “Cuba Libre” de la ciudad de Manta-Ecuador, se realizó un Proyecto de Acción dirigido al mejoramiento de la calidad de atención a las embarazadas.

La propuesta partió con la realización de un diagnóstico participativo, actividad en la que se evaluó la problemática que afecta al grupo de embarazadas que se atienden en el centro de salud y en el que mediante consenso se estableció como problema prioritario “el inadecuado control prenatal a las embarazadas atendidas en el Centro de Salud 24 Horas “Cuba Libre”.

Al realizar el análisis de la problemática señalada, se estableció como factores causales, el incumplimiento de guías y normas de control, desactualización del equipo de salud y el hecho de que las embarazadas y familiares estén desinformados sobre su rol en el control del embarazo.

Como respuesta se desarrolló un problema de acción cuya finalidad fue el mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo/a, el propósito fue mejorar la calidad del control prenatal y los resultados estuvieron orientados a la aplicación de las guías y normas del control a embarazadas, actualización del equipo de salud e informar a las embarazadas y su familia sobre su rol en el control del embarazo.

Se cumplió con el 100% de las actividades planificadas, se ejecutó reuniones con el 100% del personal y se entregó el manual de normas del control del embarazo.

Concluyendo que si se puede mejorar la calidad de vida de la embarazada aplicando las guías y normas, realizando la actualización del equipo de salud e informando a las embarazadas y familiares que se atienden en el centro de salud 24 Horas “Cuba Libre” sobre su autocontrol durante el embarazo.

## **2. ABSTRACT**

The preliminary to carry out the investigation were carried out them directly in the facilities of the Center of Health 24 Hours "Free Cuba" of the city of Blanket.

Along the development of the work a has been had without number of problems, as for the indifference of the pregnant ones in receiving orientation and training in prenatal controls, in spite of it has been achieved it to fulfill the proposed goals to have "pregnant informed on their list, acting in a responsible way."

Under this context several activities were developed in the Center of Health that they imply to improve the topic of pregnancies, whereas clause that you/they are assisted an average of 427 women pregnant primigestas from January to July of the 2011 in the Center.

He/she was carried out a situational diagnosis of the Center of Health initially, later on he/she decided to intervene in the problem of pregnancies in women assisted in the institution, for the increment in the rates of attention felt convenient to carry out a Program that implies the conformation of the Club of Pregnant, understood from March to August of the 2011, framing it inside the mark of the integral health of the pregnant one, allowing to adapt preventive stocks inside the promotion of the health, offering integral attendance to each pregnant one, to their children, couples and relatives and to contribute with elements for the development of their potentialities.

This Program of social development was executed, specifically of training and promotion of health; using the methodology of the logical mark.

### **3. INTRODUCCIÓN**

La Salud Materna, depende en buena medida del bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y el post parto. Por ende ello también estriba en el entorno en el que la mujer embarazada se desenvuelve. Lo que determina que esta tarea es de toda la familia. Y como conclusión se debe contar con el talento humano adecuado, pues como mínimo el personal sanitario que prestara un servicio en el campo de obstetricia y neonatología, debe poseer la capacidad de hacer disimiles funciones que implica: ayudar a las mujeres y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal normales; detectar las complicaciones; y tener la capacidad de referir a las mujeres y los recién nacidos para que reciban atención de niveles más altos si se requiere.

El personal sanitario de cualquier nivel puede aplicar normas profesionales acordadas, universalmente aceptadas y basadas en evidencias, representando un eslabón en la cadena necesaria para lograr que todas las mujeres y los recién nacidos se beneficien de una atención capacitada. El uso de normas para la atención ayudaría a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Tales normas deben basarse en teorías e investigaciones que tengan una visión familiar y comunitaria.

Cuando se evalúa la práctica actual, organizar programas de perfeccionamiento y de actualización, así como elaborar programas de estudios, talleres, formar Clubes, pueden ayudar a apaliar los problemas operativos que deben resolverse para satisfacer el nivel acordado de desempeño.

Este Plan de Acción brindará la posibilidad de definir y redefinir la normativa propuesta por el MSP, es decir validarla en el servicio que presta el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" y constituirse en un instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad con oportunidad, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo.

Transita el mismo por niveles que se inician con el cuidado intrafamiliar y comunitario, continúa con las acciones de atención primaria y secundaria, donde normalmente debe culminar el proceso con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro. Al actuar así se eleva la calidad y calidez de las prestaciones, se mejora la oportunidad de acceso de las usuarias que lo requieren, se optimizan los servicios y se eleva la satisfacción de las/los usuarios.

No existieron limitaciones para llevar a cabo el Programa a más de la difícil tarea de concienciar a las embarazadas, pero con la satisfacción de haber logrado el propósito deseado.

## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

El embarazo es una experiencia profunda en la vida de la mujer, mientras cambian su cuerpo y su ánimo, también lo están haciendo sus necesidades y prioridades. La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

Los últimos datos publicados a nivel nacional al respecto con información de instituciones del sector público demuestran que aproximadamente 20% de las embarazadas no controlan nunca su embarazo, que en la mayoría de las provincias el número de controles está por debajo de los recomendados por la O.M.S. y sólo 25% de las mujeres consultan en el primer trimestre. En el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre", se han atendido en el período de enero-diciembre de 2010, 727 mujeres embarazadas; y, en el período de enero-julio 2011, 427 embarazadas, demanda que está sobre la capacidad de oferta del Centro.

El inadecuado control a las embarazadas atendidas en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre", estableciéndose como causas principales las siguientes:

1. Incumplimiento de guías y normas de control a embarazadas, porque las normas no se han adaptado al Centro de Salud, debido a que el programa no ha sido identificado, razón por la que las embarazadas no reciben control precoz, ni con efecto de riesgo y no se planifica un esquema de control prenatal.
2. Desactualización del equipo de salud sobre guías y normas de atención, porque no existen programas de capacitación continua, y porque no hay una persona que eduque, razón por la que las embarazadas no reciben control integral, la embarazo se desmotiva y abandona el tratamiento.
3. Embarazadas y familiares desinformados sobre su rol en el control del embarazo, porque el equipo de salud incumple con sus funciones, razón por la que las embarazadas se desorientan sobre su autocuidado, incumplen las normas de alimentación e higiene, aumentando e riesgo a complicarse.

Todo este contexto provoca que la embarazada y su hijo tengan mala calidad de vida.

Surge entonces la siguiente interrogante: ¿Es factible implementar un proyecto de mejoramiento de la calidad de atención a las embarazadas en el Centro de Salud 24 Horas “Cuba Libre”?

## **5. JUSTIFICACIÓN**

En nuestro país, con estrategias encaminadas a disminuir la mortalidad neonatal, se ha logrado impactar en el descenso de ellas, en la actualidad la estrategia gubernamental asume reducir en un 30% (muerte materna) y un 35% (muerte neonatal) lo cual contribuye al compromiso social y al fortalecimiento de la vigilancia y control del mismo.

El presente trabajo muestra las principales estrategias de tipo gerencial aplicadas a las mujeres en etapa de embarazo que repercuten en el producto y por tanto contribuyen a disminuir de manera significativa las complicaciones. Se hace énfasis en las medidas estratégicas pertinentes para mejorar la calidad de vida de las embarazadas como en sus hijos/as, con el objeto de incidir en el descenso global de la mortalidad infantil.

El alcance social del proyecto es muy significativo por cuánto no solamente está dirigido a las embarazadas, sino a la pareja, familiares, a la ciudadanía, autoridades y personal de las instituciones de salud.

En beneficios a la ciudadanía: ya que en la actualidad las leyes del país hacen énfasis en la corresponsabilidad Paterna y Materna, así como también de los familiares en primero y segundo grado de consanguinidad del recién nacido, de tal manera que si se concreta un cuidado y seguimiento por parte de la Madre sobre su estado general podrá fácilmente contribuir a disminuir las complicaciones de su embarazo así como el cuidado y mantenimiento del neonato y en consecuencia no se verá afectada la economía familiar y de terceros en la manutención de algún niño discapacitado.

Para el Centro de Salud, servirá a los fines institucionales, presentes y futuros, proporcionando las bases del control adecuado de las embarazadas, además de contribuir con bases sólidas para formar indicadores básicos de atención de calidad médica.

Por su relevancia, en la actualidad se ha establecido la política de Salud del buen vivir, esto implica que todo ciudadano/as debe contar con oportunidades de salud

adecuadas que aseguren un bienestar integral, contando entonces con un Club de Embarazadas que aseguren sus controles de embarazo y posterior seguimiento del neonato se podrá obtener la relevancia esperada en salud.

En cuanto a contribución personal, entregar fundamentos básicos de cuidado a las embarazadas, así como control neonatal a las mismas para el bienestar del binomio materno-infantil, por ende mejorar su calidad de vida.

Para enfrentar de la mejor forma este reto, se llevó a cabo un Programa de Capacitación tanto a embarazadas como a personal de salud del Centro, en el cual se incluyó la conformación del Club de Embarazadas, que redunda en un proyecto de vida digno.

## **6. OBJETIVOS**

## **6.1. OBJETIVO GENERAL**

Brindar buena calidad de atención a las embarazadas en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre, mediante el cumplimiento de guías y normas y actualización del equipo de salud, para que las embarazadas y familiares estén informados sobre el control del embarazo, y así mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo.

## **6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Cumplir guías y normas en el control a embarazadas para que reciban un control precoz.
2. Actualizar al equipo de salud sobre guías y normas de atención a embarazadas para que reciban un control integral, se motiven y no abandonen el control prenatal.
3. Capacitar a embarazadas en temas de control prenatal, fomentando actividades y conductas responsables para que asuman su rol en el control del embarazo y se disminuya el riesgo de complicaciones materno-infantil.

## **7. MARCO TEÓRICO**

## **7.1. MARCO INSTITUCIONAL**

### **7.1.1. ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR**

La parroquia Eloy Alfaro, está dividida geográficamente en los siguientes sectores:

**Sector 1.-** San José, 9 de Octubre, Cementerio y Juan Montalvo.

**Sector 2.-** 2 de Agosto, 10 de Agosto, Santa Lucía y Chaparral.

**Sector 3.-** Las vegas, María Auxiliadora 1 y Forestal 2.

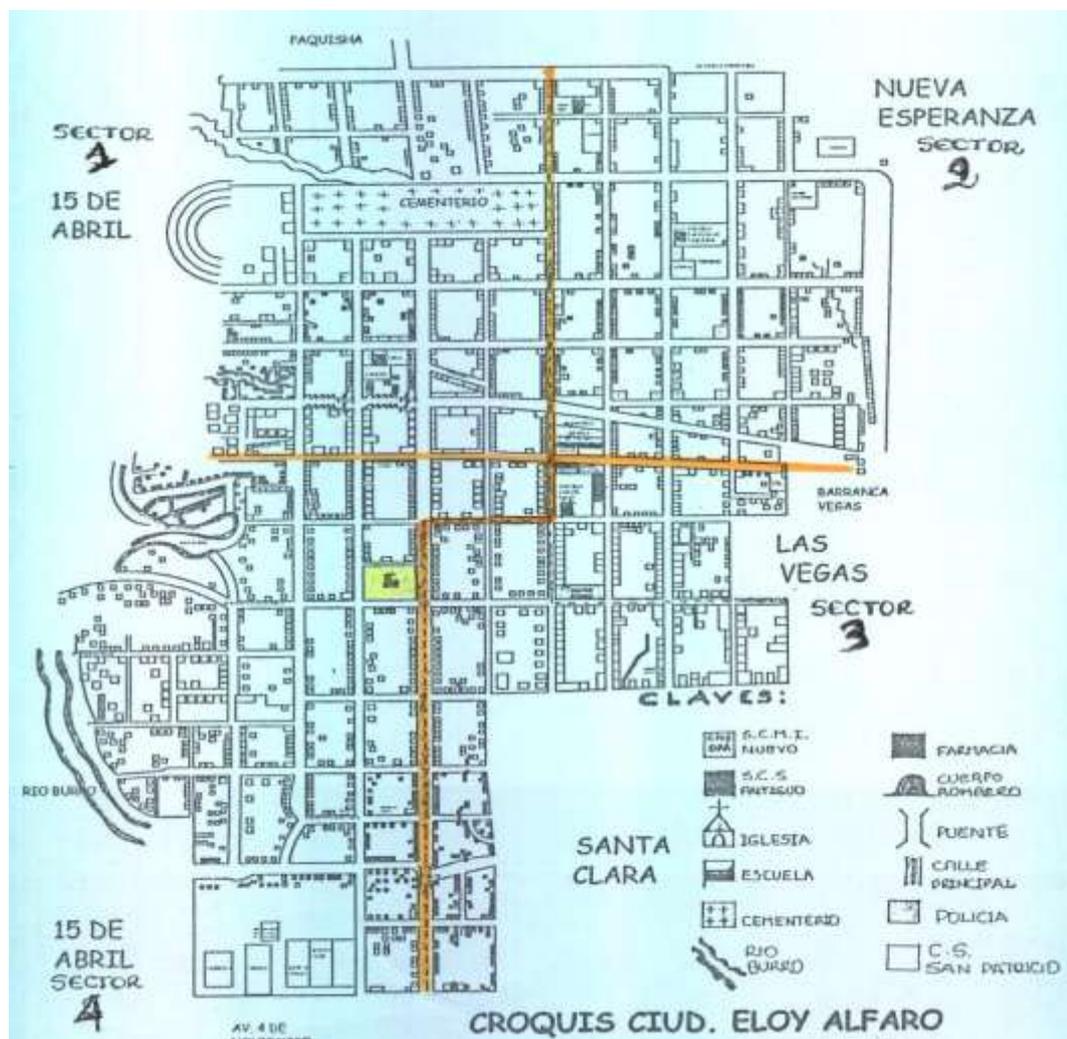
**Sector 4.-** María Auxiliadora, Los Laureles, Amazonas, Ricardo Paredes y Primero de Mayo.

Limita al Norte con la Avenida 4 de Noviembre; al Sur con la Vía Circunvalación; al Este, con la Ciudadela 15 de Abril y Sector Horacio Hidrovo y al Oeste, con el Barrio María Auxiliadora.

El grado de pobreza extrema que viven los pobladores de la Parroquia Eloy Alfaro, afecta su nivel de salud el mismo que se ve agravado por la falta de educación de la población. Esto origina, entre otras circunstancias la ineficiente labor de las autoridades cantonales, la desorganizada planificación urbana y los constantes desplazamientos de cada vez más familias de áreas rurales hacia la ciudad.

Como toda parroquia nueva, se observa que los procesos de desarrollo no han sido correctamente canalizados, ya que uno de los problemas más frecuentes que se enmarca es el sanitario, en el que se destacan: infraestructura básica ineficiente, bajo nivel educativo de los habitantes y participación comunitaria deficiente.

Geográficamente está organizada según se evidencia en el croquis de la parroquia Eloy Alfaro.



En el año 1975, se creó y entró en funcionamiento un puesto de salud a cargo de una Auxiliar de Enfermería. En 1979, se eleva a la categoría de Subcentro mediante gestión comunitaria y por el apoyo del Dr. César Acosta que para ese entonces se desempeñaba como Prefecto provincial, y en reconocimiento a su labor la unidad llevó el nombre de su señor padre Dr. Daniel Acosta Rosales.

Desde 1985, estuvo a cargo del mismo un profesional en medicina rural. En 1989, durante el gobierno del Dr. Rodrigo Borja el centro de salud fue considerado como una unidad piloto que accionaría en coordinación con otras unidades ubicadas en

diferentes barrios de la parroquia como son Santa Clara, Horacio Hidrovo, Nueva Esperanza, María Auxiliadora, 20 de Mayo y 15 de Abril.

Durante 1991, la unidad incrementó sus recursos humanos ingresando al servicio médico de pediatría lo que permitió mejorar y aumentar la cobertura, con el apoyo de la Junta Parroquial, Junta Cívica, en coordinación con el equipo de salud, Ministerio de Salud Pública y el proyecto FASBASE, actualmente la comunidad cuenta con el personal médico, técnico y administrativo que brinda atención de consulta externa en horarios de una sola jornada de 8h00 a 14h00, cuyo único objetivo es brindar bienestar primario de salud priorizando los grupos de riesgo social y biológico con una participación activa.

El 26 de noviembre del 2010, se da apertura a la maternidad con el apoyo del ex Alcalde Sr. Jorge Zambrano y antiguo Jefe del Área Sr. Cristóbal Zambrano, atendiendo partos las 24 horas del día. Actualmente dicho servicio se mantiene y es por esto que se le cambia el nombre de Daniel Acosta Rosales por disposición a nivel Nacional del MSP a Centro de salud 24 horas Cuba Libre.



### 7.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL

“Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2040, al cantón Manta le corresponde una población de 221.280 habitantes en el área urbana 210.675 y en el área rural 10.605 que constituyen el 20% de la población provincial.” (INEC, 2001).

**TABLA Nº 1**

<b>MORTALIDAD</b>	
HOMBRES	26,39 / 1.000 nacidos
MUJERES	37,28 / 1.000 nacidos
<b>TOTAL</b>	<b>63,67 / 1.000 nacidos</b>

**TABLA Nº 2**

<b>MIGRANTES</b>	
15 A 29 AÑOS	204,448 PERSONAS
> 29 AÑOS	173,460 PERSONAS
<b>TOTAL</b>	<b>377,908 PERSONAS</b>

### 7.1.3. MISION DE LA INSTITUCION

“Brindar atención familiar integral y comunitaria priorizando actividades de fomento y protección de salud en beneficio de los grupos de mayor riesgo: embarazadas y niños menores de 5 años, utilizando estrategias y normas de atención primaria de salud, sin descuidar lo referente a la recuperación de la salud con responsabilidad, solidaridad, optimización, honestidad equidad en coordinación con entidades de mayor nivel de complejidad y comunidad mediante el aprovechamiento y optimización de los recursos generados de la autogestión y del estado.” (S.C.S. 24 Horas “Cuba Libre”, 2011)

#### **7.1.4. VISION DE LA INSTITUCION**

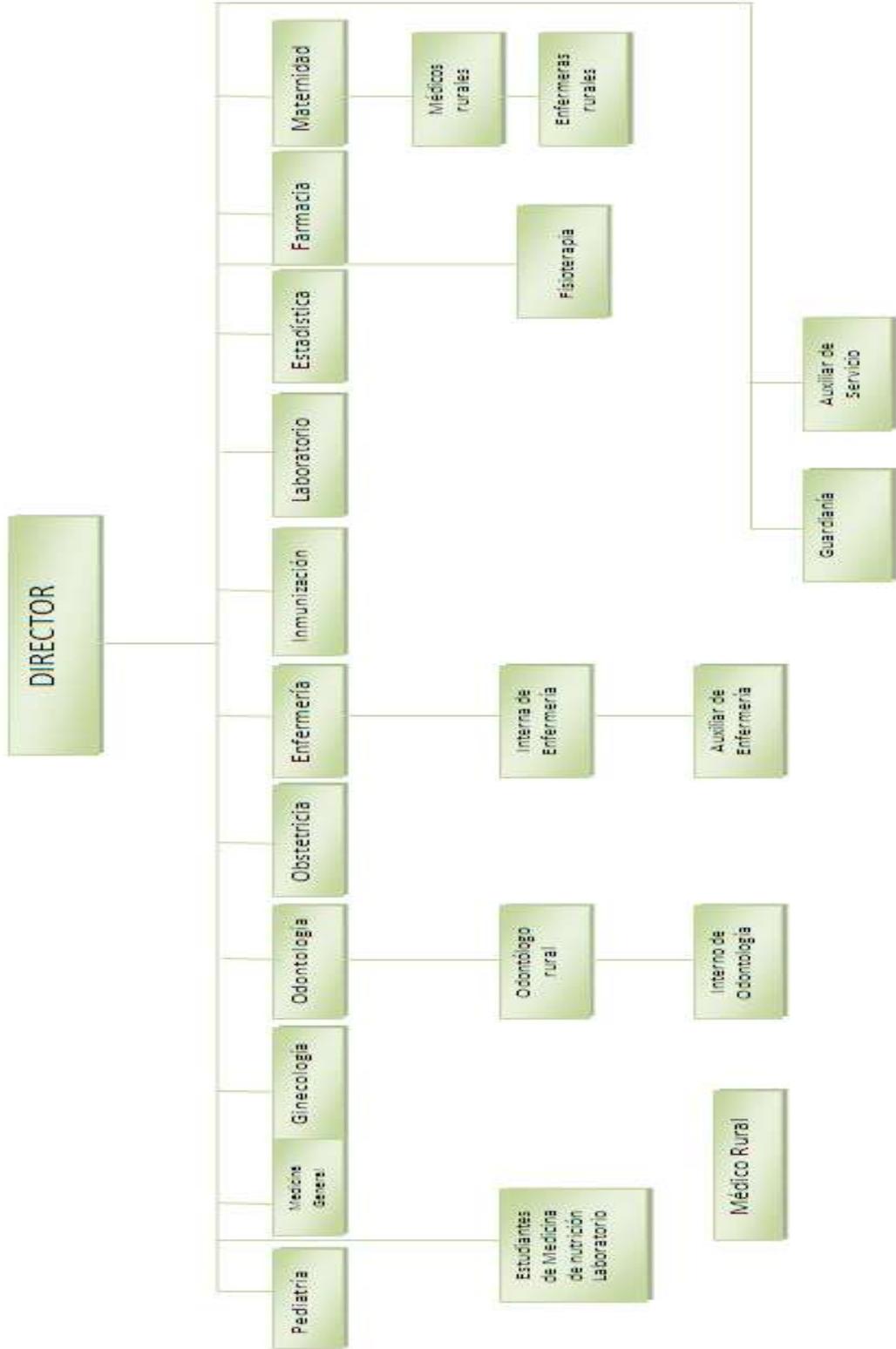
“El Centro de Salud tiene una buena infraestructura y con capacidad para que funcione la Maternidad, que brinda atención las 24 horas del día incluyendo atención médica especializada con internación, equipos de alta tecnología y materiales suficientes, contribuyendo así disminuir los servicios de salud brindados por el Hospital y de esta manera poder garantizar las condiciones de una vida saludable a los habitantes de la parroquia Eloy Alfaro con calidad, solidaridad y equidad.” (S.C.S. 24 Horas “Cuba Libre”, 2011)

#### **7.1.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

El presupuesto del Centro de Salud es financiado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y por autogestión de exámenes de laboratorio.

El Servicio de Maternidad es financiado a través de la Ley de Maternidad Gratuita del Ministerio de Salud Pública y por gestiones y autogestiones del Comité Cantonal de Salud, quien está presidido por el Alcalde de Manta, Ab. Jaime Estrada y por la Jefa del Área de Salud # 2, Dra. María de Lourdes Chávez.

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE"**



Cuenta con el siguiente personal:

2 Médicos de planta 4 horas, 1 Médico tratante 8 horas, 1 Médico Tratante de Pediatría 4 horas, 1 Médico tratante de Ginecología 4 horas, 1 Odontólogo de planta 4 horas, 1 Obstetriz contratada 8 horas, 1 Licenciada de Enfermería de planta 6 horas, 1 Licenciada de Enfermería contratada de 8 horas, 1 Auxiliar de Enfermería de planta 8 horas, 1 Tecnólogo de Laboratorio Clínico contratado de 6 horas, 1 Profesional de Estadística de planta de 8 horas, 2 Auxiliar de Estadística de 8 horas, 1 Personal de Farmacia 8 horas, 4 Personas de limpieza de 8 horas, 1 Conserje. A estos se le suman tres internos de enfermería, estudiantes de medicina, nutrición y laboratorio clínico de la ULEAM. Cada uno de estos recursos labora de lunes a viernes según su horario de prestación de servicios.

En el servicio de Maternidad 24 Horas se cuenta con el siguiente personal:

3 Médicos Rurales (Residentes con turnos de 24 horas), 3 Licenciadas de enfermería con turnos de 24 horas, 2 Guardianes contratados.

Otorgando servicio de partos normales, post parto inmediato y atención al recién nacido las 24 horas.

#### **7.1.6. SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD**

Se define servicio de salud como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedad, así como mantener y mejorar la salud.

El personal médico ofrece la atención necesaria y de alta calidad en cumplimiento con el Plan de Salud que es constituido por: Medicina general, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Odontología, Atención de adolescentes, Farmacia, Laboratorio Clínico Inmunización, Vigilância epidemiológica, Visitas domiciliarias, Planificación familiar y D.O.C, Saneamiento ambiental y cirugía menor, control de enfermedades transmisibles , Maternidad gratuita atención de parto y post parto inmediato las 24 horas del día.

**Programas que se ejecutan:**

PAI (Programa Ampliado de Inmunización), PANN 2000 (Programa Nacional de Nutrición y Alimentación), PCT (Programa de Control de la Tuberculosis),DOTS (Detección Oportuna de Sintomáticos Respiratorios), SISVAN, Programa de Visitas Domiciliarias (EBAS ), Consulta Externa, Emergencias, Planificación Familiar, Control Prenatal, Programa CONE (Capacitación Obstétrica Neonatal Esencial), Control post-parto, DOC (Detección Oportuna De Cáncer Cérvico - uterino), Programa de Salud Escolar, AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de La Infancia), Programa de Atención Comunitaria Micro fases de Vacunación y Brigadas de atención en guarderías y zonas alejadas, Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano, Educación a los Usuarios, Saneamiento ambiental, Control de enfermedades transmisibles ( E.T.S. )

## 7.1.7. DATOS ESTADISTICOS COBERTURA

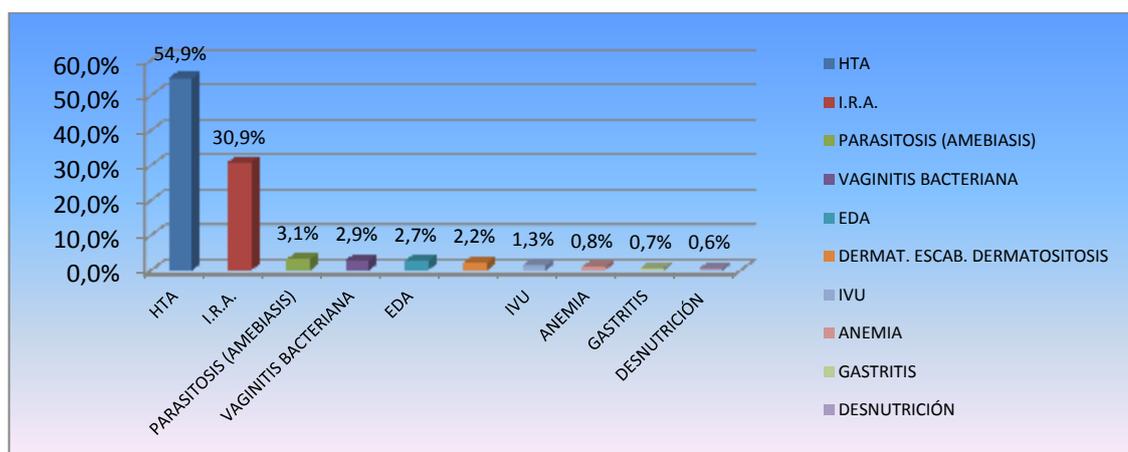
**TABLA Nº 3**  
**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL C.S. 24 HORAS “CUBA LIBRE”**  
**ENERO 2010 - JULIO 2011**

Código C.I.E.	CAUSAS	fi	%
I11	HTA	8257	54,9%
A.09	I.R.A	4647	30,9%
D85	PARASITOSIS (AMEBIASIS)	471	3,1%
B37	VAGINITIS BACTERIANA	498	2,9%
009	EDA	398	2,7%
B35	DERMAT. ESCAB.DERMATOSITOSIS	335	2,2%
O23	IVU	195	1,3%
D50	ANEMIA	126	0,8%
K29	GASTRITIS	100	0,7%
O25	DESNUTRICIÓN	83	0,6%
	TOTAL	15040	100%

Fuente: C.S. 24 Horas “Cuba Libre” 2011

Elaborado por: Autora

**GRÁFICO Nº 1**  
**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL C.S. 24 HORAS “CUBA LIBRE”**  
**MARZO 2010 - JULIO 2011**



Fuente: C.S. 24 Horas “Cuba Libre”, 2011

Elaborado por: Autora

**Análisis e interpretación.-** En el Centro de Salud la patología que más incidencia presenta es la HTA con el 54%, continuando con la IRA con el 30.9%, en menor escala se presentan la parasitosis con el 3,1%, la vaginitis bacteriana se presenta con un 2.9%. Otros datos representan en menor escala las patologías.

## **7.1.8. CARACTERÍSTICAS GEO FÍSICAS DE LA INSTITUCION**

### **RECURSOS FISICOS**

#### **a) Infraestructura:**

Se encuentra distribuido en dos cuerpos: externo e interno. Cuenta con todos los servicios básicos: agua potable, luz eléctrica, teléfono.

#### **1) Cuerpo externo:**

En esta área se encuentran las siguientes salas:

- Consulta de externa y emergencia.
- Área de espera.
- Garaje.

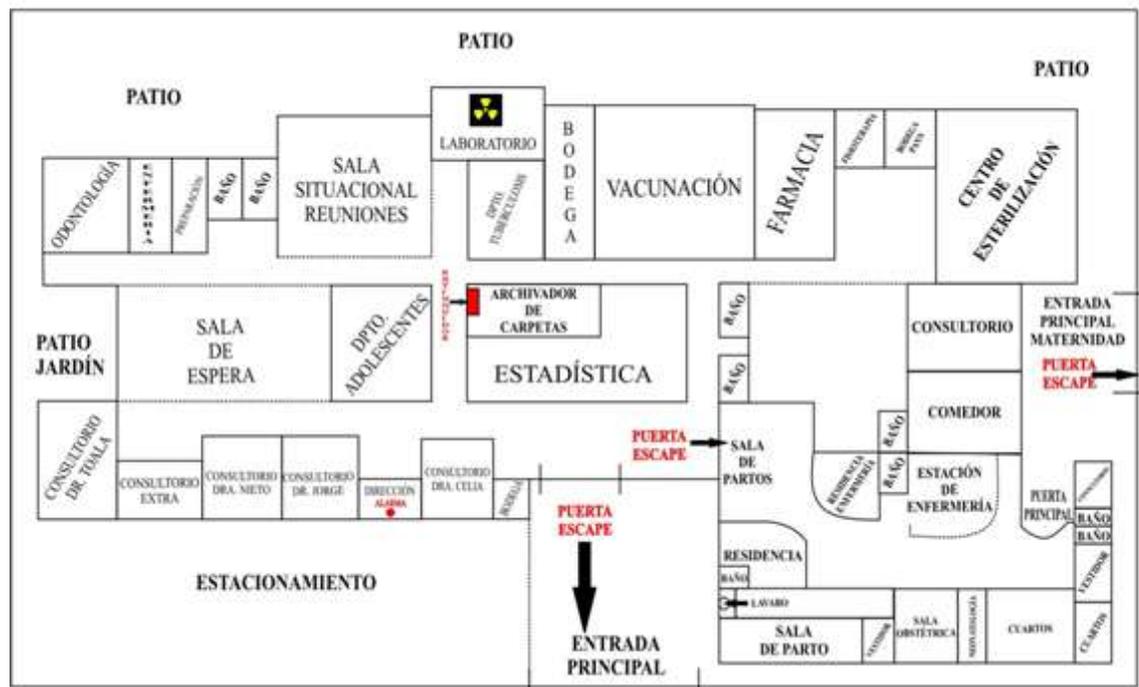
#### **2) Cuerpo interno:**

Dentro de esta área se encuentran áreas no estériles, semi estériles y la estéril.

- Área no estéril:
  - Comedor.
  - Sala de esterilización y de suministros.
- Área semi estéril:
  - Estación de enfermería.

- Sala de post-parto con 4 camas.
  - Sala de post-parto individual con 1 cama.
  - Cuarto de residencia médica con 1 baño.
  - Cuarto de residencia de enfermería.
  - Vestidor.
  - Sala de Recuperación con 2 camas y 1 baño.
  - Baño para pacientes.
  - Baño para trabajadores de la salud.
  - Sala de insumos y vestimenta medica.
  - Sala de lavado de manos.
- Sala Estéril: Cuenta con los siguientes servicios:
    - Sala de parto con 2 camas ginecológicas.
    - Neonatología.

### Infraestructura física del Centro de Salud



## **RECURSOS MATERIALES**

Cuenta con 10 camas, 5 cunas, 1 termo cuna, 1 autoclave, 4 mesas ginecológicas, 3 vitrinas grandes, 2 vitrinas pequeñas, instrumentales para la atención de parto normal, materiales de insumos y medicamentos que serán entregados en paquetes para cada parturienta de Maternidad Gratuita.

### **7.1.9. POLÍTICAS DEL CENTRO DE SALUD**

#### **Generales**

- El personal de enfermería deberá presentarse 10 minutos antes del turno de trabajo, con su respectivo uniforme.
- Recibir y entregar informe escrito con las novedades ocurridas en el turno.
- Recibir, entregar materiales y equipos del servicio.
- Cumplir y controlar la inducto conducción prescrita por el médico.
- Está prohibido salir de centro obstétrico con ropa quirúrgica.

#### **Del Servicio de la Maternidad**

Todo el personal médico, de enfermería, auxiliares, administrativos que laboran en la maternidad deberá colocarse ropa verde, gorro, botas y mascarilla cuando se manipule al recién nacido.

- La puerta exterior del servicio debe permanecer cerrada.
- El personal médico y de enfermería debe lavarse las manos hasta el codo, con agua, jabón, cepillo y colocarse ropa del servicio, este procedimiento será realizado cuántas veces sea necesario entrar.
- Sólo se permitirá la entrada al personal que trabaje en el servicio.
- Los recién nacidos prematuros deben ser trasladados en incubadoras portátiles, así mismos aquellos que necesiten oxígeno, el cual deberá mantenerse hasta el respectivo lugar de traslado.

- Todo niño que haya nacido en la maternidad deberá ser vacunado a partir de las 24 horas de vida, sino hay contraindicación (peso bajo).
- Cuando las condiciones del niño lo permitan, deberá la madre dar de lactar.
- Las cunas de los recién nacidos serán asignadas por la enfermera de acuerdo al diagnóstico y la necesidad del mismo.
- Toda prescripción médica debe ser realizada por escrito y respaldada por la firma del médico.
- Tendrán acceso a las historias clínicas de los recién nacidos el personal médico y de enfermería.
- Por ningún motivo las historias de la unidad saldrán fuera de ella sin la debida autorización del médico jefe, a excepción en casos de emergencias.
- Está prohibida la ingesta de alcohol y no se permite fumar, ni ingresar en estado etílico, ni participar en juegos de azar.
- Los recién nacidos que ingresan a este servicio deberán permanecer cuatro horas después de su nacimiento.
- El ingreso al ambiente del recién nacido normal se hará con ropa adecuada.
- Todo pedido de material fungible y de otro tipo, se lo hará, con la firma de responsabilidad de la enfermera y el médico jefe del servicio.
- Durante las 24 horas del día las novedades del servicio serán comunicadas al médico residente.
- Todo nacimiento deberá ser comunicado con anticipación para receptar la ropa respectiva del recién nacido y trámite para la tipificación sanguínea.
- Toda transferencia se hará con orden estricta del médico residente y con el conocimiento a la secretaria del servicio respectivo.
- Es responsabilidad del personal orientar a la madre y familiares en relación al parto, normas y reglamentos del servicio.
- Los recién nacidos dados de alta podrán ser retirados por su madre con documentos e identificación firmando en la historia clínica.
- Es responsabilidad del personal de enfermería al egreso del recién nacido orientar al familiar sobre tratamiento y controles médicos a seguir.
- Se prohíbe totalmente la entrega del recién nacido a personas ajenas a este servicio.

- El personal médico, enfermería y personal administrativo que necesiten entrar al servicio deberá cambiar su ropa como se lo indicó anteriormente.
- Está prohibido salir fuera del área con la ropa indicada para este servicio.
- El personal que entra a la unidad deberá estar sano, sin erupciones cutáneas, enfermedades respiratorias, gastrointestinales y heridas infectadas.
- Es obligación del personal de enfermería mantener informado al médico de la evolución de la madre y del recién nacido.
- Las órdenes verbales dadas personalmente o por teléfono sólo deben cumplirse en caso de estricta urgencia, posteriormente deberán ser confirmado por escrito por el médico responsable.
- Es responsabilidad de enfermería mantener la unidad del recién nacido y el área física limpia y ordenada.
- Para la administración de medicamentos se seguirá el horario de las 12h00 en adelante, luego de la primera visita médica.
- En ausencia de la enfermera la auxiliar administrará la medicación.
- Todo personal que labora en este servicio es responsable de los daños, pérdidas que se susciten en este.
- Todo daño de equipo y materiales deben ser reportados a los jefes inmediatos las primeras 24 horas de ocurrido el incidente.
- Se deberá comprobar diariamente que los equipos o instrumentos estén en perfectas condiciones de uso.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **7.2.1. EMBARAZO**

Se denomina embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

“El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.” (Martínez-González et al., 2001)

“En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.” (M.S.P., 2003)

“El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).” (Malagon, 2006).

### **7.2.2. CONTROL PRENATAL**

“Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.” (Donabedian, 2002).

Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo/a. De esa forma, se podrá controlar el

momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

“Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.” (Carrera, 2006)

Con la infraestructura señalada se puede perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

### **7.2.3. DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTACIONAL**

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso

ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

“Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.” (M.S.P., 2008)

#### **7.2.4. DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL**

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardíacos fetales.
- Movimientos fetales.
- Tamaño uterino.
- Estimación clínica del peso fetal.
- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

“Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.” (Centro Latinoamericano de Perinatología, 2009).

**Latidos cardíacos fetales.** Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

**“Movimientos fetales.** La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.” (Carraro, 2005).

**Tamaño uterino.** Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma se obtendrá indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

**Estimación clínica del peso fetal.** Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación.

**“Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.** Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.” (Gordon, 1994)

#### **7.2.5. DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA**

“La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la

gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.” (Vélez Gomes et al., 2006)

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

#### **7.2.6. EDUCACIÓN MATERNA**

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.

- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

**Signos y síntomas de alarma.** La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

“La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto.” (Fernández et al., 2004)

De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

“Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidos por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pre término. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.” (Donabedian, 2002).

**“Nutrición materna y embarazo.** Uno de los aspectos relevantes del control prenatal, es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la

ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna, se relacionan con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente.” (M.S.P., 2008)

El factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo. Los factores nutricionales maternos eran los determinantes más importantes de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en países en desarrollo, y que estos factores por sí solos, eran los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de RCIU entre los países industrializados y en desarrollo.

“**Requerimientos nutricionales de la embarazada.** Existe consenso de que la mujer embarazada requiere un aporte nutricional mayor que la no grávida. Por razones éticas no ha podido determinarse con exactitud, cuáles son los requerimientos adicionales, ya que esto implicaría manipulaciones dietéticas no permitidas en humanos.” (Smeltzer, 2006).

Las recomendaciones nutricionales de la FAO/OMS se muestran en la siguiente tabla.

**REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DIARIOS  
DURANTE EL EMBARAZO,  
PARA MUJER CON PESO ADECUADO PARA LA TALLA (3)**

REQUERIMIENTO	NO EMBARAZADA	EMBARAZADA
Energía (kcal)	2.200	2.500
Proteínas (g)	46	57
Vitamina A (mcg retinol)	750	1.500
Vitamina D (UI)	400	800
Vitamina E (UI)	12	15
Acido Ascórbico (mg)	30	50
Acido Fólico (ug)	200	400
Vitamina B6 (mg)	2,0	2,5
Vitamina B12 (mg)	2,0	3,0
Calcio (mg)	800	1.200
Hierro (mg)	28	50
Magnesio (mg)	300	450
Zinc (mg)	15	20

En ella se aprecia un aumento variable de todos los componentes nutricionales, lo cual implicaría un cambio de las características de su dieta o recibir suplementación de algunos nutrientes. Esta afirmación es discutible, ya que el embarazo, como una situación fisiológica, debiera compensar los mayores requerimientos con un aumento de la dieta habitual, siempre que ésta esté adecuadamente equilibrada. Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de la dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las embarazadas.

**Calorías.** Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre.

“Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales.” (Carrera, 2006)

El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normonutrida y con feto único.

“En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 kg; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a cetoacidosis de ayuno que deben ser evitadas.” (M.S.P., 2008)

**Proteínas.** Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo

materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios.

“El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos.” (M.S.P., 2006)

**Hierro.** La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento, especialmente en las dietas promedio de los países en desarrollo.

“Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa. El hierro proporcionado por los alimentos oscila entre 6 a 22 mg y sólo el 20% es de origen animal. La absorción del hierro de origen vegetal es del 1% y del hierro de origen animal entre 10 y 25%, de ahí que la suplementación con hierro medicamentoso constituya una de las acciones preventivas más relevantes del control prenatal.” (O.P.S., 2008)

La suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre si el hematocrito es inferior a 36%; si es superior a ese valor se puede iniciar la suplementación en el segundo trimestre. Si el hematocrito en el primer trimestre es inferior a 28%, debe iniciarse el estudio de la etiología de la anemia para descartar anemias megaloblásticas (déficit de ácido fólico y vitamina B12), hemoglobinopatías (talasemias), anemias hemolíticas adquiridas (autoinmune, neoplasias, infección, etc.). Anemia del embarazo se define en relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico: en el primer trimestre cuando el hematocrito y la hemoglobina es igual o inferior a 33% y 11 g/dl, respectivamente; en el segundo y tercer trimestre, cuando el hematocrito es inferior o igual a 30% y la hemoglobina a 10 g/dl.

La suplementación profiláctica se efectúa con preparados que aseguren una cantidad

de 60-100 mg de hierro elemental y la suplementación terapéutica en cantidades de 200 mg de hierro elemental (absorción del 10% de la dosis).

“Se debe recordar que la ingesta de hierro puede producir intolerancia gástrica, estado nauseoso, constipación y coloración oscura de las deposiciones. Para su mejor absorción debe ingerirse con estómago vacío (entre las comidas) con una bebida cítrica y evitar la ingesta con leche o té que bloquea casi totalmente la absorción enteral.” (Rossel, 2002)

**Calcio.** El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio iónico.

“Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea que, a término, alcanza 30 a 50% de los valores basales; de igual forma aumenta la calcitonina para proteger al hueso del aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre.” (Chaparro, 2005)

El esqueleto materno puede dañarse sólo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno.

“Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan hasta 1.200 mg/día, lo que equivale aproximadamente a un 50% más que en el estado pregestacional. Se recomienda un aporte extra de 400 mg/día mediante aporte adicional de productos lácteos o calcio medicamentoso.” (O.P.S., 2001)

La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 100 ml, de ahí que una madre que puede ingerir entre 750-1.000 cc de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumple adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

“En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yogurt,

quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplementación medicamentosa de calcio.” (CEPAR, 2004).

**Vitaminas.** La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplementación adicional de vitaminas.

“Prácticamente todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación, especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%.” (American Diabetes Association, 2010).

El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que tienen un efecto acumulativo. Se han descrito malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura. En animales, en dosis equivalentes del humano a 500.000 UI de vitamina A, se han descrito malformaciones oculares, auditivas y labio leporino.

“El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesario una suplementación de esta vitamina.” (Bone, 2004)

**“Diagnóstico y manejo nutricional de la embarazada.** Constituye uno de los objetivos más importantes del control prenatal. En el primer control prenatal la embarazada debe tener un diagnóstico nutricional, con fines de implementar una serie de medidas en relación a sus características nutricionales. El diagnóstico se basa fundamentalmente en dos parámetros maternos: el peso y la talla.” (Berry, 2008).

Generalmente se utiliza la relación del porcentaje de peso para la talla, también denominado índice peso/talla. Este índice permite el diagnóstico nutricional y su seguimiento en relación a la edad gestacional.

“Se clasifica a las embarazadas en zona A o bajo peso materno, zona B o peso materno normal, zona C o sobrepeso materno y zona D u obesidad materna. Las madres con bajo peso tienen como objetivo nutricional un aumento de peso superior al 20% de su peso inicial e idealmente un aumento total en relación con la magnitud del déficit, es decir alcanzar al término de la gestación una relación peso/talla mínima equivalente al 120%.” (Bone, 2004)

Las madres con normopeso tienen como objetivo nutricional un aumento del 20% de su peso inicial alcanzando al término de la gestación una relación peso/talla entre 120 y 130%.

Las madres con sobrepeso deben incrementar un peso tal que las ubique al término de la gestación entre 130 y 135% de la relación peso/talla.

Las madres obesas deben incrementar su peso no menos de 7,5 kilos y no más de 10,5 kilos. Una ganancia de peso en este rango permite no cometer iatrogenia en la nutrición fetal y la madre no incorpora masa grasa adicional a su peso pregestacional.

**Lactancia y cuidados neonatales.** Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).

“**Licencia de descanso prenatal.** Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona.” (Palmero, 2002)

**Orientación sexual.** Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

**Planificación familiar.** Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

**Preparación para el parto.** La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

### 7.2.7. EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Biometría hemática.
- Grupo sanguíneo.
- Urocultivo.
- VDRL.
- HIV.
- TORCH.
- Glicemia.
- Urea.
- Creatinina.
- Acido úrico.
- Papanicolaou.
- Ecografía obstétrica.

**Grupo sanguíneo.** Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto.

La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y coombs indirecto.

Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva.

Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

**“Urocultivo.** Se debe efectuar urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completo, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.” (Karl, 2008).

**V.D.R.L.** Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

**H.I.V.** La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

**Hematocrito.** La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

**“Glicemia.** Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.” American Diabetes Association. (2005).

“**Papanicolaou.** El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cervicouterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen.” (González, 2008).

Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). Algunas experiencias sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos (1,9%) presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor (8 casos) y cáncer in situ (24 casos). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

**Ecografía.** La ecografía es una prueba de gran importancia en el curso de un embarazo pues permite controlar una correcta evolución, diagnostica muchas patologías y posee la gran cualidad de completa inocuidad para el feto/embrión y madre. Se deben realizar un mínimo de 3 ecos durante una gestación normal y sin riesgos. La primera será entre las 6-12 semanas, la segunda entre las 16 – 20 y la tercera a las 32 semanas.

Qué emitirá la ecografía:

- Confirmar el embarazo y su localización (normal, **ectópico**, múltiple.).  
Evolución del feto: peso, latido cardíaco, descubrir el sexo, control del bienestar fetal y su irrigación en el útero (por ECO-Doppler).
- Situación de la placenta.
- Diagnosticar posibles patologías ginecológicas como miomas en el útero, quistes en el ovario, causa de hemorragias vaginales.
- Diagnosticar posibles patologías en el feto/embrión: malformaciones del cierre del tubo neural (a partir de las 16 semanas), alteraciones cardíacas, renales, intestinales, cutáneas, posibles irregularidades en el cordón umbilical (nudos).

**Ecografía tridimensional.** La ecografía tridimensional en tiempo real en movimiento o 4D es una nueva tecnología al servicio del seguimiento clínico del embarazo que aporta más detalles sobre el estado del bebé dentro del útero. La ecografía en 4D es la imagen obtenida por ultrasonidos de un feto que se ofrece en tres dimensiones y en tiempo real, de modo que permite la obtención de una imagen verdadera del feto.

La ecografía tridimensional ha venido a complementar y no a suplantar la ecografía tradicional (2D). Cada una ofrece un diagnóstico diferente. Mientras en la bidimensional se aprecian los órganos internos del bebé, la 3D permite visualizar con gran precisión los volúmenes fetales facilitando la detección de malformaciones y anomalías que no se detectan mediante la ecografía normal.

Al añadir la cuarta dimensión, el tiempo, el ecógrafo consigue ver lo que le ocurre al bebé en ese mismo momento. Si se está chupando los dedos, si se estira, si abre o cierra la boca, e incluso si sonríe. Esta ecografía no mejora el diagnóstico, es decir, que si decidimos la realización de una ecografía 4D es para ver algún detalle o afinar algún aspecto concreto. En una ecografía 4D no se ve más de lo que se ve en una de dos dimensiones, aunque se ve mejor.

Su principal ventaja es que al ofrecer imágenes fotográficas del feto permite una mayor precisión en la observación. La ecografía 4D es valiosa para visualizar con mayor detalle problemas que afectan a la piel del bebé, como el labio leporino o la fisura palatina. Al ofrecer volumen, permite conocer no solo las dimensiones de cualquier órgano, sino el sitio que ocupa en el cuerpo del feto, lo que perfecciona el diagnóstico. La visualización del feto en condiciones de tiempo real es otra ventaja importante de la ecografía en cuatro dimensiones, pues permite hacer exploraciones instantáneas y conocer qué estará haciendo en ese mismo momento.

Se puede realizar en cualquier momento del embarazo, pero la etapa ideal para poder apreciar bien los movimientos de la cara del bebé es entre la semana 25 y 32. Al igual que la tradicional, los ultrasonidos no suponen ningún riesgo para la madre o el bebé en gestación

### **7.2.8. PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL**

“La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.” (Petri, 2006)

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

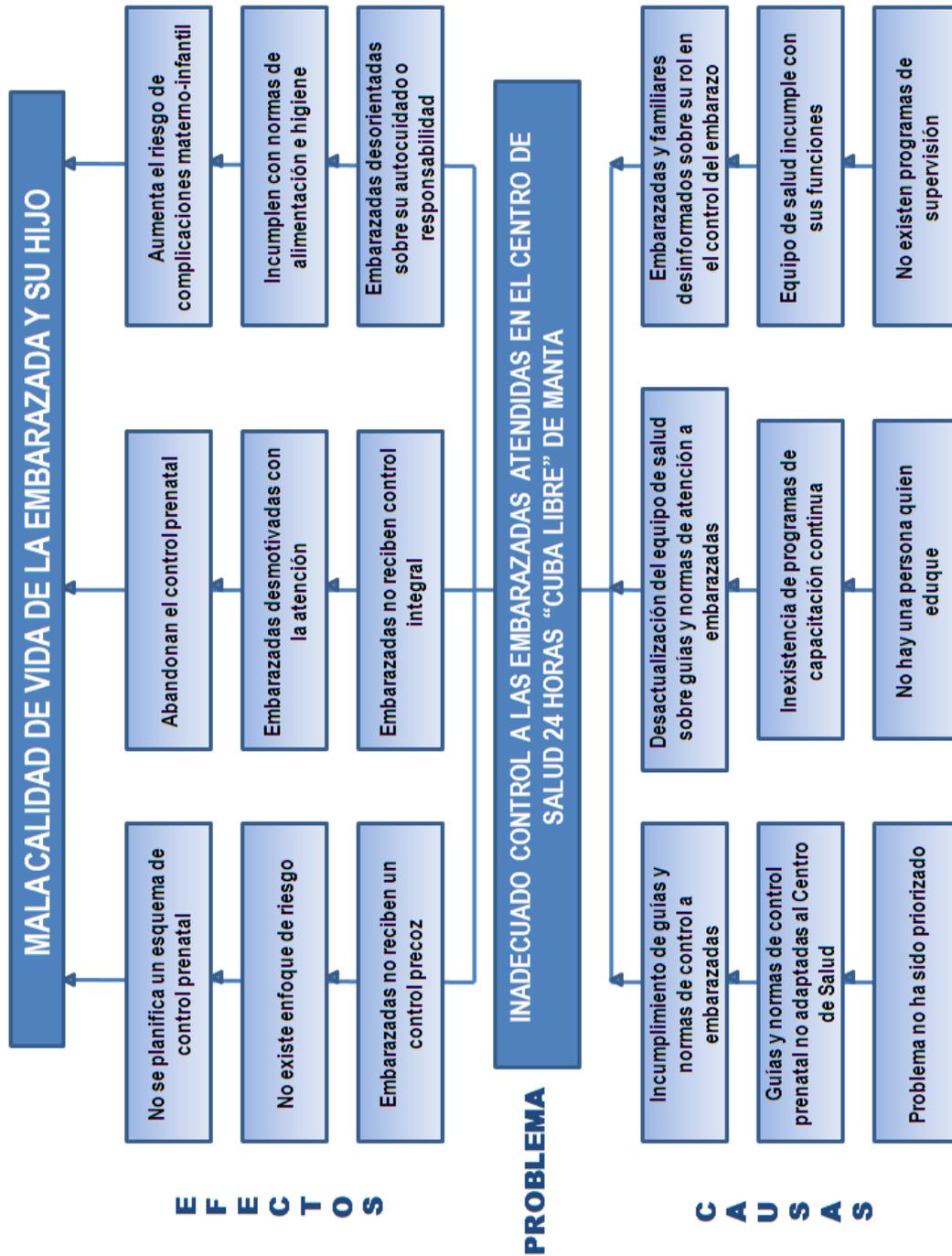
## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

### 8.1. ANALISIS DE INVOLUCRADOS

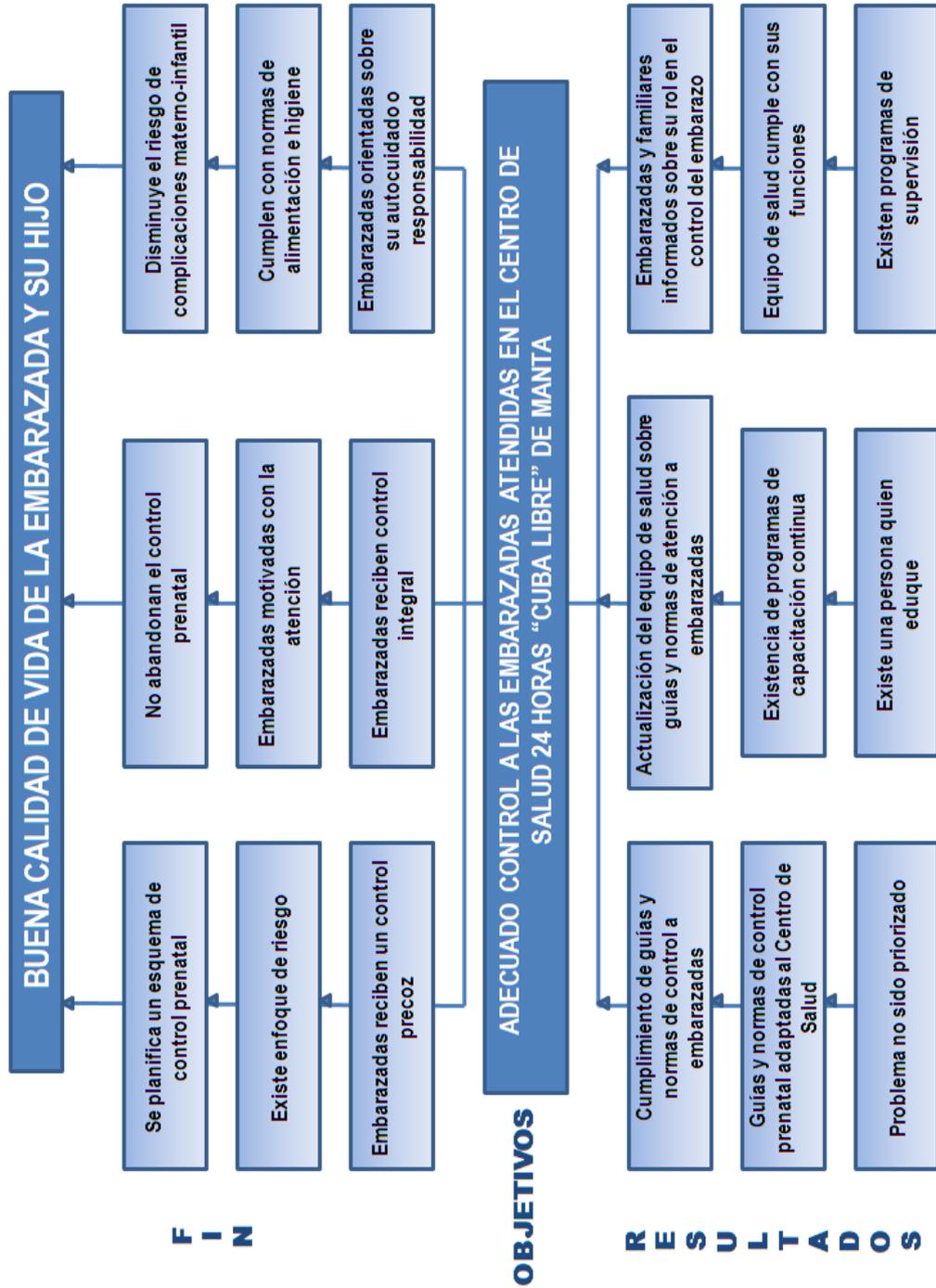
GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS
Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" de Manta	Mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo.	R: Humanos, Materiales. M: Demandar buena atención según Art. 42 y 43 de la Constitución del Ecuador.	Incumplimiento de guías y normas de control a embarazadas. Guías y Normas no socializado. Problema no ha sido priorizado.
Personal de Salud, Nutricionista, Estudiantes ULEAM.	Equipo de Salud capacitado sobre normas de atención materno-infantil.	R: Humanos, materiales M: Fortalecimiento de la vigilancia y control del cumplimiento de guías y normas materno-infantil. Art. 1 ,2,3,4 del M.S.P.	Desactualización del equipo de salud sobre guías y normas de atención materno-infantil. Inexistencia de programas de capacitación continua. No hay una persona asignada para educar.
Maestrante	Mejorar la calidad de atención prenatal a usuarias del Centro de Salud Daniel Acosta Rosales.	R: Humanos, Materiales, Financieros. M: Disminuir el riesgo de complicaciones materno-infantil de acuerdo al Art 2 de la Ley Orgánica de la Salud.	Embarazadas y familiares desinformados sobre su rol en el control prenatal. Equipo de salud incumple con sus funciones. Inexistencia de programas de supervisión.

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS
Embarazadas atendidas en el Centro de Salud 24 Horas Cuba Libre	Concienciar y orientar a las embarazadas y familiares para que reciban atención integral, precoz.	R: Humanos, Materiales, Institucionales M: Usuaris embarazadas mejoran la calidad de vida y la de su hijo. Art. 42 , 43, 44 de la Constitución.	Embarazadas desorientadas sobre su auto cuidado o responsabilidad. Incumplen con normas de alimentación e higiene. Aumenta el riesgo de complicaciones materno-infantil.

## 8.2. ÁRBOL DEL PROBLEMA



### 8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



#### 8.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b> Contribuir a mejorar la calidad de vida de las embarazadas y sus hijos/as.			
<b>PROPÓSITO</b> Embarazadas que se atienden en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" reciben buena calidad de atención.	Al 30 de julio del 2011, el 100% de las embarazadas reciben buena calidad de atención.	Historias Clínicas. Monitoreo con encuestas. Fotografías. Encuesta de satisfacción.	Embarazadas acudan al control prenatal en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre".
<b>RESULTADOS</b> 1. Guías y normas de control prenatal adaptadas al servicio y aplicándose	1.- Hasta el 30 de marzo del 2011, el 100% de las guías y normas adaptadas al servicio. 2.- Hasta el 30 de julio del 2011, el 100% de las guías y normas aplicándose al servicio.	Manual de Normas y Guías. Historias Clínicas. Fotografías. Evaluación.	Participación del equipo de salud.
2. Equipo de salud capacitado sobre guías y normas de control prenatal a usuarias.	Al 30 de abril del 2011, 100% del personal capacitado.	Lista de asistentes. Fotografías. Evaluación.	Equipo de salud participa activamente en capacitación.
3. Embarazadas y familiares informados sobre su rol en los controles prenatales.	Al 30 de agosto del 2011, el 100% de las embarazadas y familiares informados sobre su rol en los controles prenatales.	Listado de embarazadas Encuestas	Embarazadas y familiares participan activamente en las actividades del Club de Embarazadas.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<b>RESULTADO Nº 1</b>			
1.1. Reunión con la Directora de la Unidad de Salud para informar el proyecto.	Oficios. Fotografías. Económico \$10	4 de marzo/ 2011	Maestrante.
1.2. Reunión con la Directora para firmar acta de compromiso.	Recurso humano. Fotografías. Económico \$20	4 de marzo /2011	Maestrante.
1.3. Reunión con el personal de salud para solicitarles apoyo para la realización del proyecto.	Lista de asistentes. Materiales de oficina. Informe de avance. Computador. Infocus. Esferos. Manual de Normas y Guías. Económico \$100	7 de marzo /2011	Maestrante.
1.4. Conformación de guías y normas de control prenatal.	Recursos Humanos. Fotografías. Económico \$50	Desde 8 de marzo /2011	Maestrante.
1.5. Redacción de las Guías y Normas prenatales.	Recursos humanos. Económico \$30	9 de marzo/2011	Maestrante.
1.6. Reunión con la Directora para dar a conocer las guías y normas prenatales.	Recursos humanos. Económico \$10	10 de marzo/2011	Maestrante.
1.7. Aprobación de Guías y Normas Prenatales.	Oficio. Recursos humanos. Económico \$10	11 de marzo/2011	Maestrante.
1.8. Socialización de Guías y Normas Prenatales al equipo de Salud.	Materiales de oficina. Recursos humanos. Económico \$20	12 de marzo /2011	Maestrante.
1.9. Aplicación de las Guías y Normas Prenatales.	Materiales de oficina. Recursos humanos. Económico \$20	13 de abril /2011	Maestrante.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<b>RESULTADO Nº 2</b> 2.1. Reunión con el Director.	Recursos humanos. Fotografías. Económico \$10	12 de marzo /2011	Maestrante.
2.2. Reunión con el equipo de salud.	Recursos humanos. Materiales de oficina. Económico \$10	12 de marzo /2011	Maestrante.
2.3. Planificación de la capacitación al personal de salud sobre guías y normas de control prenatal.	Manual de Normas y guías de atención prenatal. Papelería en general. Lista de Registros. Computador. Esferos. Historias clínicas. Fotocopias. Económico \$100	12 de marzo /2011	Maestrante.
2.4. Ejecución de la capacitación al personal de salud sobre guías y normas de control prenatal.	Manual de Normas y guías de atención prenatal adoptada. Recursos Institucionales. Papelería en general. Lista de Registros. Computador. Esferos. Económico \$100	Desde marzo a mayo/2011	Maestrante. Personal de Estadística.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<b>RESULTADO Nº 3</b> 3.1. Reunión con el Director de la Unidad, equipo de salud, médicos rurales, estudiantes de enfermería, nutricionista para informar e involucrarlos en la capacitación.	Recurso Humano. Papelería. Formulario de Evaluación. Fotocopias. Económico \$100	31 de marzo /2011	Maestrante. Directora Unidad. Equipo de salud. Estudiantes ULEAM. Médicos rurales.
3.2. Planificación del Club de Embarazadas	Recursos Humanos. Materiales de oficina. Económico \$100	31 de marzo /2011	Maestrante Estudiantes de Enfermería
3.3. Evaluación inicial a embarazadas	Recursos Humanos. Materiales de Oficina. Formulario de Encuesta. Computador. Material de apoyo. Fotografías. Económico \$100	1 de abril/2011	Maestrante.
3.4. Psicoprofilaxis.	Lista de Embarazadas Recursos Institucionales Materiales varios Económico \$200	5 al 21 de abril 2011	Maestrante.
3.5. Manualidades - Confección de ropa para el R.N.	Lista de Embarazadas. Fotografías. Recursos Institucionales. Materiales de costura. Colaboradora de trabajos manuales. Económico \$200	26 de abril al 5 de mayo 2011	Maestrante. Modista.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
3.6. Charlas a Embarazadas	Lista de Embarazadas. Fotografías. Recursos Institucionales. Materiales de oficina. Computador. Infocus. Económico \$200	10 de mayo al 23 de junio 2011	Maestrante.
3.7. Evaluación final de la capacitación.	Recursos humanos. Materiales de oficina. Formulario de encuesta. Computador. Material de apoyo. Fotografías. Económico \$100	30 de junio 2011	Maestrante.

## **9. RESULTADOS**

## **RESULTADO N° 1**

### **GUÍAS Y NORMAS DE CONTROL PRENATAL ADAPTADAS AL SERVICIO Y APLICÁNDOSE**

#### **1.1. Reunión con la Directora de la Unidad de Salud para informar el proyecto.**

El 4 de marzo del 2011, se procedió a remitir oficio a la Directora del Centro de Salud, la Lic. Ramona Lucas, quien gentilmente me recibió en su despacho, le informé acerca del Programa, y le indiqué la importancia de llevar a cabo el mismo, que consistiría en el mejoramiento de la calidad de vida de la embarazada y su hijo/a; con mucho optimismo acogió esta iniciativa, y se comprometió a colaborar en todos los aspectos, consciente que el control prenatal es el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, por lo cual autorizó se lleve a cabo este programa de acción.

Se le indicó que se iban a llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con el Programa y que se requería la colaboración del personal de salud y de las usuarias embarazadas que acuden al Centro de Salud a realizarse el control prenatal. Solicitándole que a través de la dirección se convoque al personal de salud del centro para indicarle acerca del proyecto y de su participación activa en el mismo. De igual manera a través de esta dirección se haría una cordial invitación a las embarazadas que se atienden en el centro para la conformación del Club de Embarazadas.

Se evidencia lo expresado con el oficio enviado a la Directora, que se indica a continuación.

Manta, marzo 04 del 2011

Loda,  
 Ramona Lucas  
 Directora del Centro de Salud Cuba Libre  
 Manta.-

Señora Loda,

Como Maestrante de la Universidad de Loja, previo al título de Magister, llevo a cabo un proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención a las Embarazadas, periodo 2011, en este Centro de salud, por lo que solicito la respectiva autorización para llevarlo a cabo, siendo también prioridad brindar una actualización al personal acerca de educación a la embarazada y su Familia, solicito a usted de la manera más gentil se gestione la autorización para realizar la inauguración de la jornada de Capacitación sobre Guías de atención prenatal en el auditorium de la institución con el personal de la institución para el día 7 de marzo del presente año, en horas de la mañana.

En caso de que esta solicitud tenga favorable acogida es necesario que a través de su despacho se realice las invitaciones al Equipo de Salud del Centro de Salud, le estaré eternamente agradecida.

Por la atención que le brinde a la presente me suscribo de usted.

Atentamente,

  
 Obst. Mercedes Suarez Delgado  
 Maestrante de gerencia en salud  
 Universidad técnica de Loja

  
 2011-03-04  
 Ramona Lucas

## 1.2. Reunión con la Directora para firmar acta de compromiso.

El 4 de marzo del 2011, se realizó una reunión con la Directora del Centro de Salud, para ello se procedió a firmar un Acta de Compromiso con la unidad de salud, comprometiéndose como institución a contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias embarazadas que asistan a la institución a través de la capacitación de actualización de las guías y normas prenatales al equipo de salud, como complemento del proyecto.

**CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE"  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

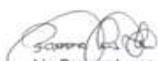
**Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo  
Local**

**ACTA DE COMPROMISO**

En la ciudad de Manta a los 4 días del mes de Marzo del 2011, la Lic. Lucas Ramona, Directora del Centro Salud 24 Horas "Cuba Libre" de Manta luego de análisis y reflexión profunda de nuestra realidad, conocida a través del Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención a las Embarazadas organizado por la Obst. Maricela Suárez Delgado, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, nos comprometimos como institución a Contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias Embarazadas que asisten a nuestra institución a través de la capacitación de actualización de las guías y normas prenatales al equipo de salud, que se dictará como complemento del proyecto.

Nos comprometemos a cooperar permanentemente con el mejoramiento continuo de los procesos preventivos, con el único fin de prevenir complicaciones en la embarazada y su hijo y contribuir a la sociedad futuros profesionales de éxito, por ende se mejorará la productividad económica y social del país.

Firmamos en forma conjunta por duplicado.

  
Lic. Ramona Lucas  
Directora Centro de Salud

  
Obst. Maricela Suárez Delgado  
Maestrante de gerencia en salud  
Universidad técnica de loja

### **1.3. Reunión con la personal de salud solicitándoles el apoyo para la realización del proyecto.**

El 7 de marzo del 2011, previa convocatoria de la Dirección se realizó una reunión con el personal de salud del Centro para informarles acerca del programa y las ventajas que éste brindará a las embarazadas atendidas en el Centro. Indicándoles que la primer actividad a realizar sería la actualización de las guías y normas de control prenatal. Mostrándose los implicados con ánimo y con ganas de colaborar para ofertar un servicio de calidad a las embarazadas en su control prenatal.



#### **1.4. Conformación del comité de guías y normas de control prenatal.**

Desde el 8 de marzo del 2011, se llevó a cabo con la presencia del personal de salud la conformación del Comité, que sería el encargado de la actualización de las guías y normas.



El Comité quedó conformado de la siguiente manera:

- Dra. Nathaly Bravo.
- Dra. María Cecilia Carreño
- Dra. María Cevallos
- Obst. Maricela Suárez
- Dr. Hugo Toala
- Dr. Diego Mendoza

#### **1.5. Redacción de las guías y normas prenatales.**

Dicho Comité se reunió en forma periódica los primeros días del mes de marzo del 2011, para la respectiva revisión del Manual de Guías y Normas de control prenatal.

Una vez revisado el manual se procedió a la redacción de las Guías y Normas Prenatales actualizadas con fecha 9 de marzo del 2011.

#### **1.6. Reunión con la Directora para dar a conocer las guías y normas prenatales.**

El 10 de marzo del 2011, luego de redactado el Manual el Comité el Comité se reunió con la Directora del Centro para presentar el informe.

#### **1.7. Aprobación de Guías y Normas Prenatales.**

El 11 de marzo del 2011, la Directora Lic. Ramona Lucas, previa revisión extendió su aprobación al Manual de Guías y Normas Prenatales, y autorizó su socialización, mismo que estaría a cargo de la maestrante.

CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE"

#### CERTIFICACION

A PETICION DE PARTE INTERESADA, la Directora del Centro de SALUD

Certifica Que la Obst. Marcela Suarez Delgado, Maestrante de UPTL, luego de contar con el apoyo del Equipo de salud (Ginecologo, Estadística Laboratorio), elaboró-actualizó GUIAS para Embarazadas, mismas que han sido revisadas y debidamente aprobadas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.



Lic. Ramona Lucas  
Directora Centro de Salud

#### **1.8. Socialización de Guías y Normas Prenatales al equipo de salud.**

El 12 de marzo del 2011, la maestrante convocó a través de la Dirección al personal de salud de la Unidad y socializó el Manual de Guías y Normas Prenatales, comprometiéndose dicho personal al cumplimiento del mismo.



### **1.9. Aplicación de las Guías y Normas Prenatales.**

Para el mes de abril, se estarían aplicando las guías y normas prenatales actualizadas a embarazadas atendidas en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre".



## RESULTADO Nº 2

### EQUIPO DE SALUD CAPACITADO SOBRE GUÍAS Y NORMAS DE CONTROL PRENATAL A EMBARAZADAS

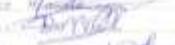
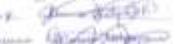
#### 2.1. Reunión con la Directora.

Con fecha 12 de marzo del 2011, la maestrante se reunió con la Lic. Ramona Lucas, Directora del Centro de Salud, con la finalidad de indicarle que una vez que las guías y normas de control prenatal hubieren sido actualizadas bajo la supervisión de un Comité elegido por el equipo de salud, se proceda con la capacitación al personal de salud acerca de las guías y normas, ya que repercutirá con el mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias embarazadas que asistan a la institución a través de la capacitación de actualización de las guías y normas prenatales al equipo de salud, como complemento del proyecto.

#### 2.2. Reunión con el equipo de salud

El 12 de marzo del 2011, se realizó una reunión con el equipo de salud para informarles que les brindará una la capacitación acerca de las guías y normas de control prenatal.

#### NÓMINA DEL EQUIPO DE SALUD QUE ASISTIÓ A LA REUNIÓN

LEDA RAMONA LUCAS	
DRA. CELIA FARRAN	
DR. JORGE FARRAN	
DR. HUGO TOALA	
DRA. MARIA NETO	
DRA. VITA FRANCIS	
DR. CESAR AVILA	
DRA. MARCELA SUAREZ	
DRA. NATALY BRAVO	
DRA. MARIA CECILIA CASTREJON	
DR. ERIC MENDOZA	
LEDA KATLINA LOON	
LCDR. ROMANA ANTONIO	
DR. GERMÁN RAMÍREZ CACAO	
VICTOR LIZANO	
JUAN CARLOS ALVARO	
EDUARDO RAMIRO SALGADO	
DR. JUAN RAMIRO	
MARCELA SUAREZ	

## 2.5. Planificación de la capacitación al personal de salud sobre guías y normas de control prenatal.

El 12 de marzo de 2011, se planificó la capacitación del personal de salud, a través de charlas, indicándoles las nuevas guías, aplicables al control prenatal de manera muy responsable, bajo los lineamientos del siguiente cronograma de trabajo.

### PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO

FECHA	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RESPONSABLE	MATERIALES
14/03/2011 10h00-13h00	Referencias Y contra referencias materno perinatal	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector
21/03/2011 10h00-13h00	Control Prenatal	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector
28/03/2011 10h00-13h00	Anemia ferropénica durante el embarazo. Diabetes y embarazo.	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector
04/04/2011 10h00-13h00	Infección de las Vías Urinarias: . Bacteriuria asintomática . Cistitis aguda . Pielonefritis	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector
11/04/2011 10h00-13h00	Trastornos hipertensivos gestacionales. Hipertensión crónica Hipertensión crónica más Preeclampsia. Hipertensión gestacional Preeclampsia – eclampsia síndrome de HELLP.	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector
18/04/2011 10h00-13h00	Hemorragia y Shock hipovolémico	Charla Expositiva	Obst. Maricela Suárez	Retroproyector

	<p>en Obstetricia</p> <p>Aborto</p> <p>Amenaza de aborto</p> <p>Aborto en curso o inevitable</p> <p>Aborto incompleto</p> <p>Aborto completo</p> <p>Aborto diferido</p> <p>Aborto séptico</p>				
<p>25/04/2011</p> <p>10h00-13h00</p>	<p>Enfermedad trofoblástica gestacional.</p> <p>Hemorragias de la segunda mitad de la gestación</p> <p>Placenta previa</p> <p>Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI).</p> <p>Rotura uterina.</p>	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
<p>02/05/2011</p> <p>10h00-13h00</p>	<p>Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto</p> <p>Atonía hipotonía uterina</p> <p>Retención de placenta o fragmentos placentarios</p> <p>Inversión uterina</p> <p>Desgarros cervicales, vaginales y perineales</p> <p>Ruptura prematura de membranas (RPM).</p> <p>Trabajo de parto pretérmino.</p>	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
<p>9/05/2011</p> <p>10h00-13h00</p>	<p>Embarazo Prolongado.</p> <p>Compromiso del bienestar fetal</p>	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
<p>12/05/2011</p> <p>10h00-13h00</p>	<p>Muerte fetal.</p> <p>Atención del parto normal.</p>	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
<p>16/05/2011</p> <p>10h00-</p>	<p>Inducción y Conducción del</p>	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector

13h00	trabajo de parto. Parto distócico. Parto en pelviana.				
23/05/2011 10h00- 13h00	Prolapso y procúbito de cordón umbilical.	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
26/05/2011  10h00- 13h00	Puerperio Normal Infección y fiebre puerperal Mastitis puerperal.	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector
29/05/2011  10h00- 13h00	Infección de las heridas perineales o abdominales. Endometritis puerperal.	Charla Expositiva	Obst. Suárez	Maricela	Retroproyector

#### **2.4. Ejecución de la capacitación al personal de salud sobre guías y normas de control prenatal.**

De marzo a mayo del presente año, se daba paso a la ejecución de las guías y normas, evidenciándose en el personal optimismo.



## **RESULTADO N° 3**

### **EMBARAZADAS Y FAMILIARES INFORMADOS SOBRE SU ROL EN LOS CONTROLES PRENATALES**

#### **3.1. Reunión con la Directora de la Unidad, equipo de salud, médicos rurales, estudiantes de enfermería, nutricionista para informar e involucrarlos en la capacitación.**

El 31 de marzo del 2011, se llevó a cabo la reunión entre la Directora del Centro, todo el equipo de salud, estudiantes de enfermería, trabajadora social para informales acerca de la capacitación que se les brindará a las embarazadas que deseen pertenece al Club. Esta actividad se realizó conscientes que los cambios sociales de las últimas décadas hacen cada vez más necesario ofrecer a la población recursos apropiados para contribuir a que la gestación, pre, parto y postparto se vivan de forma positiva tanto física como emocionalmente.

#### **3.2. Planificación del Club de Embarazadas**

En esa misma fecha, se planificaron las actividades que se llevarían a cabo para capacitar a las embarazadas, entre las cuales se planificó la conformación del Club de Embarazadas, en la que se cumplirían las actividades de psicoprofilaxis, manualidades y charlas a las embarazadas acerca del control prenatal.

Para la conformación del Club de Embarazadas, a través de la Dirección del Centro de Salud se les entregó una Invitación a las embarazadas convocándoles a conformar el Club.



### LISTADO DE EMBARAZADAS

Item	Nombre y Apellido	C.I.	FIRMAS
1	ALAVA CASTRO MERCY JOHANNA	130627486-9	<i>[Signature]</i>
2	ARTEAGA MERO MARY ELIZABETH	130465897-3	<i>[Signature]</i>
3	BARROS CENTENO ELENA ROSA	131698724-3	<i>[Signature]</i>
4	BOWEN DELGADO CELIA MARIA	090104365-6	<i>[Signature]</i>
5	BASTIDAS CAGUA CARMEN VIOLETA	131066078-9	<i>[Signature]</i>
6	CEDIÑO CASTRO FLOR MARIA	130698754-4	<i>[Signature]</i>
7	CIFUENTES MACIAS DIANA MARIA	130438777-3	<i>[Signature]</i>
8	CARRERA CARRANZA DENIS ELIZABETH	130446773-1	<i>[Signature]</i>
9	CALERO SALAZAR ERUCA PAOLA	131216398-3	<i>[Signature]</i>
10	DELGADO MORA SILVIA SUSANA	130987454-9	<i>[Signature]</i>
11	DELGADO PARRALES MARTHA CECILIA	131465987-3	<i>[Signature]</i>
12	ESMERALDAS CANTOS DIANA CAROLINA	130828456-9	<i>[Signature]</i>
13	FARFAN MIRANDA NICOLLE PAMELA	131659874-2	<i>[Signature]</i>
14	GARCIA BURGOS YOLANDA ELIZABETH	130666589-3	<i>[Signature]</i>
15	GARCIA CUENCA GILMA MONSERRATE	131698746-8	<i>[Signature]</i>
16	HARO HARO LIDIA MALENA	098754626-9	<i>[Signature]</i>
17	INTRIAGO MENDOZA FATIMA LISBETH	130698744-6	<i>[Signature]</i>
18	INTRIAGO MOREIRA MARIA EUNIDES	130456987-0	<i>[Signature]</i>
19	LOPEZ LOPEZ MAYRA BEATRIZ	094658768-0	<i>[Signature]</i>
20	LAGOS MERO SENIA MARIA	136498561-0	<i>[Signature]</i>
21	MACIAS GARCIA ELSY MARIA	019456987-3	<i>[Signature]</i>
22	ZAMBRANO ZAMBRANO CARLA SUSANA	130659845-3	<i>[Signature]</i>

### 3.3. Evaluación inicial a embarazadas

El 1 de abril del 2011, luego de la conformación del Club de Embarazadas, se les realizó una evaluación inicial a fin de conocer su grado de conocimiento acerca del control prenatal.



### 3.4. Psicoprofilaxis

Se llevó a cabo la charla de Psicoprofilaxis en Embarazadas, desde el 5 al 21 de abril del 2011, bajo la siguiente temática, la misma expuesta a través de un retroproyector.

**Introducción:** La Psicoprofilaxis y la estimulación prenatal durante el embarazo incrementan el desarrollo de las capacidades del bebé y amplían las probabilidades de aprendizaje a futuro. Son muchos los beneficios que presentan los programas de Psicoprofilaxis y estimulación prenatal: fortalece la autoestima y la seguridad, mejora la alimentación y el sueño e incrementa el desarrollo cerebral.

Los programas de psicoprofilaxis obstétrica han demostrado su utilidad en la reducción de la ansiedad, la duración y la sensación dolorosa durante el parto, así como en la mejora de la actitud frente al mismo.

**Desarrollo:** Los ejercicios explicados a las primigestas, se acompañaron de claras ilustraciones de todos los movimientos, los que han sido estudiados por médicos especialistas, y los cuales permiten diferentes beneficios:

- Una mejoría en la postura y apariencia.
- Alivio del dolor de espalda.
- Músculos más fortalecidos para preparación para el trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas
- Una mejoría en la circulación.
- Aumento en la flexibilidad.
- Aumento / mantenimiento de la condición aeróbica.
- Aumento en el nivel de energía: combate la fatiga.
- Reducción en la tensión de los músculos; promueve el relajamiento.
- Promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva.

## Ejercicios respiratorios



Durante el **embarazo** es fundamental que aprenda a **respirar** adecuadamente, ya que la vida que se está gestando requiere de oxígeno para su desarrollo sano y fuerte. La respiración **larga y profunda** que enseña el **yoga**, está **especialmente indicada** para que se realice con frecuencia durante tu embarazo.

Respirar por la nariz, manteniendo el control de la respiración. Hacerlo lentamente, concentrándose en cada ciclo respiratorio. Si se lo practicas de forma regular, paulatinamente aumentará la **capacidad pulmonar**, con todos los **beneficios** que esto traerá.

A continuación se llevaron a cabo algunos **ejercicios respiratorios muy recomendables durante el embarazo:**

1. **Respiración abdominal:** Inspirar elevando el **abdomen** y espirar descendéndolo lentamente. Repetir 15 veces.
2. **Respiración torácica:** Inspirar inflando sólo el **tórax** y espirar lentamente procurando no movilizar el abdomen. Repetir 15 veces.

Se pueden realizar en posición sentada, tumbada boca arriba o de costado. **Las respiraciones** que se utilizan durante las **contracciones del parto** se basan en soltar el aire (espiración) de forma prolongada y lenta. Pueden ser de dos tipos, abdominales o torácicas.

Entre las principales **ventajas que reporta la respiración larga y profunda se destacan:**

- Aumenta la capacidad pulmonar y la cantidad de **oxígeno** que ingresa a tu organismo, necesario para el desarrollo de los procesos vitales y la relajación, que te harán sentir de maravilla.

- Estimula la **hipófisis**.
- Aumenta la energía.
- Contribuye no sólo a la relajación, sino también al buen humor y a vencer los miedos y pensamientos negativos.

### **Técnicas de Respiración**

- **Respiración limpiadora:** Ésta es una respiración exagerada y profunda, realizada generalmente inhalando por la nariz, y exhalando por la boca.
- **Punto focal:** E imaginar una escena llena de paz o serenidad, es buena opción para algunas madres; otras quizás les funciones mejor concentrarse en un objeto del cuarto o en los ojos de su compañero.

### **Respiración de Ritmo Lento**

- Tomar una respiración “limpiadora” al comienzo de la contracción.
- Continué respirando en forma pareja, de adentro y hacia afuera con calma, respiración abdominal suave.
- El ritmo es aproximadamente la mitad del ritmo normal de su respiración.
- Usted puede usar estrategias de Atención de Enfoque tales como:
- Inhalar/Exhalar a través de la nariz/Boca
- Contando los ritmos, imágenes, frases de afirmación, etc.
- Movimientos, caricias, masajes, palmadas, etc.
- Un punto focal visual.
- Mientras termina la contracción, tome una respiración “limpiadora”, saque el aire lentamente, relajándose completamente.

### **Respiración de ritmo modificado**

- Suave, respiración rítmica con una frecuencia aproximadamente el doble del ritmo normal de su respiración.

- Movimiento relajado en el pecho y abdomen con más uso de los músculos intercostales (pecho).
- Úselas tanto como las necesite para contracciones más desafiantes.
- Use el mismo ritmo constante a lo largo de la contracción o use las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

### **Respiración de ritmo modelo**

- Constantes, respiraciones rítmicas aproximadamente el doble de su ritmo normal de respiración.
- El modelo de respiración no cambia el ritmo ni el volumen de intercambio de aire.
- Modelo 3 respiraciones/1 soplo.
- Usar las estrategias de atención focalizada tanto como lo necesite.

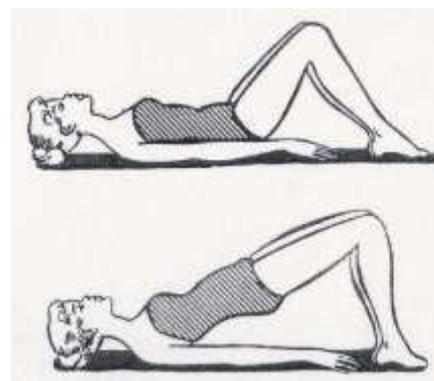
### **Variaciones de la respiración de ritmo modelo**

- El modelo puede ser de 1 respiración/1 soplo a 6 respiraciones/1 soplo.
- Se puede usar la respiración de ritmo modelo en 1 respiración / 1 soplo (ji/ju).
- Tratar el modelo de 5/1, 4/1, 3/1, 2/1, 1/1, 2/1, 3/1, 4/1, 5/1.
- Combinar las técnicas de las respiraciones modelo en una contracción.
- Usar la atención focalizada tanto como lo necesite.

Los programas de ejercicio durante el embarazo estuvieron dirigidos hacia el fortalecimiento de los músculos para minimizar el riesgo de lesiones en las articulaciones y ligamentos. Las embarazadas de manera positiva y con mucho entusiasmo se unieron a esta gran labor.

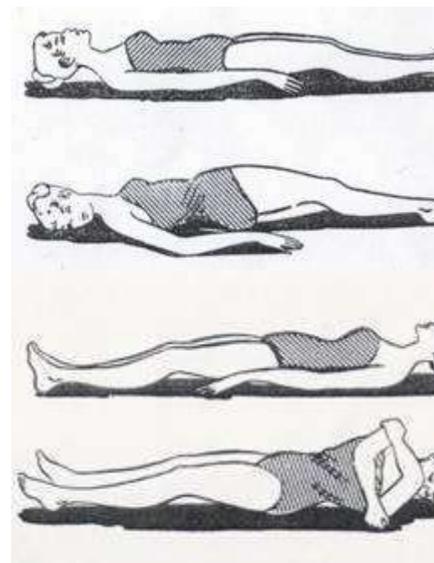
### ELEVACIÓN DE LA PELVIS

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas
  - Levantar la pelvis (caderas) todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies en el los hombros. Volver a la posición inicial.
- **Frecuencia:** 10 veces. Dos sesiones al día.
- **Finalidad:** Mayor flexibilidad para la columna y la pelvis. Fortalecer músculos de la pelvis y piernas.



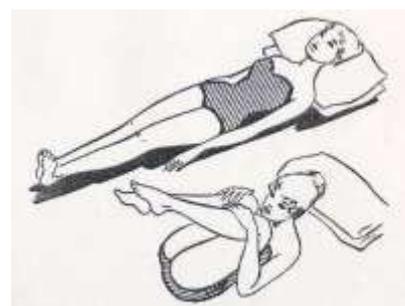
### ROTACIÓN DE LA COLUMNA

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas
  - **Caderas:** Relajarse. Girar y levantar la cadera de un lado al otro, lo más posible. Mantener la rotación. Regresar a la posición original. Realizar con la cadera del otro lado.
  - **Hombros:** Relajarse. Sin mover las piernas, girar el busto levantando el hombro de un lado. Mientras, que el otro hombro permanece apoyado en el suelo.
- **Frecuencia:** Al realizar el movimiento, contar hasta 3 y luego volver a la posición original y repetir. Realizar el movimiento 5 veces a cada lado.
- **Finalidad:** Elasticidad en la torción de las articulaciones de la columna con la pelvis. Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna vertebral y activar algunos músculos del pecho y vientre.



### ENCOGIMIENTO

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.
  - Encoger las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial
- **Frecuencia:** Permanecer en la posición hasta contar hasta 2. Luego volver a la posición



inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces.

- **Finalidad:** Mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

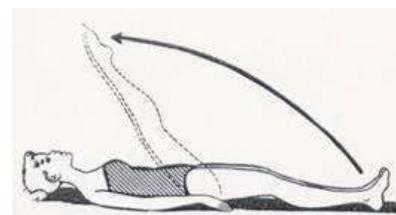
### RECOSTADA EN LA POSICIÓN DE PARTO COMÚN

- **Posición:** Acostada, con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. También, sentada en una silla, con los pies apoyados. Manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.
  - Relajarse. Respirar. Tomar una inspiración completa y rápida. Mantener la respiración. Sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar). Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir.
- **Frecuencia:** Al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. repetir 10 veces cada sesión.
- **Finalidad:** Fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto.



### ELEVACIÓN DE PIERNAS

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas.
  - **Ejercicio 1:** Elevar una pierna, doblarla sobre el vientre, extenderla hasta ponerla totalmente recta. Bajarla poco a poco hasta el suelo en la posición inicial. Realizar el ejercicio con la pierna contraria. Luego, realizar el movimiento sin tocar el suelo.
  - **Ejercicio 2:** Elevar las dos piernas, juntas y rectas, hasta

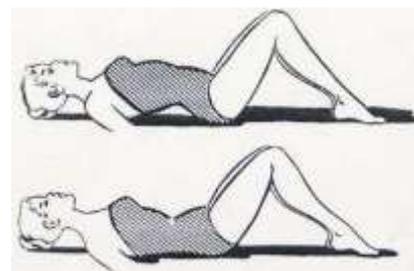


ponerlas verticales. Bajarlas lentamente. Respirar profundamente al bajar las piernas.

- **Frecuencia:** Para el ejercicio 110 repeticiones con cada pierna. Para el ejercicio 2 20 o 30 repeticiones.
- **Finalidad:** Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

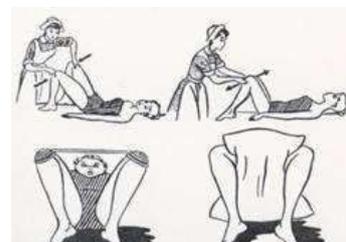
### BALANCEO DE LAS PIERNAS

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas, los pies apoyados en el piso
  - Disminuir el espacio entre la columna de la zona lumbar y el suelo, doblando la columna vertebral de manera que ésta, toque el suelo. Luego doble la columna en sentido contrario, aumentando todo lo posible el espacio entre la Columna y el suelo
- **Frecuencia:** 20 veces cada sesión.
- **Finalidad:** De esta manera se balancea la pelvis. Permite obtener mayor elasticidad, necesaria para un parto fácil.



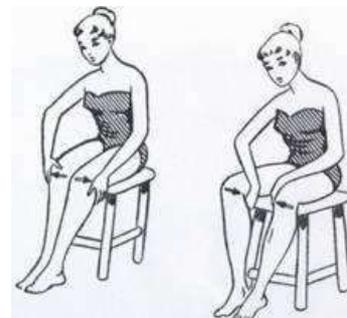
### EJERCICIOS RESISTIDOS

- **Posición:**
  - Posición 1: Tendida en el suelo, boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados en el suelo, separados.
  - Posición 2: Sentada en una silla, piernas un poco separadas, con los pies en el suelo, las manos sujetando las rodillas.
  - Juntas y alejar las rodillas, oponiendo una resistencia a los



movimientos. En la posición 1 se necesita que otra persona aplique la resistencia, sí no, puede realizarse la resistencia, colocando una almohada entre las piernas y tratar de juntar las rodillas.

- **Frecuencia**: 4 repeticiones sostenidas hasta contar hasta 4.
- **Finalidad**: Fortalecer los músculos de los muslos y de la pelvis. Aumenta la elasticidad de las articulaciones de la pelvis.



### CUCLILLAS

- **Posición**: En cuclillas. Los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas. Lo más juntos posibles.
  - Consiste en permanecer en la posición.
- **Frecuencia**: Se sugiere de 5 a 10 minutos. Si no se logra, resistir el tiempo que se pueda.
- **Finalidad**: Uno de los ejercicios mas importante para el método del parto natural. Aumenta la elasticidad de la pelvis y la flexibilidad de la columna vertebral.



### POSICIÓN DEL SASTRE

- **Posición**: Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas.
  - En esta posición apoyar los codos sobre las rodillas y con ellos, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo. Al mismo tiempo, con las manos sujetando los tobillos, acercarlos progresivamente al cuerpo lo más posible. Al fatigarse volver a la posición inicial.
- **Frecuencia**: De 6 a 8 veces.
- **Finalidad**: Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.



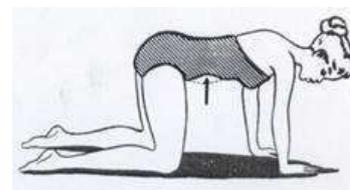
## FLEXIÓN ALTERNADA

- **Posición:** De pie, con las piernas separadas y los brazos extendidos en cruz sobre el tronco. Sentada con el tronco erguido.
  - Con el cuerpo erguido, se toma una inspiración profunda. Se procede a girar el tronco, luego a doblarlos, sin cambiar la actitud de los brazos, la mano derecha llega a tocar el pie izquierdo. Cuando se dobla el tronco se expulsa el aire.
- **Frecuencia:** 5 repeticiones de cada lado.
- **Finalidad:** Acostumbrar la respiración. Hacer más flexible la columna vertebral.



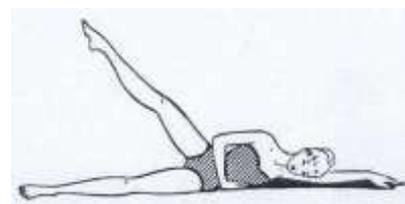
## EJERCICIOS A GATAS

- **Posición:** A gatas en el suelo, o se apoyada en cuatro puntos (rodillas y manos).
  - **Ejercicio1:** Imitación del ganeo de los niños.
  - **Ejercicio2:** Encoger el vientre mientras se espira el aire contenido. Se vuelve a la posición inicial al realizar la inspiración. No debe moverse la espalda.
  - **Ejercicio3:** Hundir la espalda todo lo posible, aumentando la curvatura de los lomos. (La pelvis baja por delante). Luego, arquear la espalda cuanto se pueda, con un arco anterior al anterior (la pelvis sube por delante).
- **Frecuencia:**
  - **Ejercicio1:** De 2 a 3 minutos diarios.
  - **Ejercicio2:** Repetir 5 veces.
  - **Ejercicio3:** Repetir 5 veces.
    - **Finalidad:** Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.



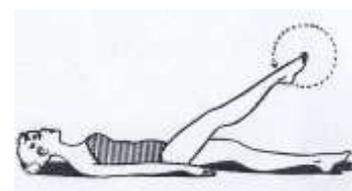
## DE LADO

- **Posición:** Tendida de lado en un sitio plano.
  - Elevar todo lo posible la pierna de arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.
- **Frecuencia:** 5 repeticiones.
- **Finalidad:** Activar los músculos de los costados del vientre. Hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.



## CIRCUNFERENCIAS

- **Posición:** Tendida boca arriba, con las piernas estiradas
  - Elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire. Al fatigarse, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. *Se sugiere comenzar a realizar el ejercicio con la pierna lo más vertical que se pueda, e ir la bajando conforme se adquiera mayor fuerza.*
- **Frecuencia:** Consideraciones personales. Al fatigarse.
- **Finalidad:** fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.



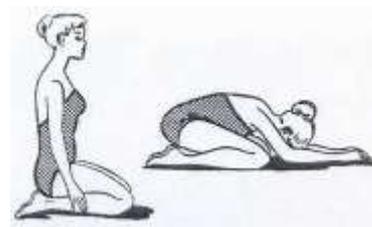
## FLEXIÓN DE TRONCO

- **Posición:** De pie, con los brazos abiertos en cruz.
  - Tomar aire con una inspiración profunda. Doblar el tronco suavemente, dejando caer los brazos, al mismo tiempo se afloja la musculatura. Regresar a la posición inicial. Tomando aire profundamente.
- **Frecuencia:** 2 sesiones de 5 repeticiones.
- **Finalidad:** Ejercicio de respiración profunda y completa.



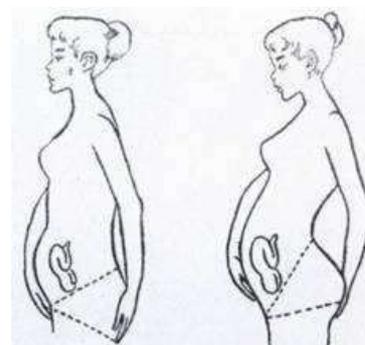
## ACERCAMIENTO

- **Posición:** De rodillas en el suelo, sentada sobre los talones, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo y el tronco lo más derecho posible.
  - A partir de la posición inicial, tomar una inspiración profunda. Doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que se inspira profundamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio.
- **Frecuencia:** 5 repeticiones
- **Finalidad:** Aumentar la elasticidad de la columna vertebral.



## ANTEVERSIÓN Y RETROVERSIÓN DE LA PELVIS

- **Posición:** De pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido.
  - Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas. Con la mano de delante, se empuja la pelvis hacia arriba, mientras que con la mano de detrás se empuja hacia abajo. Luego, volver a la posición de comienzo.
- **Frecuencia:** 10 veces.
- **Finalidad:** Aumenta la elasticidad de la pelvis y frótale los músculos del vientre y de los lomos.





### **3.5. Manualidades – confección de ropa para el R.N.**

Del 26 de abril al 5 de mayo del 2011, a través de una colaboradora de trabajos manuales, se les enseñó a las embarazadas que asisten al Club, manualidades y confección de ropa para el R.N., actividad que tuvo una acogida favorable por las presentes.

## CONFECCIÓN DE ROPA DE BEBÉ: SUÉTER



En esta clase, se le enseñó a las embarazadas algo muy bonito para su futuro hijo/a, en la modalidad de tejido, se confeccionará un suéter ya que es una actividad que todas las embarazadas pueden realizar.

### **Materiales:**

- 150 gr de lana semi gruesa y sobrantes de lana blanco o el color que se prefiera 3 1/2
- Gancho número 3 y listón del color que se desee
- Separador de tejidos (ayudará mucho a la hora de empezar a hacer el cuerpecito)

### **Importante**

Musgo: en la terminología de tejidos significa que todo es derecho es decir una sola vuelta hacia la derecha. Y chino significa que deben hacer 2 vueltas hacia la derecha, es decir, en vez de "2 vueltas musgo" será "1 chino"

## CONFECCIÓN

### **¿Cómo comenzar con el suéter?**

Se empieza por la manga, todo el suéter se empezará tejiendo por la manga montamos 34 puntos y tejemos puro derecho hasta tener 28 chinos (será el comienzo

de la manga), ahora aumentamos 30 puntos a cada extremo (montar 30 puntos, como si se empezara a tejer) en total se tendría 94 puntos que se seguirá tejiendo en puro derecho hasta tener 14chinos (será el comienzo del hombro).

Ahora para formar el escote, rematar los 14 puntos centrales y tejer cada lado por separado por espacio de 16 chinos, ahora unir las dos partes del tejido Aumentando los 14 puntos centrales, tejer 14chinos, remata los 30 puntos de cada extremo y teje sobre los 34 puntos restantes, 28 chinos y rematar.

### **Acabado**

Unir los costados, para el cuellito hacer con la madeja blanca y el gancho 3 ó 4 vueltas de punto bajo y entrelazar con la cinta por el borde, para la muñeca hacer 1 vuelta de punto bajo y la segunda vuelta hacer puntos altos para dar formas de conchitas, esta parte es del gusto de cada uno.



### **3.6. Charlas a embarazadas**

A partir del 10 de mayo del 2011 al 2 de junio del 2011, se llevaron a cabo las charlas dirigidas a embarazadas sobre control prenatal.

## CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

### TEMA: REPOSO. CAUSAS Y EFECTOS EN EL EMBARAZO



A modo de precaución, muchos médicos indican la suspensión de actividades para las embarazadas con complicaciones. Los motivos son variados. En cualquier caso, el efecto positivo también suele ser de tipo psicológico.

Tener que hacer reposo durante el embarazo es uno de los miedos más frecuentes entre las embarazadas. Cuando aparecen, sangrados, contracciones intensas o los hematomas en el saco gestacional, muchos médicos optan por la medida preventiva por excelencia: el reposo.

Es una indicación médica muy discutida porque muchos especialistas consideran que no tiene efectos comprobables. De hecho, no está demostrado que sea el reposo lo que mejora o resuelve la complicación en cuestión".

En la mayoría de los casos, resulta beneficioso desde el punto de vista psicológico. El descanso ayuda a las embarazadas a relajarse y, además, sienten que están 'haciendo algo' para cuidar a sus bebés." Algunas de las más frecuentes son:

- Sangrado
- Contracciones intensas antes de término
- Amenaza de aborto
- Preeclampsia (hipertensión arterial provocada por el embarazo)
- Hematomas en el saco gestacional
- Estrés, agotamiento u otros malestares anímicos en la embarazada
- Dolores lumbares o ciática

Además de los efectos psicológicos positivos que tiene en las madres, la suspensión de las actividades que implica el reposo contribuye a "frenar" cualquier síntoma (particularmente, aquellos vinculados al movimiento o desgaste físico) que pueda representar una amenaza para la salud del bebé o de la madre.

En este sentido, el tipo de reposo que pueda indicar el obstetra depende de la gravedad del síntoma. "Si la embarazada tiene mucho sangrado, el reposo es inmediato y absoluto. No puede moverse de la cama". En los casos de dolores lumbares o cansancio, se suelen considerar que basta con que la madre se quede en su casa y se limite a hacer pocas tareas.

En cualquier caso, lo importante es la buena predisposición y la preparación mental para transitar el reposo de la mejor manera. Después de varios días o semanas de estar "desconectada", muchas madres empiezan a sentirse deprimidas, aburridas o desmotivadas.

#### **Consejos para sobrellevar el reposo sin angustia:**

- Acondicionar el dormitorio con los objetos y muebles preferidos de la embarazada.
- Proveerse de libros, revistas y otro material de lectura que facilite la distensión y distracción (preferentemente, no referidos a temas de embarazo y maternidad).
- Recibir visitas de familiares y amigos que compartan anécdotas y relatos ajenos a los motivos del reposo.
- Mantenerse "al día" con las noticias y los acontecimientos a través de la televisión, la radio o los diarios.
- Asegurarse de recibir una alimentación sana y nutritiva.

Mantener una actitud positiva y hacer un esfuerzo consciente por no dejarse atormentar por los miedos o incertidumbres que genera la situación de reposo. Ante todo, es importante tener en cuenta que la indicación de reposo no debe tomarse como motivo de alarma para las futuras madres. La buena predisposición, la

confianza depositada en el médico y el optimismo son fundamentales para continuar con un embarazo sano, tanto física como psíquicamente.

## **SEXUALIDAD Y EMBARAZO**



Durante el embarazo la pareja se ve afectada por una serie de cambios y miedos que pueden afectar a su sexualidad pero tenemos estos consejos sanos.

Sin duda cualquier situación nueva en la vida de toda pareja supone reacomodamientos y nuevas negociaciones del compromiso primero que los llevó a estar juntos.

La aparición de un nuevo integrante, es uno de esos momentos críticos, que bien vividos harán crecer a ambos. La mujer sufre cambios físicos y hormonales, debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal y además pueden aparecer temores de que su pareja al verla con unos kilos de más, la vea poco atractiva temiendo el abandono. Los cambios hormonales producen efectos dispares, mientras algunas mujeres aumentan su libido otras sufren el efecto contrario. Esto exige del varón una especial atención, para no agregar tensiones a las que ya vive la mujer, debe ser mas tierno, paciente comprensivo y romántico con ella. Puede que durante esos meses el hombre vea a su pareja como mamá y no como su amante, lo que aumenta su deseo de protegerla y disminuya su deseo sexual. Es importante un buen dialogo, planteando de ambas partes todos los nuevos sentimientos y miedos, para que la relación se vea enriquecida y no sea fuente de tensiones por no hablar.

## **La vida sexual**

Los cambios físicos que sobrevienen hacen que las parejas deban cambiar sus técnicas y posturas sexuales. Las posiciones recomendadas son aquellas en la que no se descargue el peso sobre el abdomen tales como las laterales, la conocida como posición del perrito y las que la mujer está encima ya que le permiten un control total de la penetración.

Es muy necesaria una buena higiene de los genitales de ambos pero en especial del varón, para evitar el aporte de gérmenes extraños a la flora habitual al medio vaginal. El embarazo es un buen momento para explorar nuevas maneras de satisfacerse mutuamente que no sean exclusivamente el orgasmo por penetración vaginal. Todo el cuerpo de la mujer es una antena para recibir estímulos también el del hombre, la experiencia del varón fruto de una educación sexual inadecuada y llena de prejuicios, delimita el placer sexual al placer genital desconociendo toda la potencialidad del estímulo de otras zonas.

A priori no hay ningún inconveniente para continuar la vida sexual, teniendo en cuenta las peculiaridades propias del embarazo como el aumento del volumen del abdomen y de los cambios de la libido por la acción de las hormonas. Cualquier situación anormal como pérdidas de sangre pueden ser indicadores de problemas, por lo que se deben discontinuar la actividad sexual y consultar de inmediato al médico.

El embarazo es un etapa que vivida en profundidad sin duda hará que la pareja y cada integrante como individualidad, salga fortalecida y renovada en todos los aspectos de su vida. Luego del post-parto la madre sufre otra adaptación emocional y psicológica especial con la finalidad de comunicarse con el bebé, proceso que se manifiesta en mayor emotividad, sensibilidad, si este proceso es compartido con la pareja se descubrirán en un nuevo proceso de interacción amorosa, que sin duda se ampliará hacia el nuevo integrante, con todo lo positivo que esto aportará a su desarrollo físico, psicológico y afectivo.

## **CONJUNTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA EL DISFRUTE DEL TIEMPO LIBRE DE EMBARAZADAS**



La recreación tiene un grupo de características socio culturales donde las personas realizan las actividades recreativas por ellas misma; libres de cualquier obligación o compulsión externa, las actividades recreativas brindan a los participantes satisfacción inmediata y alegría como elemento esencial de la misma.

La recreación es una actividad muy importante para disminuir y/o invertir muchos de los riesgos físicos, psicológicos y sociales que a menudo acompañan a la mujer, una realidad social en torno a las embarazadas que influyen en el desarrollo y nivel de satisfacción de las mismas.

Todo programa recreativo garantiza el acceso del individuo y de la comunidad al conocimiento, práctica de las actividades físicas y recreativas buscando estilos sanos de vida con el aprovechamiento del tiempo libre en actividades de recreación sana.

Consiste en brindar a las embarazadas un conjunto de actividades recreativas para la ocupación del tiempo libre, a través de la participación en las actividades recreativas de aprovechar el tiempo libre de las embarazadas queremos promover salud, bienestar y calidad de vida expresada en alegría, satisfacción, mejoramiento de la salud física, mental, riqueza espiritual de la población que se encuentra ubicadas en el hogar para de esta forma combatir el sedentarismo y prevenir enfermedades, así como contribuir a mejorar su comportamiento social.

Teniendo en cuenta que la promoción de salud se identifica con el hecho de proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta.

## CONTROL PRENATAL

Signos y Síntomas de alarma



## EDUCACION MATERNA

Educarles acerca del control prenatal, es un objetivo fundamental. Las embarazadas bien instruidas sirven como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

**-Signos y síntomas de alarma.** Deben estar capacitadas para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto.

De ahí que se debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el

grupo familiar y que tiene una simple solución.

Se debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Deben estar informadas de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Deben estar informadas que los movimientos fetales serán reconocidos por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Deben estar capacitadas para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino.

Deben estar informadas de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

## **NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO**



Entre los cuidados que se tienen que tener durante un embarazo, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación. No se trata de comer más, o comer por dos, como muchas creen, sino tener en cuenta cuáles son las necesidades nutricionales que requieren los cambios metabólicos de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo de su bebé. La madre debe consumir alimentos variados de los tres grupos, balanceados y evitar el consumo excesivo de alimentos grasos, sal y carbohidratos y controlar mucho su peso, ya que la salud de su hijo y su recuperación después del parto depende mucho de esto. De esta forma:

proporcionaremos un listado de alimentación de embarazadas de vida rutinaria comparándolas con los parámetros de alimentación adecuada.

La nutrición durante el embarazo es un tema controvertido, muchas veces ignorado por los obstetras o abordado en forma equivocada. Ello, puede deberse por una parte a un conocimiento insuficiente del tema y por otra, a que los conceptos están en revisión y no debidamente comprobados. Esta tarea ha sido asumida por nutricionistas lo que también ha facilitado que los obstetras se despreocupen de él. Además es difícil para los médicos traducir la teoría en recomendaciones prácticas, cotidianas y accesibles. Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo.

Anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas. En otros momentos, fueron incentivadas a "comer por dos", lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal. Hoy comprendemos mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida.

Para la madre, una nutrición deficiente induce a la aparición de anemia, hipotensión, a tendencias hemorrágicas, a parto retrasado o prematuridad y a un posparto complicado. Por tanto es muy importante que la mujer tenga una variedad de alimentos que juntos proveerán un nivel de energía y nutrientes necesario para la salud maternal y el desarrollo y crecimiento fetal.

Durante el embarazo, en la madre se requiere una mayor cantidad de nutrientes, para satisfacer las necesidades básicas tanto de ella como del bebé que se esta formando. Aquellas mujeres que comen en forma deficiente durante este periodo, pueden presentar mayores complicaciones que las que están bien nutridas.

Entre los cuidados que se tienen que tener durante un embarazo, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación. Comer en exceso y

comer en forma deficiente durante este periodo, pueden ocasionar muchos riesgos y mayores complicaciones

Los cambios metabólicos que se producen en la madre y en el bebé en crecimiento producen en el organismo materno demandas nutricionales adicionales, las cuales deben ser satisfechas mediante el aumento de la ingesta de algunos nutrientes.

No se trata de comer más, o comer por dos, como muchas mujeres creen, sino tener en cuenta cuáles son las necesidades nutricionales que requieren los cambios metabólicos de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo de su bebé.

El aumento de peso de la madre durante el embarazo, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, se debe al peso del bebé, de la placenta y al aumento de tamaño de los órganos de la mamá, es decir del útero y de las mamas.

El peso de la madre, puede estar asociado con enfermedades o problemas de la madre o del bebé, por lo que el embarazo debe tener un adecuado control por el médico y la madre debe seguir las indicaciones, ya que poco aumento puede asociarse también con el bajo peso del recién nacido y el aumento excesivo, puede estar relacionado con enfermedades de la madre como hipertensión, problemas de tiroides, eclampsia o diabetes, que pueden ocasionar graves complicaciones durante el embarazo.

La madre debe consumir alimentos variados de los tres grupos, balanceados y evitar el consumo excesivo de alimentos grasos, sal y carbohidratos y controlar mucho su peso, ya que la salud de su hijo y su recuperación después del parto depende mucho de esto

### **Nutrientes y Alimentos Complementarios**

**Energía.** La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado

nutricional normal se consideraba alrededor de 300 Kcal diarias. Estudios recientes demuestran que con frecuencia disminuye la actividad física durante el embarazo y el gasto energético por este factor. A la vez existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía consumida. Un comité de expertos propuso en 1996 un incremento de sólo 110 Kcal los primeros trimestres del embarazo y de 150-200 Kcal durante el último trimestre, en mujeres con estado nutricional normal. El incremento adicional equivale entonces a menos de medio pan, gran parte del embarazo. En mujeres enflaquecidas las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal en segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre.

**Proteínas.** La necesidad adicional de proteínas se estima en 10 gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales. De acuerdo a los patrones alimentarios las proteínas no representan un nutriente crítico y en general son adecuadamente cubiertas en la alimentación.

**Grasas.** Deben aportar no más del 30% de las calorías totales. Es importante incluir ácidos grasos esenciales de la familia "omega-6" presentes en aceites vegetales (maíz, pepa de uva) y de la familia "omega-3" que se encuentran fundamentalmente en los aceites de soya, y en alimentos como el pescado, almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo y del niño durante la lactancia.

**Hierro.** Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales, pan y cereales fortificados. La leche Purita Fortificada con hierro y zinc que distribuye actualmente el Programa Nacional de Alimentación Complementaria es insuficiente para cubrir las necesidades de estos minerales.

**Calcio.** Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 mg por día. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer. Existen algunas evidencias que el déficit de calcio determina mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. El uso de alimentos fortificados y/o suplementos es una alternativa para mejorar la ingesta. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt).

**Zinc.** También presenta una baja ingesta en las embarazadas y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

**Vitamina A.** Es uno de los pocos nutrientes cuyo requerimiento no aumenta respecto a mujeres adultas en edad fértil. Existen evidencias de que altas dosis diarias de vitamina A (superiores a 10.000 UI) consumidas las dos semanas previas al embarazo o en las 6 primeras semanas del embarazo pueden tener un efecto teratogénico. Especial cuidado debe tenerse con los preparados de ácido retinoico o sus derivados para uso cutáneo ya que estos tienen una potencia 100 a 1000 veces mayor que el retinol.

**Acido fólico.** Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 µg/día (más del doble de la cifra previa) y a 600 µg/día en la embarazada. La asociación entre este nutriente y los defectos de cierre del tubo neural fue extensamente analizada. Su uso en altas dosis (4,0mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN (Defecto del Tubo Neuronal) desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo. Los defectos más comunes del tubo neural son la espina bífida (una malformación de la médula espinal y la espina dorsal que consiste en que éstas no se cierran completamente), la anencefalia (severo desarrollo insuficiente del cerebro) y la encefalocele (cuando el tejido cerebral sale hacia afuera de la piel a través de un orificio en el cráneo).

Todos estos defectos ocurren durante los primeros 28 días del embarazo; generalmente antes de que una mujer sepa que está embarazada.

La buena alimentación disminuye los riesgos de complicaciones del embarazo tales como:

- Las infecciones, la anemia y la toxemia en la madre; el nacimiento prematuro;
- El peso natal bajo; el parto de un feto muerto; el daño cerebral; y
- El retraso mental en el bebé.

### **3.7. Evaluación final de la capacitación**

El 30 de junio del 2011, se realizó la evaluación final de la capacitación, mediante un formulario de encuesta.

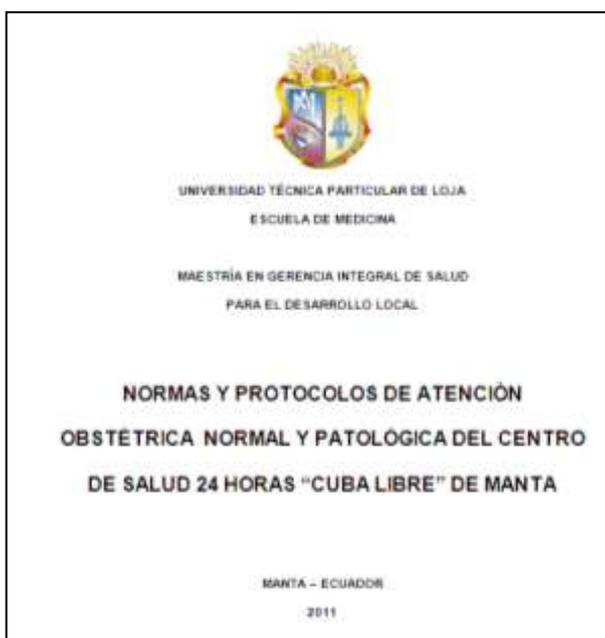
## **EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE LOS RESULTADOS**

### **RESULTADO Nº 1.- GUÍAS Y NORMAS DE CONTROL PRENATAL ADAPTADAS AL SERVICIO Y APLICÁNDOSE**

#### **INDICADORES:**

- Hasta el 30 de marzo del 2011, el 100% de las guías y normas adaptadas al servicio.

Para el cumplimiento de este indicador, se contó con la participación del equipo de salud del Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" de Manta, logrando la adaptación de las guías y normas al servicio.



- Hasta el 30 de julio del 2011, el 100% de las guías y normas aplicándose al servicio.

El cumplimiento de esta actividad se comprueba a través de la Matriz de Reporte del Monitoreo de la calidad de atención materno peri-neonatal.

**GRAFICUADRO Nº 1**  
**RESUMEN DE LA MATRIZ DE REPORTE DE MONITOREO DE LA CALIDAD DE**  
**ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL**

	<b>Estándar de Historias Clínicas</b>	<b>Marque + si cumple - no cumple</b>	<b>%</b>
1	Antec. Pers. y obstétricos	+	87
2	Semanas de amenorrea	+	100
3	Determinación de P/A	+	100
	Auscultación de latidos cardiacos FCF en embarazos > 20 semanas.	+	100
4	Sangrado genital	+	100
5	Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación	+	90
6	Evaluación estado nutricional	+	100
7	Verificación. Indicador o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP	+	80
8	Prescripción de hierro (tabletas de sulfato ferroso 50 MG)	+	90
9	Prescripción de ácido fólico tabletas 1 Mg (hasta las 12 semanas de gestación).	+	90
10	Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, factor VDRL, Hb, Hto. Glucosa, VIH, EMO	+	100
11	Proteinuria en tirilla en embarazos > 20 semanas	+	93
12	Cumple el estándar con los Aspec. seleccionados	+	100

Fuente: Evaluación Personal de Salud

Elaborado por: Autora

**Análisis:**

Se tomaron 30 historias clínicas de embarazadas del Centro de Salud atendidas por los profesionales, con el fin de evaluar la calidad del control prenatal, y se ha podido verificar que a pesar de que las guías y normas ya se están aplicando en el Centro de Salud, no todo el personal encargado del control prenatal, aplica en un 100% las guías y normas, resultado corroborado a través de la matriz de Reporte del Monitoreo de la calidad de atención materno peri-neonatal, que se efectúa en forma mensual en el Centro, para determinar si el personal aplica o no aplica las guías y normas.

## RESULTADO N° 2.- Equipo de salud capacitado sobre guías y normas de control prenatal a usuarias

### INDICADOR:

Al 30 de abril del 2011, el 100% del personal capacitado.

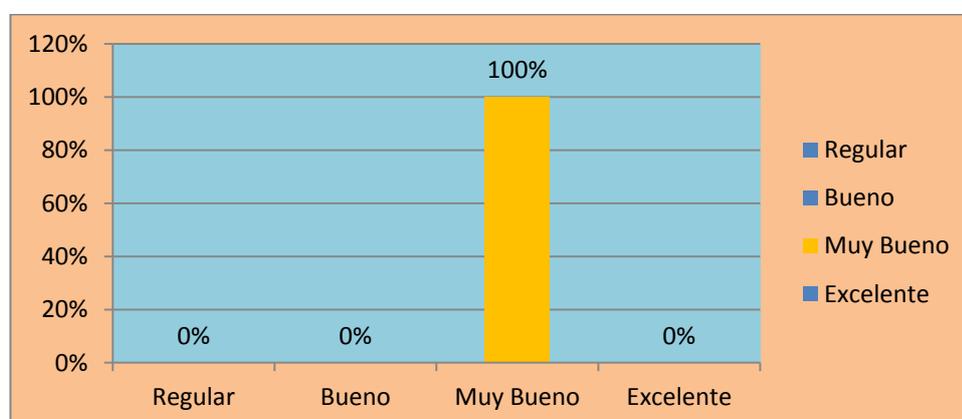
Este resultado se verificó con el grado de satisfacción que percibieron las embarazadas atendidas en el Centro de Salud, acerca de la calidad de atención en el control prenatal que les brinda el personal de salud.

**GRAFICUADRO N° 2**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE”**

Items	Grado de Satisfacción	%	%
1	Regular	-	-
2	Bueno	-	-
3	Muy Bueno	22	100
4	Excelente	22	100
	Total		

Fuente: Encuesta a embarazadas

Elaborado por: Autora



**Análisis:**

A fines del mes de abril del 2011, se culminó la capacitación al personal sobre guías y normas, para lo cual se encuestó a las 22 usuarias que conforman el Club de Embarazadas, determinándose que dicha capacitación ha generado una muy buena atención a las embarazadas, a pesar de que no se aplica en un 100% las guías y normas, ellas se sienten muy satisfechas por el servicio que reciben en el control prenatal.

### RESULTADO N° 3.- EMBARAZADAS Y FAMILIARES INFORMADOS SOBRE SU CONTROL EN LOS CONTROLES PRENATALES

#### INDICADOR:

Al 30 de agosto del 2011, el 100% de las embarazadas y familiares informados sobre su rol en los controles prenatales.

El 1 de abril de 2011, se realizó una evaluación inicial a las embarazadas para conocer el grado de conocimiento acerca del control prenatal.

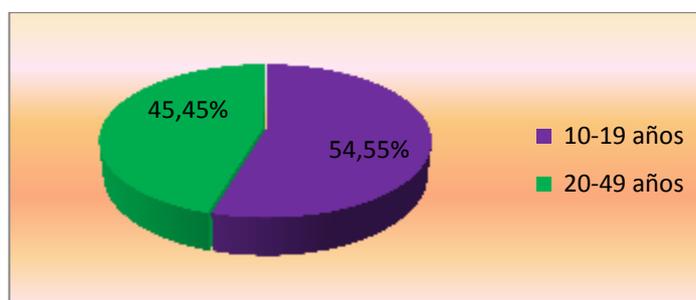
#### DATOS DE FILIACIÓN

**GRAFICUADRO N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDAD**

Edad	Fi	%
10-19 años	12	54.55
20-49 años	10	45.45
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registros Historias Clínicas y Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



#### Análisis:

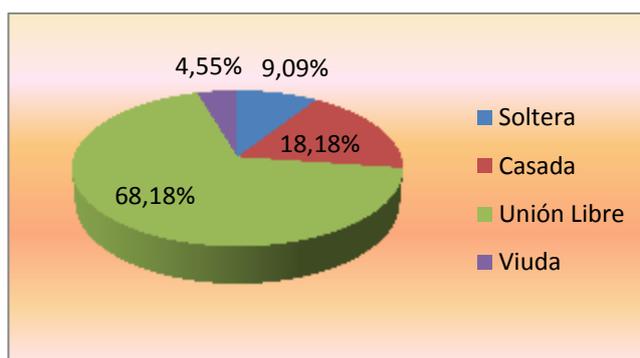
El 54.55% de primigestas que conforman el Club de Embarazadas oscilan entre edades de 10 a 19 años, el 45.45% están entre edades de 20 a 49 años, denotándose que son en su mayoría adolescentes.

**GRAFICUADRO Nº 4**  
**DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL**

<b>Edad</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Soltera	2	9.09
Casada	4	18.18
Unión libre	15	68.18
Viuda	1	4.55
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registros Historias Clínicas y Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



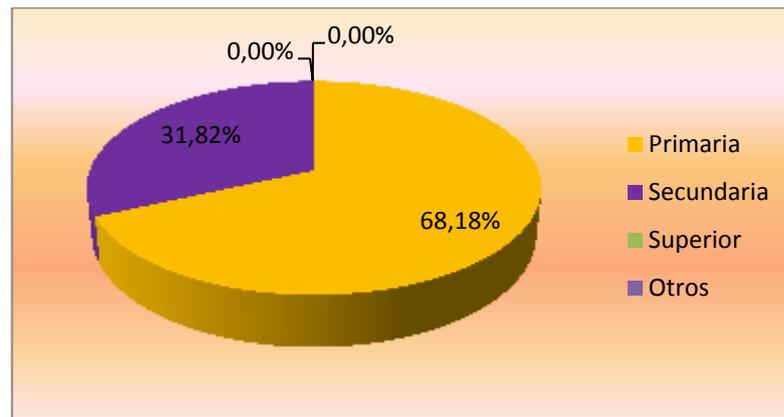
**Análisis:**

La unión libre predomina en el grupo en estudio, con un 68.18%, mientras que con un 18.18% son de estado civil casadas; en menor escala el 9.09% son de estado civil solteras, en menor escala son viudas con el 4.55%.

**GRAFICUADRO Nº 5**  
**DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Primaria	15	68.18
Secundaria	7	31.82
Superior	-	-
Otros	-	-
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registros Historias Clínicas y Encuestas a embarazadas  
**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

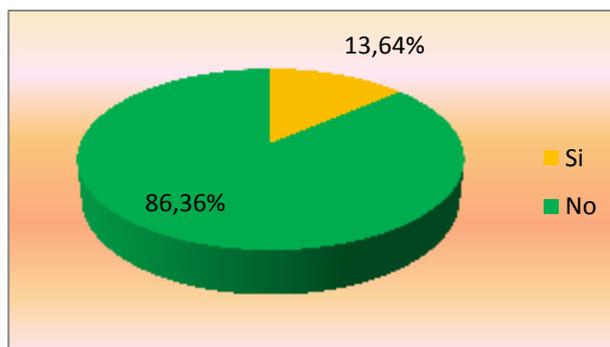
El 68.18% tienen el grado de instrucción primaria, denotándose que este factor influye porque se hacen de compromiso a temprana edad y dejan de estudiar por el embarazo, por ende repercute en su escaso conocimiento acerca de controles prenatales.

**GRAFICUADRO Nº 6**  
**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EMERGENCIA EN EL EMBARAZO**

Signos y Síntomas	fi	%
Si	3	13.64
No	19	86.36
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

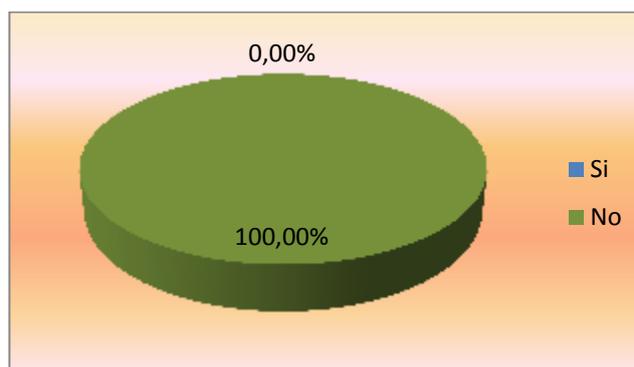
El 13.64% de embarazadas encuestadas, si conoce sobre signos y síntomas de emergencia en el embarazo; lo preocupante es que un 86.36% no tiene conocimiento de cómo actuar frente a la emergencia, razón por la que en forma positiva acuden al Club de Embarazadas, ya que de esta manera van a tener la oportunidad de educarse en este tema.

**GRAFICUADRO Nº 7**  
**CONTROLES PRENATALES ADECUADOS EN EL EMBARAZO**

<b>Controles Prenatales</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Si	-	-
No	22	100
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

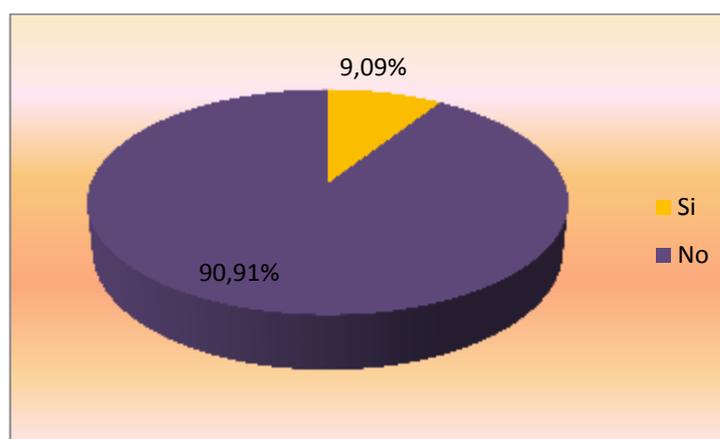
El 100% de embarazadas encuestadas, no tiene conocimiento de cuantos controles prenatales debe realizarse, evidenciándose que las embarazadas están desinformadas sobre su rol en el control prenatal.

**GRAFICUADRO Nº 8**  
**IMPORTANCIA DE LA TALLA EN EL EMBARAZO**

Importancia de la talla en el embarazo	Fi	%
Si	2	9.09
No	20	90.91
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

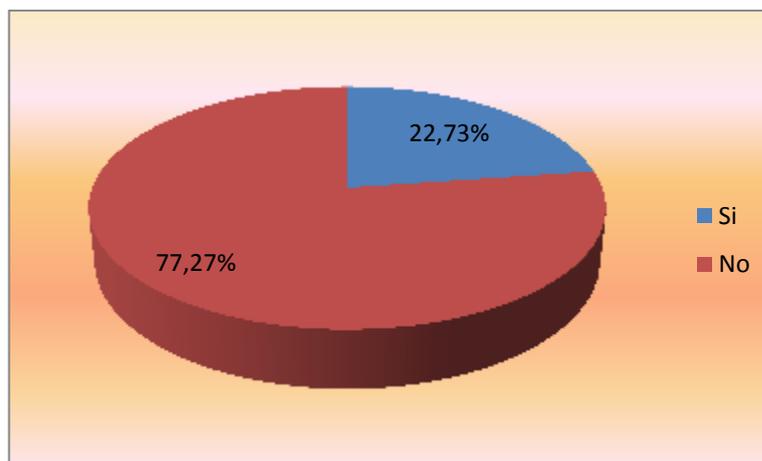
El 9.09% de embarazadas encuestadas, manifiesta sí tener conocimiento de la importancia de la talla en el embarazo; el 90.91% no conoce acerca del tema, determinándose que es imperativo educarles acerca de los riesgos y complicaciones materno-infantil en cuanto a este indicador, más sin embargo se está en plena predisposición de capacitar a las embarazadas en este tema.

**GRAFICUADRO Nº 9**  
**EXÁMENES EN EL EMBARAZO**

Exámenes en el embarazo	Fi	%
Si	5	22.73
No	17	77.27
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

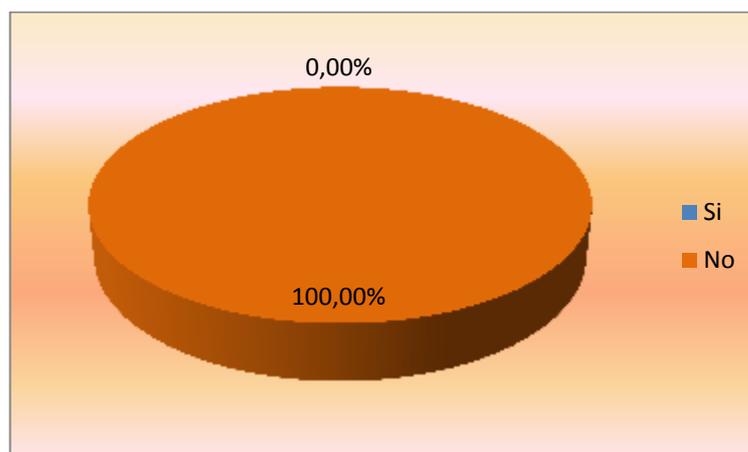
El 22.73% de embarazadas encuestadas, manifiesta sí tener conocimiento de los exámenes que debe realizarse, el 77.27% dice no conocer de los exámenes que debe realizarse en su totalidad, ya que a inicios de su embarazo en los controles anteriores sí se han realizado algunos, a pesar de habérselos realizado no tienen conocimiento a qué grupo pertenecen ni tampoco tienen conocimiento de los exámenes que se deberán realizar posteriormente.

**GRAFICUADRO N° 10**  
**PSICOPROFILAXIS EN EMBARAZADAS**

<b>Psicoprofilaxis en Embarazadas</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Si	-	-
No	22	100
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas a embarazadas

**Elaboración:** Autora



**Análisis:**

El 100% de embarazadas encuestadas no tiene conocimiento de lo que es psicoprofilaxis, pero estarán gustosas de aprender, ya que lo que les interesa es su bienestar y el del bebé.

Una vez concluido el Programa a Embarazadas, se realizó la evaluación final, teniendo como objetivo principal detectar el grado de conocimiento que han adquirido las primigestas partícipes en el Club.

Detalle de preguntas	Si	No
• ¿Conoce cuántos controles prenatales debe efectuarse hasta antes del parto?	X	
• ¿Conoce usted que es una dieta balanceada en el embarazo?	X	
• ¿Sabe usted si dentro del embarazo se puede mantener relaciones sexuales?	X	
• ¿Cuántas semanas de gestación debe cursar una embarazada a término?	X	
• ¿Cuáles son los signos de alertas del parto?	X	

Esta verificación se realizó a las 22 embarazadas pertenecientes al Club, en un 100% respondieron afirmativamente las preguntas, manifestando que se han sentido muy satisfechas por los conocimientos adquiridos en el Programa.

## **EVALUACION DEL PROPOSITO**

### **PROPOSITO**

Embarazadas que se atienden en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" reciben buena calidad de atención.

### **INDICADOR:**

Al 30 de julio del 2011, el 100% de las embarazadas reciben buena calidad de atención.

Las embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre" reciben buena calidad de atención por parte del equipo de salud, que aplica las guías y normas del servicio.

## **EVALUACION DEL FIN**

### **FIN**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las embarazadas y sus hijos/as.

El hecho de cumplir con los indicadores de los resultados y propósito, se está contribuyendo a cumplir con el fin.

## **10. CONCLUSIONES**

Una vez culminado con el Programa de acción destinado a mejorar la calidad de vida de la embarazada y de su hijo/a, se concluye:

1. Se cumplió con el 100% de los objetivos planteados en este proyecto.
2. En el Centro de Salud a pesar de que siempre han existido las guías y normas, el personal de salud no se ha preocupado por cumplirlas al 100%, por muchas razones, entre la más notoria podría decirse que es la elevada demanda de pacientes y programas de salud, lo que disminuye el tiempo requerido para la adecuada atención.
3. El personal de salud recibió con agrado la iniciativa de la maestrante de actualizar las guías y normas, y adecuarlas a la realidad del Centro. Hubo buena predisposición de los directivos y del personal para llevar a cabo este Programa.
4. Socializar las guías y normas del control prenatal, ha sido provechoso, porque minuciosamente el Comité de Actualización que se conformó para dicha actividad, ha podido detectar la inexistencia de equipos y medicina que carece la institución y que constan en las guías y normas, y esto ha permitido realizar un diagnóstico actualizado de las actividades que se llevan en el centro y por ende permitirá mejorar en su funcionamiento.
5. La experiencia de capacitar a embarazadas en temas de control prenatal, para fomentar actividades y conductas responsables para que asuman su rol en el control del embarazo y se disminuya el riesgo de complicaciones materno-infantil, ha sido muy significativa, porque se disminuye el riesgo de mortalidad, de desnutrición, de anemia y hace que exista un consolidado vínculo afectivo familiar, por ende un mejor.

## **11. RECOMENDACIONES**

Reconocemos que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, por lo que se requiere que los profesionales del Centro de Salud, fortalezcan la vigilancia y control de su cumplimiento, pero sobre todo que adquieran un compromiso en intervenciones prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos. El uso de normas para la atención puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Las normas y guías deben constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada, ya que esto permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad con oportunidad.

El camino continúa, la revolución sanitaria avanza y con el compromiso colectivo estamos convencidos que podremos lograr las metas propuestas. No está demás recomendar al personal sanitario de cualquier nivel que apliquen las normas profesionales acordadas, universalmente aceptadas y basadas en evidencias, ya que esto solo representa un eslabón en la cadena necesaria para lograr que todas las mujeres y los recién nacidos puedan beneficiarse de una atención capacitada.

Las normas también ayudan a determinar los problemas operativos que deben resolverse para satisfacer el nivel acordado de desempeño. El proceso de uso, monitoreo y prueba de la norma también puede ayudar a revelar cuáles estructuras, sistemas y equipo se necesita para apoyar la adecuada atención de la prestación. Durante la medición de estándares e indicadores de norma, pueden detectarse deficiencias de la estructura y el proceso, y pueden planificarse las medidas para corregirlas, por lo que recomiendo que siempre se realicen monitoreos, ya que durante este proceso pueden hacerse evidentes las esferas prioritarias de investigación operativa apropiada, a su vez, tal investigación puede ayudar a definir y redefinir la norma esperada, es decir validarla en el servicio, y constituirse en un instrumento de la formación de los recursos en salud.

Que sea un objetivo fundamental del Centro de Salud 24 Horas "Cuba Libre", educar a las embarazadas acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado.

## **12. BIBLIOGRAFÍA**

1. American Diabetes Association. (2005). Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*; 28: 537 – 542.
2. American Diabetes Association. (2010). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 33, S11-S61.
3. Berry, T. (2008). *Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total*. Caracas: Editorial Mc Graw Hill.
4. Bone, D., Griggs, R. (2004). *Calidad en el trabajo*. México: Ediciones Gravica.
5. Carraro, V.O. (2005). *Ser humano inconsciente*. Porto Alegre, Brasil.
6. Carrera, J.M., Mallafré, J., Serra, B. (2006). *Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal*. Barcelona: Masson.
7. Carrera, JM. Mallafré, J. Serra, B. (2006). *Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal*. México: Instituto Universitario Dexeus. .
8. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. (2004). *Encuesta Demográfica de salud materna e infantil*. Ecuador: Endemain.
9. Centro de Salud 24 Horas “Cuba Libre” de Manta. (2011). Dirección administrativa.
10. Centro Latinoamericano de Perinatología. (2009). *Salud de la Mujer y Medicina Reproductiva (CLAP)*. Recuperado de <http://www.clap.ops.oms.org>.
11. Chaparro, C., Chessa Lutter, A. Camacho, H. (2005). *Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido*. Recuperado de [www.paho.org/Spanish](http://www.paho.org/Spanish).

12. Donabedian, A. (2002). Evaluación de la calidad de la atención médica, Washington DC: OPS/OMS.
13. Fernández, L.S., Carro Puig, E., Osés Ferrera, D., Pérez Piñero, J. (2004). Caracterización de las gestantes adolescentes. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología. Recuperado: de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?prod=SC838>
14. González, F. (2008). Evaluación de la Calidad del servicio presentado en el Departamento de Atención al Cliente, Venezuela: Interbank.
15. Gordon, B. (1994). AVERY.- Neonatología Fisiología y Manejo del recién nacido. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
16. INEC, (2001). IV Censo de Población y vivienda, Ecuador. Recuperado de <http://www.inec.goc.ec>.
17. Karl, A. (2008). Gerencia del Servicio. Caracas: Legis Fondo Editorial.
18. Malagon Londoño, G. (2006). Administración Hospitalaria. España: Panamericana.
19. Martínez-González, M.A., Sánchez-Villegas, A (eds.). (2002). Estilos de vida y Salud Pública., Pamplona: Ulzama Digital.
20. Ministerio de Salud Pública (2006). Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia. UELMGAI. Recuperado de [www.maternidadgratuita.gob.ec](http://www.maternidadgratuita.gob.ec).
21. Ministerio de Salud Pública. (2003). Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud –Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia– USAID -Proyecto de Garantía de Calidad URC- CHS/, Estándares, Indicadores y Matriz explicativa. Quito: Conasa.

22. Ministerio de Salud Pública. (2008). Componente Normativo Materno. Quito: Conasa.
23. Ministerio de Salud Pública. (2008). Programa Nacional de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Quito: Conasa.
24. Ministerio de Salud Pública. (2008). QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (CONE)/Complicaciones obstétricas y neonatales. Guía del capacitador/Guía del Profesional. Conasa: Quito.
25. Organización Panamericana de la Salud. (2001). La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington: O.P.S.
26. Organización Panamericana de la Salud. (2008) Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR OPS/OMS. Recuperado de [www.clap.ops.oms.org](http://www.clap.ops.oms.org).
27. Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G., Martínez, F., Chóliz, M. (2002). Psicología de la Motivación y la Emoción. McGraw Hill. Madrid.
28. Petri, H.L., Govern, J.M. (2006). Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones. México: Tromson.
29. Rossel C., Carreno, K., Maldonado, M. (2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. México: Doyma.
30. Smeltzer, S. (2006). Enfermería Medico Quirúrgica. D.F-México: Editorial Mc. Graw Hill.
31. Vélez Gomes, M.P., Barros, F.C., Echavarría-Restrepo, L.G., Hormaza, A. (2006). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de

32. atención y protección Materno Infantil de la clínica universitaria Bolivariana. Rev. Colomb. Gineco obst, 42(3), 60-63.

## **13. ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD**  
**PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**  
**OBSTÈTRICA NORMAL Y PATOLÒGICA DEL CENTRO**  
**DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE” DE MANTA**

**MANTA – ECUADOR**

**2011**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
I. ATENCIÓN PRENATAL	
II. ASESORAMIENTO PRECONCEPCIONAL	30
1. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	44
1.1 ABORTO	44
1.2. EMBARAZO ECTÓPICO	53
1.3. ENFERMEDADES TROFOBLÁSTICAS GESTACIONALES	60
2. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	71
2.1. PLACENTA PREVIA	71
2.2. DESPRENDIMIENTO NORMO-PLACENTARIO	76
2.3. RUPTURA UTERINA	82
2.4. ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL	85
2.5. DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP)	96
2.6. PARTO PODÁLICO	101
2.7. PROLAPSO DEL CORDÓN	108
2.8. DISTOCIA DE LABOR	113
2.9. CESÁREA (PROCEDIMIENTO	121
2.10. DISTOCIA DE HOMBRO	128
3. POST PARTO: HEMORRAGIAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO	132
3.1 SANGRADOS DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO	132
4. OTRAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	143
4.1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	143
4.2. SHOCK SÉPTICO	147
4.3. SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO	154
4.4. PANHIPOPITUITARISMO	159
5. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	165
6. OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	189
6.1. DIABETES DEL EMBARAZO	189
6.2. APENDICITIS	194
6.3. COLECISTITIS	196
7. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	199
7.1. VAGINITIS	199

8. TUMORES	203
8.1 CÁNCER DE CUELLO UTERINO	203
BIBLIOGRAFÍA	215

## **I. ATENCIÓN PRENATAL**

### **DEFINICIÓN**

Es el conjunto de actividades y procedimientos que se brindan a la embarazada: incluyen vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto.

Considerar que todo embarazo es un proceso fisiológico que potencialmente tiene riesgos.

### **OBJETIVOS**

#### **Nivel I**

Diagnosticar el embarazo e identificar algún grado de riesgo en la gestante y en el embrión/feto y referir al nivel II o III de acuerdo al grado de complejidad.

#### **Nivel II**

- Evaluar integralmente a la gestante e identificar los diferentes riesgos materno fetales.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, identificar malformaciones tempranas y viabilidad fetal.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Identificar los signos y síntomas de alerta de enfermedades asociadas con el embarazo y que requieran de tratamiento especializado para realizar transferencias oportunas a centros de mayor complejidad.
- Asegurar y proteger la salud de la gestante y de su hijo/a, antes, durante y después del parto.

- Reducir en lo posible las complicaciones que puedan surgir en el curso del embarazo, mediante screenings.
- Preparar física y mentalmente a la paciente y su familia para la atención institucional del parto.
- Planificación de un parto seguro.
- Administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

- Gestante de más de 35 años.
- Lugar de residencia lejana.
- Pobreza.
- Analfabetismo.
- Paridad: nuliparidad o multiparidad.
- Antecedentes patológicos de carácter general.
- Antecedentes obstétricos patológicos.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo en adolescente.
- Uso de alcohol, tabaco y drogas.
- Sin vacuna antitetánica.
- Abandono familiar.

### **PROCEDIMIENTO**

#### **Características básicas del Control Prenatal**

##### **Nivel I**

1. Precoz.
2. Periódico.
3. Con enfoque de riesgo e interculturalidad.
4. **Grupo de bajo riesgo.**

- Deben ser controladas en el primer nivel de atención y de complejidad.

**Control precoz:** Permite:

- La captación de la embarazada en lo posible será durante el primer trimestre de la gestación.
- La ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.
- Identificar precozmente a la embarazada de mediano y alto riesgo.
- Planificar eficazmente el manejo gineco-obstétrico, así como en que nivel de atención debe ser atendida la embarazada.

**Control periódico**

- Frecuencia de la atención prenatal.
- El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, tiene que ser continuo e integral.
- Mínimo: 6 atenciones prenatales.
  - Dos atenciones antes de las 22 semanas, la primera preferentemente luego de la falla menstrual.
  - La tercera entre las 22 a 24 semanas.
  - La cuarta entre las 27 a 29 semanas.
  - La quinta entre las 33 a 35 semanas.
  - La sexta entre las 37 a 40 semanas.

**Nivel II**

1. Precoz.
2. Periódico.
3. Integral o completo.
4. Con enfoque de riesgo e interculturalidad.
5. De amplia cobertura.

**Grupo de mediano y alto riesgo**

- Precisan de asistencia especializada y de exámenes especiales, deben ser controladas en el segundo y tercer nivel de atención y de complejidad.

**Control integral**

- Control integral de salud para valorar la evolución del embarazo.
- Completar segunda dosis de antitetánica.
- Atención odontológica.
- Tratamiento de la morbilidad.
- Educación para la salud de la madre y del niño.
- Evaluación del estado nutricional y entrega de complemento alimentario.
- Referencia por necesidad al nivel de atención que el caso lo requiera.

**Enfoque de riesgo**

- Se fundamenta en el hecho de determinar la probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, y proporcionar la atención inmediata.
- Permite canalizar la referencia y contrarreferencia de las embarazadas según el nivel de complejidad.

**APOYOS COMPLEMENTARIOS:****Nivel I**

- Biometría hemática, Grupo sanguíneo y factor RH.

**Nivel II**

- Glucosa.
- VDRL-VIH con consentimiento informado (Test de ELISA o prueba rápida para VIH).
- EMO.
- Urocultivo (tomado con sondaje vesical).

- Ecografía obstétrica.

**Nivel III**

- IgG-IgM TORCH

**PROCEDIMIENTOS****PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL**

1. Debe durar no menos de 20 minutos (depende del grado de riesgo).
2. Elaboración de la Historia Clínica Perinatal (SIP 2000):MSP-051.
3. **INCLUIR MODELO DE LA HISTORIA.**

Primera consulta se realizará:

- Toma de muestra para Papanicolaou.
- Llenado del carné perinatal.
- Evaluación y control del estado nutricional.
- Evaluación odontoestomatológica.
- Primera y segunda dosis de vacuna antitetánica
- Tamizaje de depresión y violencia.
- Orientación / consejería en salud sexual y reproductiva.
- Promover el Autoexamen mamario.
- Consejería en estilos de vida saludables: nutrición, ejercicios, reposo, sexualidad y recreación.

**ATENCIÓNES PRENATALES POSTERIORES**

La consulta posterior o control subsecuente debe durar no menos de 15 minutos, dependiendo de los factores de riesgo, y se realiza según el protocolo de periodicidad:

**En estas consultas**

- Evaluación integral de la paciente.
- Interrogar por signos y síntomas de alarma.
- Controlar el aumento de peso materno, los signos vitales, (especialmente la Presión arterial), reflejos y presencia de edemas.**(llenar el partograma- MSP-CLAP)**.
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante las maniobras de Leopold utilizando la cinta Métrica Perinatal hasta las 32 semanas de gestación con el objeto de verificar restricción de crecimiento intrauterino, polihidramnios, gestación múltiple.
- Verificar frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.
- Interpretación de exámenes.
- Evaluar edad gestacional.
- Indicar suplemento de ácido fólico-hierro Fumarato: 300mg dos veces a la semana y ácido fólico 400µg día después de las 16 semanas.

**A partir de las 28 semanas:**

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de FCF.
- Biometría, glicemia, urocultivo, VDRL, VIH con consentimiento informado.
- Iniciar estimulación prenatal desde las 12 semanas y preparación para el parto desde la semana 22.

**A partir de las 35 semanas.**

- Determinación del encajamiento fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, según criterio médico.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal, prueba de No stress (darle a la madre alimentos, descanso por 30 minutos y se acueste por 40 minutos y verificar en éste tiempo movimientos fetales los cuales deben ser más de 10), estimulación vibro acústica y peloteo, si el feto

no reacciona referir a un nivel de mayor complejidad.

- Evaluar riesgo quirúrgico y programar para cesárea electiva los casos necesarios.
- Cultivo vaginal y rectal para determinación de Estreptococo beta hemolítico grupo B.

Capacitar a la paciente sobre signos y señales de alarma de complicaciones del embarazo y parto y entregar documento escrito que incluye los siguientes **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA** que su presencia obliga a acudir inmediatamente al establecimiento de salud para su atención:

- Náuseas y vómitos intensos y repetidos.
- Disuria.
- Fiebre.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Cefalea intensa o permanente.
- Visión borrosa, escotomas y/o zumbido de oídos.
- Aumento súbito de peso, edema (hinchazón) de cara, manos, y pies.
- Descarga vaginal de líquido (líquido amniótico, leucorrea).
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Ser objeto de violencia.
- Contracciones uterinas dolorosas antes de las 37 semanas de gestación.

### **CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

- Complicaciones del embarazo y enfermedades intercurrentes (preeclampsia, anemia del embarazo, patología quirúrgica sobreañadida, diabetes descompensada, pielonefritis, hemorragias, ruptura prematura de membranas.

- Violencia.
- Trabajo de parto
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el especialista.

### ACTIVIDADES A REALIZAR EN LOS CONTROLES PRENATALES

ACTIVIDAD	MENOR DE 22 SEMANAS: DOS PRIMERAS CONSULTAS (< 14 s y 20 sem)	SUBSECUENTES			
		26-28	30-32	34-36	38-40
Apertura de historia clínica perinatal y el carné perinatal	X				
Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico, Dx. Y determinación de exámenes complementarios y tto	X	X	X	X	X
Medición del peso	X	X	X	X	X
Medición de la talla	X				
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	X	X	X	X	X
Diagnóstico del embarazo	X				
Evaluación del estado nutricional	X	X	X	X	X
Examen de mamas y pezones	X	X	x	X	X
Toma de papanicolau para detección de CA cervical	X				
Evaluación clínica de la pelvis	X				X
Calculo de la edad gestacional	X	X	X	X	X
Descartar embarazo múltiple	X				
Medir la altura uterina	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal	X	X	X	X	X
Diagnóstico de la situación, posición y presentación fetal		X	X	X	X
Auscultar latidos fetales (**)	X (doppler)	X	X	X	X
Evaluación de los Movimientos fetales	X	X	X	X	X
Evaluación ecosonográfica (†)	X				X
Evaluación clínica del volumen de Líquido amniótico	X	X	X	X	X
Determinación de factores de riesgo obstétrico	X	X	X	X	X
Determinación de hemoglobina y hematocrito	X		X		
Determinación de grupo sanguíneo y factor Rh(Du)	X				
Examen de Glucosa para el Dx. De diabetes inducida por el embarazo	X			X	
Examen de VDRL para la detección de sífilis	X			X	
Prueba de ELISA o Prueba rápida para VIH (††)	X			X	

Examen elemental y microscópico –UROCULTIVO	X			X	
Determinación de Estreptococo Beta hemolítico B en vagina y ano				X	
Administración de Micro nutrientes: Suplementos de hierro, ácido fólico y Calcio (‡)	X	X	X	X	X
Entrega de completo alimentario	X	X	X	X	X
Investigación, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad de la madre y su producto.	X	X	X	X	X
Educación y consejería sobre Puericultura, planificación familiar y salud y derechos reproductivos	X	X	X	X	X
Examen odontológico TOT(††)	X	X			
Vacunación antitetánica(+)	X	X*			

\* Se debe promover los dos primeros controles prenatales antes de las 20 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.

\*\* Con doppler se puede auscultar los latidos fetales a partir de las 12 semanas.

† La ecosonografía debe ser empleada en el primer trimestre del embarazo para identificar edad gestacional, malformaciones y viabilidad fetal. En el segundo y tercer trimestre el flujo doppler contribuye para la toma de decisiones en caso de necesidad de terminar el embarazo

†† Debe hacerse con consentimiento informado

‡ Si los valores no sugieren anemia, se puede diferir el inicio del suplemento de hierro para después de las 20 semanas.

‡‡ El examen odontológico (estomatológico), debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional. En caso de radiografía debe usarse mandil de plomo para proteger al feto o embrión.

+ Se vacunará (la vacuna antitetánica) a la gestante lo más precozmente posible, desde la primera consulta, en cualquier mes de la gestación se aplicará la primera dosis. La segunda dosis se aplicará con un intervalo, no mayor de seis semanas, ni menor de cuatro semanas. La dosis de refuerzo se aplicará después de un año o en el siguiente embarazo. (Refuerzo; una dosis en cualquier mes, en cada embarazo).

### **Historia clínica perinatal (HCP) y el carné perinatal**

- Toda gestante tendrá una historia clínica vigente para el componente perinatal y el carné perinatal.
- Estos deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta y/o emergencia.
- El carne provee de datos anteriores para quien atiende las siguientes consultas y el parto por lo que se instruirá a la gestante para que lleve el carne consigo a todas las consultas **de cualquier servicio de salud a nivel nacional**.
- Así mismo se programará las consultas subsecuentes y registrará la fecha en una hoja de control y en el carné materno.
- Capacitar a todo el personal de salud en el llenado correcto de la historia clínica perinatal.

### **Identificación de los antecedentes patológicos y epidemiológicos**

- Al detectar un factor de riesgo se requiere mayor evaluación.
- Residir en zonas con alta prevalencia de malaria, obliga a tomar una muestra para gota gruesa ante la evidencia de fiebre.
- En brote epidémico de cólera, dengue o cualquier otra patología infectocontagiosa, independiente de la edad gestacional: se aplicarán las medidas preventivas y terapéuticas correspondientes y se notificará a la autoridad competente para la vigilancia epidemiológica respectiva.

### **Calcular la edad gestacional y fecha probable del parto**

- Primer día FUM identificar el primer día de la fecha de última menstruación, calcular el tiempo de gestación transcurrido dividir para 7 para obtener la edad gestacional en semanas.
- Regla de Macdonald: La identificación del último día de la menstruación a la cual se sumarán diez días y se restarán 3 meses lo cual dará la probable fecha

del parto a las 40 semanas.

- Regla de Naegele: identificación del primer día de la última menstruación a la cual se sumarán 7 días y se restarán 3 meses, lo que dará la fecha probable del parto a las 40 semanas.
- Altura de fondo uterino por examen físico.
- Ecosonografía realizada antes de las veinte semanas.

### **Medir la talla de la gestante en el primer control**

Menor de 1,40 metros, tiene mayor riesgo de desproporción fetopélvica.

### **Examen del peso en cada control**

- El aumento de peso durante el embarazo no es uniforme.
- Existe un período de incremento que se aparta del promedio. La curva del carné materno permite graficar las variaciones de peso y reconocer si estamos frente a un estado de desnutrición o sobre peso y calcular el peso deseado.
- Permite realizar vigilancia nutricional y establecer el peso y la talla con relación a la edad gestacional.
- Aplicar el normograma del carné materno para ubicar a la gestante de acuerdo a las categorías del estado nutricional A–B–C–D.

### **Control de la presión arterial en cada control / visita**

Si la presión sistólica es mayor o igual a 140 mm Hg. o diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.

### **Realizar un examen clínico completo**

- Examen físico general, examinar las mamas, y el abdomen en la primera consulta.
- La gestante en posición de decúbito dorsal.

- La evaluación debe ser realizada en todas las consultas.

### **Medición de altura uterina**

- Con la cinta métrica perinatológica, medir desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino.

### **Percepción de los movimientos fetales**

- Referidos por la gestante u observados durante el examen a partir de las 20 semanas.

### **Situación, posición, presentación y vitalidad fetal**

- Realizar maniobras de LEOPOLD.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal, con estetoscopio o campana de Pinard, después de las 18 semanas (o Doppler a partir de las 12 semanas).

### **Evaluación clínica de la pelvis**

- Verificar encajamiento de la presentación mediante las maniobras de Leopold.
- En ausencia de encajamiento en primigestas realizar el examen pélvico en labor de parto para valorar la permisividad de un parto vaginal.
- Examen, bajo espejulo: para valorar causas de sangrado vaginal excesivo o pérdida de líquido amniótico.
- Si la embarazada manifiesta salida del líquido, el espejulo no debe lubricarse antes de colocarlo, para de esta forma visualizar la presencia del líquido amniótico o también para tomar una muestra para examen directo (CRISTALOGRAFIA) o cultivos.

**Realizar actividades educativas a la gestante y su pareja (el padre debe participar en el apoyo a la mujer gestante en todo momento).**

- Durante la consulta externa y la visita domiciliaria.
- Club grupal de gestantes: hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva.
- Debe orientárseles en el cuidado prenatal, del recién nacido.  
Además se les ayudará a reconocer los síntomas de alerta y promover la lactancia materna (preparación de pezones) y planificación familiar para el espaciamiento ínter genésico.  
Manejo de las molestias propias del embarazo.
- Establecer un plan de parto, mediante el cual la paciente, su pareja y su familia estén preparados para el momento en que se presente la labor del parto y el parto propiamente dicho.

## **REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA**

### **Nivel I**

Atención del embarazo normal.

Identificación de factores de riesgo transferencia al II o III nivel.

### **Nivel II**

Toda gestante que tenga algún signo y/o síntoma alarmante o en quién se haya detectado algún factor de riesgo que necesite evaluación y tratamiento especializado.

### **Nivel III**

Atiende todos los embarazos de alto riesgo obstétrico y sus complicaciones.

Contrarreferir si se solucionan los problemas.

## **ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO**

Esquema para el diagnóstico de la anemia

### **HEMOGLOBINA**

### **VALORACIÓN DE CORTE**

EMBARAZADA

11.0g./dl(12.3g./dl en Quito)

Los valores de Hb, se modifican con la altitud. Para ajustar los valores se debe sumar al valor de corte así:

- 0 g./dl nivel del mar
- + 0.2 g./dl costa interna (hasta 500 mts)
- + 1.5 g./dl altitud menor de 2999 mts
- + 2 g./dl altitud mayor de 3000 mts

La anemia se traduce en la disminución de niveles de hemoglobina y número de glóbulos rojos. La gestante necesita 450 mg de hierro de reserva (previo a su embarazo) para aumentar su propia masa eritrocítica.

### **Esquema de administración del hierro y el ácido fólico durante el embarazo**

#### **HIERRO**

- En caso de anemia se recomienda 30 a 60 mg/día de hierro (sulfato o fumarato ferroso) VO. Se iniciará desde la consulta en que se hace el diagnóstico. asociado a vitamina C y 30 minutos antes de ingesta de alimentos.
- En forma profiláctica se puede iniciar en cualquier momento una dosis de 200 a 300 mg/día VO de sulfato ferroso 2 veces por semana (por ejemplo miércoles y domingo)

### Posibles efectos secundarios

Gastritis, estreñimiento, deposiciones oscuras, sabor metálico.

### Manejo de posibles efectos secundarios

Suspenda hasta calmar los síntomas, reducir la dosis por VO., alternar vía de administración.

### ÁCIDO FÓLICO

La gestante necesita 150 a 300 ug de ácido fólico diario para mantener un balance positivo de folato.

### Manejo de molestias propias de la gestación

MOLESTIAS	EXPLICACION	MANEJO MEDICO E INSTRUCCIONES PARA LA GESTANTE
Náusea y vómito	Se relacionan con los cambios hormonales y su intensidad; es dependiente del estado de ánimo de la gestante .	Evitar antieméticos en lo posible, indicar dieta fraccionada y en poca cantidad. De haber signos de deshidratación por vómito intenso, considerar hiperémesis gravídica y hospitalizarla.
Tendencia al sueño y fatiga fácil.	Se relaciona con el aumento de peso, cambios en el organismo e inadecuado estado nutricional.	Evitar esfuerzos excesivos e indicar descanso frecuente. Orientación nutricional
Deseo frecuente de orinar (polaquiuria)	El crecimiento uterino por vecindad comprime la vejiga disminuyendo su capacidad y por lo tanto aumenta la frecuencia de la micción.	Descartar infección urinaria consultar protocolo de manejo en la sección correspondiente.
Manchas en la cara (cloasma)	Resultado de los cambios hormonales propios de la	Generalmente mejoran después del parto, indique a

	gestación.	la gestante que evite la exposición al sol o use una crema protectora de 30 grados (factor de protección 30).
Estrías	Manchas rojizas o blanquecinas en el vientre, debido a la ruptura de los tejidos elásticos de la piel del abdomen por el aumento del volumen del vientre materno y aspectos hormonales.	Luricar la piel y tranquilice a la gestante porque no hay riesgos e infórmele que generalmente disminuyen después del parto.
Calambres en las piernas	Resultado de alteraciones en la circulación venosa y posiblemente por deficiencias de minerales como el calcio y el potasio.	Evaluar ingestas de potasio y calcio, ante deficiencias indicar alimentos como leche y sus derivados, platano, ciruela pasa así como la necesidad de descansar con las piernas un poco elevadas.
Varicocidades y hemorroides	Interviene el factor predisponente y la compresión del útero grávido sobre el retorno venoso caudal que produce un éstasis venoso.	El descanso con las piernas elevadas así como también el uso de medias elásticas es lo aconsejable y en el caso de las hemorroides con dolor y tumefacción aplicar analgésicos locales, baños de asiento calientes y frios compresas calientes y laxantes.
Pirois (sensación de ardor que va desde el epigastrio y por detrás del esternón)	Causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago.	Indicar a la gestante una dieta pobre en grasas y fraccionada; y administrar antiácidos preferentemente los que contienen sodio y posición semisentada.
Dolor hipogástrico y en región lumbar	Generalmente son por el esfuerzo que hacen los músculos de la columna y del abdomen.	Descartar sintomatología del parto o proceso infeccioso gastrointestinal y/o urinario. Si no es así recomiende reposo y calor local.
Estreñimiento	Resultado de la disminución de la motilidad intestinal producida por la acción de las hormonas del embarazo.	Dar a la gestante la explicación correcta e indíquele dieta con frutas verduras, cereales con cáscara y líquidos. Ciruela

		pasa
Secreción vaginal (leucorrea) o flujo genital	Durante el embarazo las secreciones vaginales aumentan, normalmente no provocan prurito, ardor o mal olor. Por lo tanto si hay esta sintomatología y aumenta en intensidad debe ser considerada patológica y evaluada con mayor detenimiento.	Descartar patología infecciosa (ver protocolo de flujo vaginal en la sección de ITS, y recomendar medidas de higiene perineal y no usar duchas vaginales).
Cefalea (dolor de cabeza)	Guarda relación con la tensión emocional. Hipertensión arterial y otros.	Excluir patología de ojos o presencia de compromiso neurológico, tomar TA para descartar H.I.E.
Lipotimia (mareos)	Guarda relación con la inestabilidad vasomotora e hipotensión postural (mucho tiempo en una misma postura).	Tranquilizar a la gestante e inducir a que respire profundamente, que no haga movimientos activos y bruscos. Evitar los cambios rápidos de posición, realice valoración cuidadosa.
Insomnio (falta de sueño)	Tiene relación con el aumento del metabolismo materno incluyendo el feto.	Descartar trastorno emocional o psiquiátrico. Descartar posibilidad de hipoglicemia.

### SIGNOS Y SINTOMAS DE ALERTA Y FORMA DE MANEJO

SIGNOS Y/O SINTOMAS	MANEJO
Vómitos persistentes	Determinar hiperémesis dravídica. Hospitalizar, dar tratamiento antiemético, hidratación, evaluación psicológica, descartar otras patologías como enfermedad trofoblástica y/o referir al nivel de atención que corresponda.
Fiebre y escalofrío	Determinar por descarte. Tratamiento ambulatorio, hospitalizar, dar tratamiento y/o referir al nivel de atención que corresponda.
Altura uterina que no concuerda con la edad gestacional	Considerar error de cálculo, restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal. Embarazo múltiple o polihidramnios.
Falta de incremento de la altura uterina	Considerar error de cálculo, restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal.
Falta de ganancia de peso entre Controles	Descartar malnutrición y restricción de crecimiento intrauterino. Considerar evaluación nutricional para suplementación.

Ausencia de latidos fetales luego de las 24 semanas por menos de seis horas	Considerar la posibilidad de sufrimiento fetal u óbito fetal**.
Ausencia de movimientos fetales por más de 24 horas, pasadas las 24 semanas	Ídem anterior**.
Disminución de los movimientos fetales, después de las 30 semanas	Auscultar FCF, ver variación de los latidos durante dos horas. Si existe bradicardia o el feto no se mueve, evaluar el perfil biofísico. Refiriendo a un nivel de mayor complejidad para atención especializada. Indicar a la gestante que ella misma controle los movimientos de su feto, durante 1 hora: si se mueve más de 6 veces en una hora es señal de bienestar fetal.
Hipertonía uterina	Descartar desproporción céfalo-pélvica, o desprendimiento prematuro de placenta**
Cefaleas intensas	Considerar HIE**
Después de 37 semanas de gestación contracciones uterinas c/5 minutos	Considerar labor de parto **
Antes de 37 semanas de gestación más de 2 contracciones por hora	Descartar parto prematuro**
Dolor abdominal	Posible abdomen agudo o labor de parto**
Dolor epigástrico	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Incremento de la TA en relación a la Contracción	Considerar enfermedad hipertensiva del embarazo**
Reflejos osteotendinosos aumentados	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Edema exagerado en las manos y en la cara	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Estatura menor a 1,40 metros	Consideraciones generales en gestante de talla corta.
Fiebre	Valorar presencia de procesos infecciosos**
Ganancia exagerada de peso	Descartar sobrepeso o preeclampsia**
Presentación pelviana o situación transversa	Evaluar posibilidad de cesárea por presentación anómala. Si está en labor realizar manejo de parto obstruido.
Perímetro braquial menor de 23 cm. *	Evaluar estado nutricional y considerar suplementación nutricional extra.
Pérdida de líquido amniótico vía Vaginal	Descartar ruptura prematura de las membranas**
Sangrado vaginal	Considerar hemorragias obstétricas**

La gestante requiere de una correcta evaluación para poder determinar su riesgo

obstétrico, y se debe diagnosticar la patología de acuerdo con los hallazgos de la historia perinatal base de la gestante.

\* El perímetro braquial se mide entre el tercio superior y el tercio medio del brazo izquierdo.

\*\* Revisar capítulos correspondientes en esta guía

## **ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO**

Esquema para el diagnóstico de la anemia

### **HEMOGLOBINA**

### **VALORACIÓN DE CORTE**

EMBARAZADA

11.0g./dl(12.3g./dl en Quito)

Los valores de Hb, se modifican con la altitud. Para ajustar los valores se debe sumar al valor de corte así:

- 0 g./dl nivel del mar
- + 0.2 g./dl costa interna (hasta 500 mts)
- + 1.5 g./dl altitud menor de 2999 mts
- + 2 g./dl altitud mayor de 3000 mts

La anemia se traduce en la disminución de niveles de hemoglobina y número de glóbulos rojos. La gestante necesita 450 mg de hierro de reserva (previo a su embarazo) para aumentar su propia masa eritrocítica.

## Esquema de administración del hierro y el ácido fólico durante el embarazo

### HIERRO

- En caso de anemia se recomienda 30 a 60 mg/día de hierro (sulfato o fumarato ferroso) VO. Se iniciará desde la consulta en que se hace el diagnóstico. asociado a vitamina C y 30 minutos antes de ingesta de alimentos.
- En forma profiláctica se puede iniciar en cualquier momento una dosis de 200 a 300 mg/día VO de sulfato ferroso 2 veces por semana (por ejemplo miércoles y domingo)

### Posibles efectos secundarios

Gastritis, estreñimiento, deposiciones oscuras, sabor metálico.

### Manejo de posibles efectos secundarios

Suspenda hasta calmar los síntomas, reducir la dosis por VO., alternar vía de administración.

### ÁCIDO FÓLICO

La gestante necesita 150 a 300 ug de ácido fólico diario para mantener un balance positivo de folato.

### MANEJO DE MOLESTIAS PROPIAS DE LA GESTACIÓN

MOLESTIAS	EXPLICACION	MANEJO MEDICO E INSTRUCCIONES PARA LA GESTANTE
Náusea y vómito	Se relacionan con los cambios hormonales y su intensidad; es dependiente del estado de ánimo de la	Evitar antieméticos en lo posible, indicar dieta fraccionada y en poca cantidad. De haber signos

	gestante.	de deshidratación por vómito intenso, considerar hiperémesis gravídica y hospitalizarla.
Tendencia al sueño y fatiga fácil.	Se relaciona con el aumento de peso, cambios en el organismo e inadecuado estado nutricional.	Evitar esfuerzos excesivos e indicar descanso frecuente. Orientación nutricional
Deseo frecuente de orinar (polaquiuria)	El crecimiento uterino por vecindad comprime la vejiga disminuyendo su capacidad y por lo tanto aumenta la frecuencia de la micción.	Descartar infección urinaria consultar protocolo de manejo en la sección correspondiente.
Manchas en la cara (cloasma)	Resultado de los cambios hormonales propios de la gestación.	Generalmente mejoran después del parto, indique a la gestante que evite la exposición al sol o use una crema protectora de 30 grados (factor de protección 30).
Estrías	Manchas rojizas o blanquecinas en el vientre, debido a la ruptura de los tejidos elásticos de la piel del abdomen por el aumento del volumen del vientre materno y aspectos hormonales.	Luricar la piel y tranquilice a la gestante porque no hay riesgos e infórmele que generalmente disminuyen después del parto.
Calambres en las piernas	Resultado de alteraciones en la circulación venosa y posiblemente por deficiencias de minerales como el calcio y el potasio.	Evaluar ingestas de potasio y calcio, ante deficiencias indicar alimentos como leche y sus derivados, platano, ciruela pasa así como la necesidad de descansar con las piernas un poco elevadas.
Varicocidades y hemorroides	Interviene el factor predisponente y la compresión del útero grávido sobre el retorno venoso caudal que produce un éstasis venoso.	El descanso con las piernas elevadas así como también el uso de medias elásticas es lo aconsejable y en el caso de las hemorroides con dolor y tumefacción aplicar analgésicos locales, baños de asiento calientes y frios compresas calientes y

		laxantes.
Pirosis (sensación de ardor que va desde el epigastrio y por detrás del esternón)	Causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago.	Indicar a la gestante una dieta pobre en grasas y fraccionada; y administrar antiácidos preferentemente los que contienen sodio. Posición semisentada
Dolor hipogástrico y en región lumbar	Generalmente son por el esfuerzo que hacen los músculos de la columna y del abdomen.	Descartar sintomatología del parto o proceso infeccioso gastrointestinal y/o urinario. Si no es así recomiende reposo y calor local.
Estreñimiento	Resultado de la disminución de la motilidad intestinal producida por la acción de las hormonas del embarazo.	Dar a la gestante la explicación correcta e indíquele dieta con frutas verduras, cereales con cáscara y líquidos. Ciruela pasa
Secreción vaginal (leucorrea) o flujo genital	Durante el embarazo las secreciones vaginales aumentan, normalmente no provocan prurito, ardor o mal olor. Por lo tanto si hay esta sintomatología y aumenta en intensidad debe ser considerada patológica y evaluada con mayor detenimiento.	Descartar patología infecciosa (ver protocolo de flujo vaginal en la sección de ITS, y recomendar medidas de higiene perineal y no usar duchas vaginales).
Cefalea (dolor de cabeza)	Guarda relación con la tensión emocional. Hipertensión arterial y otros.	Excluir patología de ojos o presencia de compromiso neurológico, tomar TA para descartar H.I.E.
Lipotimia (mareos)	Guarda relación con la inestabilidad vasomotora e hipotensión postural (mucho tiempo en una misma postura).	Tranquilizar a la gestante e inducir a que respire profundamente, que no haga movimientos activos y bruscos. Evitar los cambios rápidos de posición, realice valoración cuidadosa.
Insomnio (falta de sueño)	Tiene relación con el aumento del metabolismo materno incluyendo el feto.	Descartar trastorno emocional o psiquiátrico. Descartar posibilidad de hipoglicemia.

### SIGNOS Y SINTOMAS DE ALERTA Y FORMA DE MANEJO

SIGNOS Y/O SINTOMAS	MANEJO
Vómitos persistentes	Determinar hiperémesis dravídica. Hospitalizar, dar tratamiento antiemético, hidratación, evaluación psicológica, descartar otras patologías como enfermedad trofoblástica y/o referir al nivel de atención que corresponda.
Fiebre y escalofrío	Determinar por descarte. Tratamiento ambulatorio, hospitalizar, dar tratamiento y/o referir al nivel de atención que corresponda.
Altura uterina que no concuerda con la edad gestacional	Considerar error de cálculo, restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal. Embarazo múltiple o polihidramnios.
Falta de incremento de la altura uterina	Considerar error de cálculo, restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal.
Falta de ganancia de peso entre Controles	Descartar malnutrición y restricción de crecimiento intrauterino. Considerar evaluación nutricional para suplementación.
Ausencia de latidos fetales luego de las 24 semanas por menos de seis horas	Considerar la posibilidad de sufrimiento fetal u óbito fetal**.
Ausencia de movimientos fetales por más de 24 horas, pasadas las 24 semanas	Ídem anterior**.
Disminución de los movimientos fetales, después de las 30 semanas	Auscultar FCF, ver variación de los latidos durante dos horas. Si existe bradicardia o el feto no se mueve, evaluar el perfil biofísico. Refiriendo a un nivel de mayor complejidad para atención especializada. Indicar a la gestante que ella misma controle los movimientos de su feto, durante 1 hora: si se mueve mas de 6 veces en una hora es señal de bienestar fetal.
Hipertonía uterina	Descartar desproporción céfalo-pélvica, o desprendimiento prematuro de placenta**
Cefaleas intensas	Considerar HIE**
Después de 37 semanas de gestación contracciones uterinas c/5 minutos	Considerar labor de parto **
Antes de 37 semanas de gestación más de 2 contracciones por hora	Descartar parto prematuro**

Dolor abdominal	Posible abdomen agudo o labor de parto**
Dolor epigástrico	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Incremento de la TA en relación a la Contracción	Considerar enfermedad hipertensiva del embarazo**
Reflejos osteotendinosos aumentados	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Edema exagerado en las manos y en la cara	Considerar hipertensión inducida por el embarazo**
Estatura menor a 1,40 metros	Consideraciones generales en gestante de talla corta.
Fiebre	Valorar presencia de procesos infecciosos**
Ganancia exagerada de peso	Descartar sobrepeso o preeclampsia**
Presentación pelviana o situación transversa	Evaluar posibilidad de cesárea por presentación anómala. Si está en labor realizar manejo de parto obstruido.
Perímetro braquial menor de 23 cm. *	Evaluar estado nutricional y considerar suplementación nutricional extra.
Pérdida de líquido amniótico vía Vaginal	Descartar ruptura prematura de las membranas**
Sangrado vaginal	Considerar hemorragias obstétricas**

La gestante requiere de una correcta evaluación para poder determinar su riesgo obstétrico, y se debe diagnosticar la patología de acuerdo con los hallazgos de la historia perinatal base de la gestante

\* El perímetro braquial se mide entre el tercio superior y el tercio medio del brazo izquierdo.

\*\* Revisar capítulos correspondientes en esta guía

## ANEXOS

### Recomendaciones generales para la mujer embarazada

Las recomendaciones que se presentan a continuación tienen el objetivo que la gestante, su pareja y la comunidad se informen a través del/la proveedor/a de algunas recomendaciones básicas o generales para una gestación saludable y un parto normal

tanto para la madre como para su hijo/a.

- Se debe mantener una buena alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, etc tratando de cubrir las necesidades tanto de la gestante como del hijo/a.
- Los requerimientos de hierro, calcio, ácido fólico durante la gestación tienen que ser suministrados de modo complementario. Los/las proveedores/as le informarán lo más apropiado para su caso.
- La mujer y su pareja no deben fumar ya que se ha comprobado que su consumo afecta el peso del/la niño/a al nacer.
- No ingerir alcohol o cualquier otro tipo de drogas, las mismas que afectan el proceso de desarrollo del feto.
- En lo posible, la gestante deberá mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud. El ejercicio, tonifica los músculos y permite que el parto sea más rápido y con menos complicaciones.
- En lo posible, se recomienda que la gestante utilice prendas de vestir (ropa y calzado) cómodas. Las ligas, cinturones o prendas elásticas ajustadas no son recomendables.
- Se recomienda que la gestante consulte a su proveedor/a antes de realizar viajes; es recomendable que en lo posible use cinturones de seguridad que sujeten los hombros y la cadera.
- Evítese dar cualquier medicación, durante todo el embarazo, en especial en el primer trimestre. · En casos especiales y muy particulares se usarán con diagnósticos apropiados, siguiendo los protocolos clínicos establecidos y bajo estricta vigilancia del personal de salud.

**En cualquier consulta médica, no olvide averiguar si la mujer está embarazada o podría estarlo. Trate de evitar la prescripción de cualquier medicamento (especialmente en los tres primeros meses), a menos que sea necesario.**

- Uso de medicamentos durante la gestación

## II. ASESORAMIENTO PRECONCEPCIONAL

**Objetivo General:** Identificar y asesorar sobre riesgo preconcepcional.

**Objetivos Específicos:**

- Reducción de los Defectos Congénitos.
- Reducción del daño a la Gestante.
- Garantizar cobertura y accesibilidad.

**Actividad:** Consulta previa al embarazo.

### DEFINICION Y GENERALIDADES

#### Cuidado preconcepcional

Intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar (cuando sea posible) factores de riesgo como medida de disminuir el riesgo reproductivo.

#### Consulta preconcepcional

Es la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo

***EL TIEMPO IDEAL PARA EL ASESORAMIENTO ES DOS MESES PREVIOS A LA CONCEPCION***

## **DEFECTOS CONGÉNITOS**

### **Definición**

Defecto congénito es aquel que incluye las anomalías funcionales y/o estructurales del feto debido a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos, ambientales o desconocidos.

### **Frecuencia**

- Los defectos congénitos en general son entre el 5% y el 10%, de los productos de los embarazos, de los cuales el 3% son malformaciones clínicamente importantes (malformaciones mayores).

### **Etiología**

- En más del 50% de los casos, la causa es desconocida.
- De las causas conocidas, la combinación de factores ambientales y genéticos es de aproximadamente el 20%.
- Los genes dominantes o recesivos, representan aproximadamente el 8% de todos los defectos congénitos.
- Las anomalías cromosómicas están presentes en 0,18% de todos los nacimientos y en aproximadamente 6% de los recién nacidos malformados.
- Otras causas incluyen: enfermedad materna (2,5%), medicación materna (2%), radiaciones, pesticidas, etc.

## **PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS:**

### **Prevención Primaria:**

- Es preconcepcional y procura evitar la ocurrencia de un defecto congénito.

### **Prevención Secundaria**

- Es prenatal e intenta evitar el nacimiento de un embrión o feto defectuoso.

### **Prevención Terciaria**

- Es post-natal y trata de solucionar las complicaciones de los defectos congénitos.

### **FACTORES DE RIESGO DE DEFECTOS CONGÉNITOS:**

#### **Vinculados a la edad**

- Edad Materna Avanzada, 35 años o más. (Síndrome de Down).
- Edad Materna Baja, menor a 20 años, (Prematurez, Gastrosquisis, y Disrupción Vascular).

#### **Consanguinidad**

Dos individuos son consanguíneos si por lo menos tienen un antecesor común.

#### **Etnia**

Las malformaciones congénitas en grupos raciales son un fenómeno bien documentado, Ejemplo:

- Polidactilia, paladar hendido e hipospadias, en niños afro americanos.
- Cardiopatía en niños blancos.
- Anemia Falciforme, en afroamericanos.
- Beta Talasemia más frecuente en personas de origen mediterráneo

### **Ocupación: Exposiciones Materna y Paterna**

- Trabajar más de 10 horas por día.
- Permanecer de pie por más de 6 horas en forma continua.
- Exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas).

### **FACTORES ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA**

La identificación y modificación de algunos hábitos contraproducentes puede traer beneficios para la mujer y su futuro embarazo.

- **Nutricionales**

Estado nutricional:

Sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia y exceso de compuestos vitamínicos.

La desnutrición durante el embarazo se asocia a Prematurez, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural y Restricción del crecimiento intrauterino

Alimentación:

- Dieta rica en fofatos y carotenoides
- Ingesta de una ración semanal de ácidos linoleico y omega 3 (presente en sardinas, salmón o pescado)
- Evitar consumo de carne mal cocida (toxoplasmosis)
- Suplementación de sulfato ferroso de acuerdo al protocolo anterior.
- Dos gramos de vitamina C en la segunda mitad del embarazo

#### **Uso periconcepcional de :**

- a) 0,4 mg/día de ácido fólico desde dos meses antes del embarazo hasta las 12 semanas del embarazo para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural (el ácido fólico debe ser puro).
- b) Las mujeres que ya tienen un antecedente de un niño con un defecto de tubo neural y pretenden embarazarse deben tomar una dosis 10 veces superior. 4 mg de ácido fólico/día, para prevenir la recurrencia.

Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural
--

- Suplemento de yodo en poblaciones con alta frecuencia de cretinismo endémico.

- **Ejercicio**

- En el embarazo se produce un estado de hipercoagulabilidad, que sumado a la relajación de las paredes vasculares presupone un riesgo incrementado de trombosis.
- El ejercicio físico aeróbico es conveniente durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa.
- Evitar situaciones de sedentarismo y bipedestación muy prolongadas.
- Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes, ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso-lumbar, acompañada de una adecuada hidratación.
- Favorecer períodos de descanso en decúbito lateral izquierdo especialmente en la segunda mitad del embarazo
- Ropa cómoda y no sintética.
- Psicoprofilaxis del parto.
- integración de la pareja durante el parto.

- **Tabaco**

- El fumar afecta tanto al feto como a la madre.
- Puede ser causa de Infertilidad masculina y femenina, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, riesgo de parto pretérmino, desprendimiento de placenta, muerte fetal y peri natal, aumento de riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido.
- Existe una asociación positiva entre el hábito de fumar y hendiduras orales.
- El tabaquismo es uno de los pocos factores de riesgo prevenibles que afectan las estadísticas de muerte peri natal.

- **Alcohol**

Es un agente teratogénico y no existe una dosis segura para su uso durante la gestación. Se asocia a:

- Muerte intrauterina, retraso del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.
- El consumo excesivo de alcohol tempranamente en la gestación puede producir el síndrome alcohólico fetal en torno del 10% de las embarazadas expuestas.

- **Drogas ilegales**

- Todas las drogas afectan al embarazo negativamente.
- Las drogas de peso molecular muy bajo pasan al feto con gran facilidad y una pequeña cantidad puede transformarse en una sobredosis.
- La cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y RCIU.
- La marihuana, presenta efectos similares a las causadas por el cigarrillo.

- **Bebidas: Café, té, colas**

- Altas dosis en el primer trimestre del embarazo se han asociado con aborto espontáneo.
- A lo largo del embarazo son capaces de provocar bajo peso al nacer y anemia ferropénica.

- **Entorno familiar**

- El vínculo de pareja, el apoyo familiar externo, situaciones de estrés pueden incidir en el desarrollo del embarazo.
- En el período preconcepcional es fundamental valorar el riesgo social en la familia. La participación del padre en las consultas preconcepcionales, prenatales y en las tareas del cuidado del embarazo, parto y del recién nacido son muy importantes.
- En cuanto a la vivienda: posea los servicios básicos, en caso de poseer

mascotas con manejo adecuado de sus excretas

**ANTECEDENTES FAMILIARES.** Es fundamental saber sobre:

Antecedentes familiares de malformaciones externas o internas, historia familiar de enfermedades hereditarias en general y o anomalías cromosómicas.

<b>ASESORAMIENTO GENETICO y FACTORES DE RIESGO ESPECIFICOS</b>
--

<p><b>Historia de embarazos previos patológicos con:</b></p>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos recurrentes o muerte fetal.</li> <li>• Hijos con alteraciones genéticas como:</li> <li>• Cromosómicas: Síndrome de Down (trisomía 21), Síndrome de Edwards (trisomía 18), etc.</li> <li>• Estructurales: defectos del tubo neural, genitales ambiguos, cardiopatía, etc.</li> <li>• Errores Congénitos del Metabolismo: Fenilcetonuria, etc.</li> <li>• Muerte neonatal o en la infancia.</li> <li>• Hematológicas: anemias, alteraciones de la coagulación.</li> <li>• Enfermedades neurológicas: Distrofia Muscular, etc.</li> <br/> <li>• Retraso mental: Síndrome del cromosoma Xq frágil, etc.</li> <li>• Fibrosis Quística, Gastrosquisis.</li> </ul> |
|--|

<p>* Si se identifican factores de riesgo específicos en la Consulta Preconcepcional, referir para el Asesoramiento Genético al Nivel Especializado correspondiente.</p>
--

**ANTECEDENTES PERSONALES**

- **Paridad**
  - La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto.
  
- **Enfermedades Maternas crónicas no Transmisibles**

Afecta a 1 cada 20 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 5% de la población femenina en edad reproductiva.

Se presentan generalmente en la madre previa a la gestación y pueden incidir en el producto del embarazo por alteraciones de la fisiología materna así como por la medicación que recibe:

- **Diabetes (Refiérase al protocolo de diabetes)**

- ☐ Es la enfermedad no transmisible de prevalencia en mujeres en edad fértil (1/100) y de afección fetal (1/10). Se asocia con riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal.
- ☐ En el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo.
- ☐ En el embarazo avanzado produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía.
- ☐ La diabetes materna no gestacional es preconcepcional por lo cual puede afectar tempranamente al embrión produciendo defectos congénitos de tipo malformativo como: cardiopatías, disgenesia caudal y cuadros polimalformativos.
- ☐ La diabetes gestacional no controlada por desarrollarse mas frecuentemente en el último trimestre de gestación, puede afectar al feto produciendo macrosomía.

- a) Las madres con diabetes tipo 1, insulino – dependientes tienen 6 a 8 veces más riesgo que la población general.
- b) Las madres con Diabetes Mellitus tipo 2, no insulino dependiente, tienen un riesgo 3 veces mayor.
- c) Las madres con Diabetes Gestacional tienen un riesgo 2 veces mayor

- **Epilepsia (refiérase al protocolo de epilepsia).**

- ☐ Disturbio neurológico mas frecuente durante la gestación. Se presenta en 1 de cada 300 mujeres en edad reproductiva.
- ☐ Episodios repetidos de crisis tónico clónicas generalizadas o parciales complejas se asocian con abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte peri natal.
- ☐ La patología en sí o el mal manejo terapéutico provocarían trabajo de parto prematuro y RCIU.

La Carbamazepina como monoterapia es la droga de elección durante la gestación.

La Difenilhidantoína, se asocia a mayor riesgo de provocar defectos del tubo neural y trastornos hematológicos, por lo que se debe evitar su uso.

- **Hipertensión arterial (HTA) (refiérase al protocolo de EHE)**

- ❖ La HTA sistémica se relaciona con RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad, y alta mortalidad peri natal.
- ❖ El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.

El uso inhibidores de la enzima convertora de la Angiotensina (IECAs) y ARA 11, están contraindicados durante la gestación por producir daño renal en el feto.

La alfa-metil dopa es de elección en la gestante hipertensa crónica.

La Hidrazilina está indicada en HTA aguda.

- **Cardiopatía**

- ❖ Las mujeres que presentan una cardiopatía que requiere uso de anticoagulantes orales, durante el embarazo, no podrán usarlos por su efecto teratogénico (Warfarina).
- ❖ Estas son pacientes de alto riesgo obstétrico que deberán ser controladas interdisciplinariamente y deberán cambiar para anticoagulación parenteral con heparinas de bajo peso molecular

Toda paciente diagnosticada de una cardiopatía será referida para interconsulta de especialidad con el Cardiólogo.

- **Anemia 11.0g./dl(12.3g./dl en Quito) (refiérase al protocolo de atención prenatal)**

La anemia ferropriva suele ser la más frecuente (80% de todas las anemias) puede ser causa de:

- ☰ placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia post - parto.

- ☐ Si es severa, se asocia a RCI y morbilidad neonatal.
- ☐ Toda mujer que planea un embarazo y sufre anemia ferropriva deberá recibir 200-300 mg/día con hierro (preferiblemente sulfato ferroso) y aconsejar el consumo de alimentos ricos en hierro hemínico (hígado, carnes rojas borrego más leguminosas, zumo de alfalfa, huevo).

## USO DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos deben evitarse a menos que sean indispensables.

### - **Isotretinona**

- ☐ La vitamina A y algunos de sus derivados tienen una larga y comprobada acción teratogénica en animales.
- ☐ Los defectos al nacimiento causados por los retinoides son fundamentalmente craneofaciales, cardiovasculares, del Sistema Nervioso Central y Timo.
- ☐ El retardo mental también ha sido observado en la mitad de los casos de niños sobrevivientes mayores a 5 años.
- ☐ Esta vitamina y sus derivados pueden, sustituirse por una dieta rica en carotenoides: zanahoria, tomate, papaya, caimito, babaco, kiwi, pitajaya.

### - **Talidomida**

- ☐ La talidomida es un medicamento probadamente teratogénico (focomelia).

### - **Antiepilépticos**

- ☐ Descritos en epilepsia.

### - **Coumarínicos**

- ☐ El efecto teratogénico se expresa en hipoplasia del cartílago nasal, atrofia óptica, epífisis punctata (denominada embriopatía por warfarina)

- **Misoprostol**

- ❖ Relacionado con malformaciones congénitas vinculadas a efectos de disrupción vascular (Síndrome de Moebius, Hidrocefalia).

- **Otros fármacos**

- ☰ Algunos medicamentos seleccionados efecto.

Fármaco	Efecto	Exposición	Afección
Litio	Anomalía Ebstein	Baja	Baja
Indometacina	Anuria neonatal	Alta	Moderada
Estreptomina	Sordera	Alta	Alta
Antitiroideos	Hipotiroidismo Bocio	Moderada	Alta
Captopril (IECA)	Oligohidramnios Anuria Neonatal	Alta	Alta

**Fuente:** Modificado de Castilla y col (1996)

## RADIACIONES

- ☰ El desarrollo embrionario y del período fetal se asocia a alta radiosensibilidad.
- ☰ La dosis de radiación utilizada en la mayoría de los procedimientos médicos diagnósticos (0,01 a 1600 mrad) es muy inferior a la dosis de exposición límite de **5 rad** considerada segura durante la gestación.
- ☰ No se justifica la interrupción del embarazo en madres expuestas a bajas dosis de radiación ionizante.

## ESTADO VACUNAL

Es importante reconocer el estado inmunitario de la mujer previo al embarazo.

### Recomendaciones del uso de vacunas

<b>Tipos de vacunas</b>	<b>Recomendaciones de Uso</b>
Vacunas de virus vivos atenuados: Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP) Varicela	Evitar la gestación en los 3 meses siguientes a la Vacunación Contraindicadas durante la gestación.
Vacuna Antitetánica Vacuna Antidiftérica	Se puede iniciar la vacunación en la consulta preconcepcional, si corresponde según calendario vacunal. Si hay gestación, iniciar la vacunación en el segundo trimestre.
Vacuna Antigripal	Inmunizar en la consulta.
Vacuna de Virus Muertos	No contraindicada.

**LA UNICA VACUNA SEGURA DURANTE EL EMBARAZO SI NO HA RECIBIDO ES LA ANTITETÁNICA**

### ENFERMEDADES MATERNAS TRANSMISIBLES

La mayoría son teratogénicas en el embarazo interfieren en el desarrollo embrionario. Incluso el patógeno en cuestión, puede continuar su acción luego del período embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento.

- **Rubéola** (Ver en prenatal).
- **Toxoplasmosis** (Ver en I prenatal).
- **Citomegalovirus (CMV)**
  - Infección congénita más frecuente.
  - Causa de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral.
  - El CMV pertenece al grupo de los ADENOVIRUS.
  - Poco contagioso necesitando contactos estrechos y prolongados.
  - En adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunocomprometidos.
  - Ocurre en 1 % de los nacimientos (80% son asintomáticos).

La orina de niños pequeños, es la principal fuente de infección.

**Instruir en el lavado de manos con abundante agua y jabón antes y después de manejar a infantes**

- **Sífilis** (Ver en prenatal).
- **VIH**
  - Mujeres en edad fértil tienen el derecho y deben realizarse las pruebas de tamizaje PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.
  - Consejería y garantizar la confidencialidad.
  - En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y proveer los tratamientos profilácticos existentes.
- **Hepatitis B**
  - Se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional.
  - Se deben identificar mujeres no vacunadas.
  - Especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deben recibir la vacuna contra la Hepatitis B.
  - Esta vacuna puede ser aplicada aún durante el embarazo ya que se trata de una vacuna a virus muertos.

Pacientes con diagnóstico previo de Hepatitis B: realizar IgG e IgM específicas y consejería de acuerdo a resultados.

- **Otras enfermedades**

#### **Enfermedades Virales o Parasitarias y sus efectos**

<b>Afección</b>	<b>Efecto embrionario o fetal</b>	<b>Malformaciones</b>	<b>Otros efectos</b>
Gripe	Defecto del desarrollo	DTN	No
Parvovirus B19	Aborto espontáneo, Mortinato, Hidrops	No	No
Sarampión	Desconocido	No	Enfermedades de Crohn
Tuberculosis	Calcificaciones	No	

	múltiples en pulmón, hígado, bazo		
Chagas	Aborto espontáneo Prematurez, ictericia, hepato esplenomegalia	No	
Malaria	Sepsis, anemia, esplenomegalia, fiebre	No	
Dengue hemorrágico			
Varicela	Muerte neonatal		

DTN: Defecto de Tubo Neural: incluye Anencefalia, Encefalocele y Espina Bífida

- 1- Lynberg y col (1994), 2- Thurn (1988), 3- Ekbohm y col (1994), 4- Nemir & O'Hare (1985), 5- Eynard y col (1993), 6- Subramanian y col (1992).

## **EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

### **HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

#### **DEFINICIÓN:**

Es la pérdida de sangre en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio.

#### **1. Hemorragias de la primera mitad del embarazo:**

1.1 Aborto.

1.2 Embarazo ectópico

No accidentado.

Embarazo accidentado sin compromiso hemodinámico.

Embarazo ectópico con compromiso hemodinámico.

1.3 Enfermedad trofoblástica.

#### **2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:**

- 2.1 Placenta previa.

- 2.2 Desprendimiento normo placentario.

- 2.3 Ruptura prematura de membranas.

- 2.4 Ruptura uterina.
- 2.5 Anormal implantación de la placenta.
- 2.6 Parto normal.
- 2.7 Parto obstruido detenido.
- 2.8 Prolapso de cordón.
- 2.9 Distocias de la contracción.
- 2.10 Distocias de la presentación.
- 2.11 Contracciones uterinas anormales.
- 2.12 Cesárea.
- 2.13 Dehiscencia de sutura.
- 2.14 Sufrimiento fetal agudo.

### **3. Post parto: Hemorragias durante el parto y puerperio:**

- 3.1 Retención de la placenta o restos placentarios.
- 3.2 Inversión uterina.
- 3.3 Atonía o hipotonía uterina.
- 3.4 Desgarros cervicales y vaginales.

## **1. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

### **1.1 ABORTO**

#### **CODIFICACIÓN CIE 10**

- O 03** Aborto espontáneo
- O 04** Aborto médico
- O 05** Otro aborto
- O 06** Aborto no especificado
- O 07** Intento fallido de aborto
- O 08** Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

**CODIFICACIÓN CIAP 2****W82** Aborto espontáneo**W83** Aborto provocado**DEFINICIONES**

Aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y el feto pesa menos de 500 gramos; puede ser espontáneo (O 03) o provocado (O 04 / O 06).

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

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

**Tabla 1. Clasificación clínica del Aborto**

<b>Clasificación</b>	<b>Definición</b>
Amenaza de aborto (O 200)	Sangrado genital con útero gestante de un producto vivo con cérvix cerrado.
Aborto en curso (inevitable)	El aborto inevitable es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales.
Aborto incompleto (O 03)	Se caracteriza por sangrado variable, modificación del cérvix y expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios ó líquido amniótico. <sup>1</sup>
Aborto completo (O 035)	Es el aborto que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con suspensión posterior de la hemorragia y del dolor. <sup>2</sup>
Aborto diferido (O 021)	Corresponde al 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. <sup>3</sup>
Aborto séptico (O 030)	El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo o provocado y sus complicaciones.
Aborto recurrente	Se define como la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos.

**DIAGNÓSTICO:****Tabla 2. Síntomas y Signos por tipo de aborto**

<b>Tipo de aborto</b>	<b>Síntomas y signos</b>
Amenaza de aborto	Amenorrea, contracciones uterinas, dolor hipogástrico leve, útero poco sensible, cérvix cerrado con o sin sangrado.
Aborto en curso (inevitable)	Amenorrea, contracciones uterinas, dolor hipogástrico de moderado a intenso, estado general afectado de acuerdo con el sangrado, útero sensible al tacto, cérvix permeable.
Aborto incompleto	Amenorrea, dolor hipogástrico leve, sangrado genital, expulsión parcial de tejidos ovulares y/o expulsión de líquido amniótico, estado general afectado de acuerdo al sangrado, útero sensible al tacto, cérvix abierto.
Aborto completo	Expulsión completa de los productos de la gestación con cese de los síntomas anteriores.
Aborto diferido	Amenorrea, ausencia de dolor hipogástrico y sangrado, desaparición de los síntomas y signos de embarazo, tamaño uterino inferior al tiempo de amenorrea, cérvix cerrado.
Aborto séptico	Fiebre, malestar general, escalofríos, dolor abdominal o pélvico y sangrado genital frecuentemente fétido, Examen ginecológico: útero blando, aumentado de tamaño e hipersensible, masas pélvicas, parametrios indurados y dolorosos, expulsión de sangre y material ovular fétido laceraciones del tracto genital inferior.

**APOYOS COMPLEMENTARIOS**

La ecografía es el examen más importante pues permitirá realizar el diagnóstico del tipo de aborto que presenta la gestante y orientará además en el diagnóstico diferencial.

Se solicitará además de acuerdo al caso:

- Biometría hemática: formula leucocitaria, hematocrito, hemoglobina.
- Pruebas de coagulación, TP, TTP.
- Plaquetas.

- Tipificación grupo y factor Rh.
- VIH previo consentimiento informado.
- EMO.
- Determinación de progesterona en amenaza de aborto.

Si se sospecha de aborto séptico se solicitará los exámenes anteriores más

- Química sanguínea: urea, creatinina, ácido úrico.
- Pruebas de función hepática: AST, ALT, BT, BP, LDH.

En caso de aborto recurrente puede requerirse:

- Estudio genético de los padres y del material abortado.
- Histerosalpingografía o histeroscopia.
- Evaluación hormonal: tiroidea, prueba de tolerancia a la glucosa, progesterona.
- Cultivos para Gonococo, Chlamydia, Mycoplasma y Ureaplasma.
- Evaluación de la función renal, anticoagulante de Lupus y anticuerpos, Anticardiolipina.
- Detección de drogas.
- Consejería genética.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros sangrados del primer trimestre del embarazo como embarazo ectópico y mola. Otros diagnósticos a considerar serán sangrados anormales y sangrados disfuncionales

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Un caso de aborto debe ser manejado en el Nivel II y III si es necesario.

## Nivel I

La evaluación de la embarazada y la identificación de sangrado genital en el primer trimestre hacen sospechar de aborto. Si se establece un diagnóstico de amenaza de aborto, en este nivel se puede indicar<sup>4</sup>:

- Controlar signos vitales.
  - Solicitar ecosonografía (si está disponible).
  - Indicar reposo en cama.
  - No relaciones sexuales.
  - Controlar clínicamente la evolución.
  - Referir inmediatamente al nivel II si persiste sangrado o hay incremento del mismo.
- (\*Explicar a la paciente su importancia).

Si el sangrado es importante en el Nivel I se debe indicar<sup>5</sup>:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos.
- Evaluar signos de pre-shock o shock.
- Suspender vía oral.
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido EV (solución salina, lactato ringer).
- Referir de forma inmediata a la paciente al Nivel II.

## Nivel II

Las pacientes en estos casos deberán ser atendidas en el Nivel II, la atención podría requerir de evacuación uterina por legrado/aspiración.

### Protocolo de evacuación uterina<sup>6</sup>:

- El legrado sea por aspiración o quirúrgico (legras romas o cortantes) va a depender de las posibilidades así como de la especial predilección por

cualquiera de los métodos por parte del equipo quirúrgico. En ocasiones será preciso dilatar el cuello uterino para poder realizar el legrado. En función de las semanas de gestación y del estado del cuello se realiza la dilación con tallos de Hegar seguidos del legrado, mientras en otras ocasiones será preciso la maduración cervical.

- Ante aborto diferido diagnosticado se recomienda evacuación uterina previa maduración cervical.
- En principio, cualquier técnica anestésica local o general puede ser empleada,
- Tras la evacuación uterina, es imprescindible asegurar que se ha producido la hemostasia en la cavidad uterina. En la mayor parte de ocasiones bastará el legrado para que cese la hemorragia. En aquellas ocasiones que persista será necesario reforzar la contracción uterina recurriendo a metilergonovina 0,2mg IM, o prostaglandinas 600µg IR (3 tab.IR) u Oxitocina intravenosa a dosis de 16-32 mU/min. Excepcionalmente si la hemorragia es muy copiosa se podrá inyectar una dosis en bolo de 3 UI de oxitocina y revalorizar el cuadro.
- Si la madre es Rh negativo, no sensibilizada (Coombs Indirecto negativo) deberá administrarse inmunoglobulina anti-D. La dosis deberá ajustarse al período de gestación en que tiene lugar el aborto. Una dosis de 150 µg antes de las 13 semanas de gestación. Por encima de las 13 semanas 300 µg.

### **Complicaciones del legrado**

1. La persistencia de hemorragia (persistencia de restos, falta de contracción o coagulopatía).
2. La infección.
3. La perforación uterina.

Si se confirman persistencia de restos (por ecografía) deberá practicarse un segundo legrado. En los otros casos se aplicará tratamiento específico para cada caso.

Si no se presentan complicaciones derivadas de la hipotensión o anemia, la paciente podrá ser contrarreferida al Nivel I para las actividades de fomento y protección que

correspondan (incluye regulación de la fecundidad).

## **ABORTO SÉPTICO**

En primer lugar, después de tener un diagnóstico sindrómico el tratamiento depende del estado de respuesta inflamatoria.

1. Compensación hemodinámica de la paciente.

2. Antibióticoterapia

Penicilina cristalina 5 millones IV c/4horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas Clindamicina 600 mg IV c/6horas + Aminoglucósido ( gentamicina 3-5mg/K/d dosis única IV o IM, Amikacina 15mg/k/d).

En casos de fracaso con estos esquemas la segunda elección incluye los siguientes:

Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV c/6horas.

Quinolonas ciprofloxacina 200mg IV c/12h + Metronizadol o Clindamicina a las dosis arriba indicadas.

Ceftriaxone 1g IV. c/12h + Metronidazol o Clindamicina em dosis indicadas.

3. Evacuación uterina: en las primeras 8 horas de ingreso de la paciente, pero una hora después de la primera dosis de antibiótico, para evitar una bacteriemia masiva.
4. Tratamiento quirúrgico: Si la paciente no responde al tratamiento clínico en 48 horas realizar Exploración quirúrgica y proceder de acuerdo a los hallazgos:  
Histerectomía abdominal total con o sin anexectomía uni o bilateral, si además de existir signos de infección uterina masiva, el proceso se ha extendido a anexos, si existe un absceso pélvico, o si no existe respuesta al tratamiento conservador.

5. Manejo conjunto con otras especialidades.

### **ABORTO RECURRENTE**

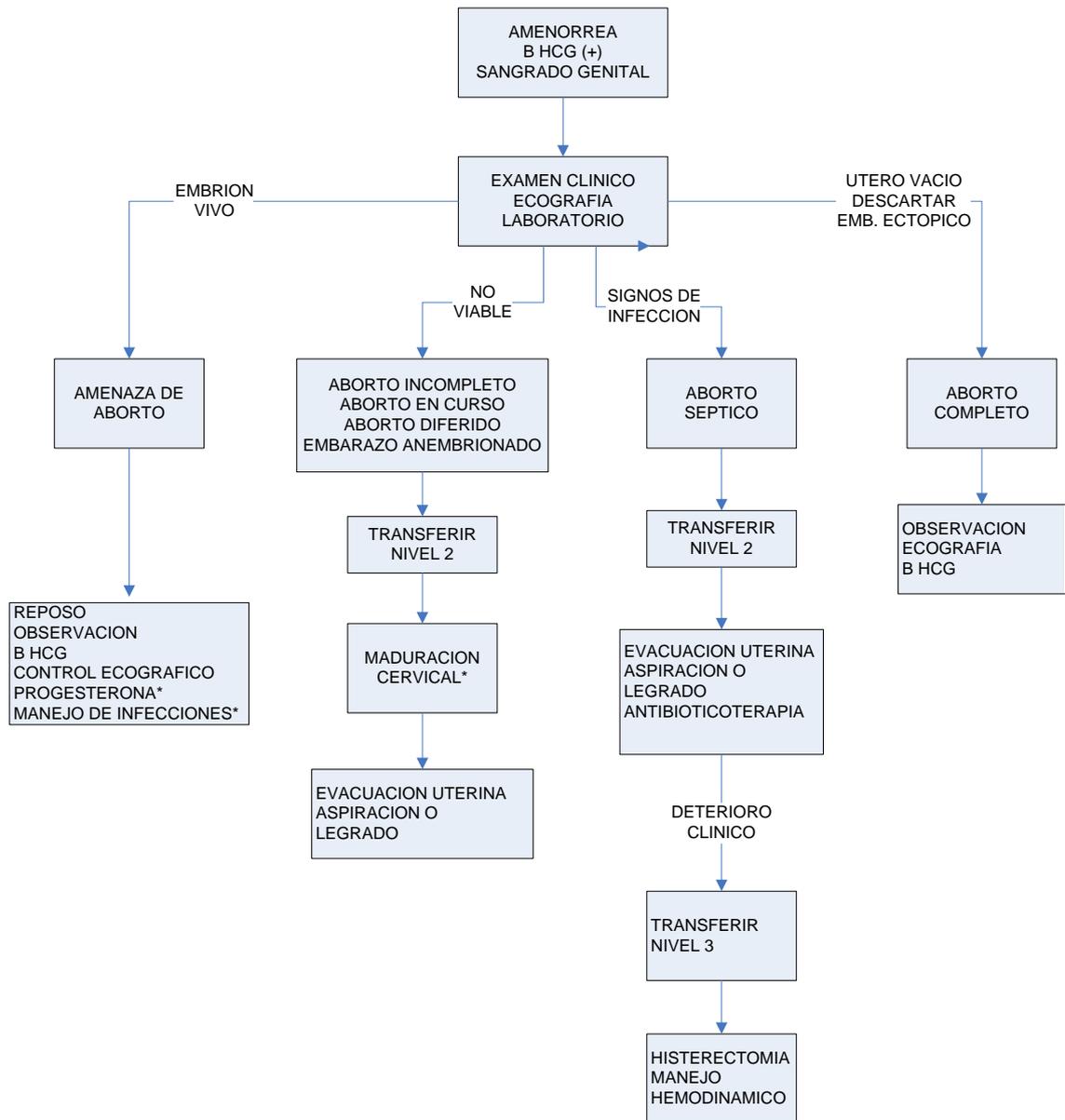
- El tratamiento es específico a la etiología.
- Transferencia a la subespecialidad.

**Tabla 3. Tratamiento del aborto recurrente<sup>7</sup>**

<b>Causa</b>	<b>Tratamiento</b>
Error genético	Donación de gametos, transferencia embrionaria.
Anomalías uterinas	Cirugía de Jones, Tompkins, Strassman, miomectomía.
Incompetencia cervical	Cerclaje por vía vaginal o abdominal, reconstrucción del istmo cervical.
Hormonales:	Hipo-hipertiroidismo: restitución hormonal apropiada Insuficiencia de progesterona: progesterona natural Diabetes: dieta o insulina.
Infección	Antibióticos específicos.
Enfermedad sistémica	Ácido acetilsalicílico en bajas dosis, heparina o prednisona.
Agentes exógenos	Desalentar el tabaquismo y el uso de drogas.
Trastornos inmunitarios	Tratamiento en investigación con inmunoterapia leucocitaria.

## FLUJOGRAMA DE ABORTO

### ABORTO



\* = EN CASO NECESARIO

## 1.2. EMBARAZO ECTÓPICO

**Codificación CIE 10**      O 00

**Codificación CIAP 2**      W80

### DEFINICIÓN

Es la implantación del huevo fertilizado en un área distinta a la cavidad endometrial, que puede ser trompa, ovario, cavidad abdominal, cervix o cuerno uterino.

### CLASIFICACIÓN

#### Desde el punto de vista clínico:

#### EMBARAZO ECTÓPICO NO ACCIDENTADO

Es el embarazo ectópico que no ha presentado complicaciones (sangrado, dolor, rotura de la trompa)

#### EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO CON Y SIN COMPROMISO HEMODINÁMICO

Es el embarazo ectópico que se rompe casi siempre de manera espontánea; el ístmico entre las 6 a 8 semanas, ampular más tarde (8 a 12 semanas), intersticial (12 a 16 semanas) y es la más peligrosa por la gravedad de la hemorragia.

El embarazo ectópico cervical, el abdominal y el intraligamentario pueden provocar sangrado que comprometa hemodinámicamente a la paciente.

La rotura del embarazo ectópico produce hemorragia que puede o no comprometer hemodinámicamente a la paciente, después de la ruptura el producto de la concepción puede reabsorberse, permanecer como una masa en la cavidad abdominal o en casos

raros seguir creciendo.

### **DIAGNÓSTICO:**

Síntomas: Dolor abdominal bajo, atraso menstrual (opsomenorrea) sangrado genital escaso y disquecia.

Al examen físico: Hemodinámicamente estable, aumento de la sensibilidad a la exploración abdominal, al tacto dolor a la movilización del cervix, masa anexial (no siempre existe al momento del examen), útero reblandecido o ligeramente aumentado de tamaño, pero no corresponde al tiempo de amenorrea.

**Si se accidenta o rompe:** Signos de preshock o shock hipovolémico, signos de peritonismo

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

1. **Prueba de embarazo positiva en orina nivel I.**
2. Dosificación de fracción beta de HCG cuantitativa (positiva), nivel II o III
3. Ultrasonografía de preferencia transvaginal (1200  $\beta$ HCG mUI eco transvaginal y sobre 3000  $\beta$ HCG mUI eco abdominal) que demuestre: cavidad uterina. vacía, líquido libre en cavidad o masa anexial fuera de la cavidad.

Se debe requerir además:

1. Biometría hemática completa, TP, TTP, Plaquetas, Tipificación.
2. EMO.
3. Otro procedimientos complementarios.
4. Culdocentesis (si no dispone de ultrasonografía).
5. Laparoscopia si se dispone en el servicio.
6. Laparotomía se la realiza en caso de inestabilidad hemodinámica de la paciente.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Se debe realizarlo con todas las causas de abdomen agudo bajo de una mujer en edad fértil<sup>8</sup>:

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

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La paciente con sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico debe ser manejada en el Nivel II.

De ser necesario en el nivel III

### Nivel I

La evaluación de la embarazada, la identificación de factores de riesgo y ante la sospecha referir al nivel II.

Si se atiende por emergencia a una paciente con embarazo ectópico accidentado en el Nivel I se debe indicar<sup>9</sup>:

1. Controlar signos vitales cada 15 minutos.
2. Suspender vía oral.
3. Manejo de pre-shock o shock hipovolémico de acuerdo a protocolo: (dos vías endovenosas con lactato o solución salina).
4. **REFERIR DE FORMA INMEDIATA** a la paciente al Nivel II o III.

## **Nivel II y III**

### **Tratamiento específico**

Si no se presentan complicaciones derivadas de la hipotensión o anemia, la paciente podrá ser contrarreferida al Nivel I para las actividades de fomento y protección que correspondan.

### **TRATAMIENTO**

El diagnóstico temprano de un embarazo ectópico reducen problemas potenciales de hemorragia, infertilidad y procedimientos quirúrgicos extensos<sup>10</sup>.

Las pacientes Rh negativas deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D).

### **Tratamiento Expectante**

Paciente asintomática con valores de  $\beta$ hCG < 1000 mUI/mL, que disminuya a las 48 horas, no rotura tubárica no signos de sangrado, ausencia de sintomatología, control con ecografía y  $\beta$ hCG hasta la normalización.

### **Tratamiento clínico Nivel II y III**

#### 1. Régimen de dosis múltiple

Dosis:

- Metotrexate intramuscular 1mg/kg hasta 50mg dosis total diaria, a días alternos (1-3-5-7).
- Acido folínico 0,1 mg/kg, a días alternos (2-4-6-8)

a) La  $\beta$ hCG desciende > 15% en 48 horas.

b) Se debe completar el tratamiento de 4 dosis.

Controlar:

- $\beta$ hCG semanalmente, hasta que desaparezca.
- Hematíes, hematocrito, hemoglobina, plaquetas.
- Enzimas hepáticas.

## 2. Régimen de dosis única:

Dosis:

- 50 mg/m<sup>2</sup> o 1 mg/kg IM.

Controlar:

- $\beta$ hCG a los 4 y 7 días; más tarde semanalmente, hasta desaparecer.
- Hematíes, hematocrito, hemoglobina, plaquetas.
- Enzimas hepáticas.

Contraindicaciones: Úlcera péptica, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar.

En embarazo ectópico con actividad cardiaca (mayor índice de falla).

No cabe un tratamiento expectante en el embarazo ectópico accidentado.

**Tratamiento quirúrgico:** de acuerdo a los hallazgos, la técnica quirúrgica dependerá de cada caso y de la paridad de la paciente.

1. Conservador: Salpingostomía lineal.
2. Radical: Salpingectomía.

En todos los casos debe evitarse el ordeño de la trompa pues no asegura la extracción completa del trofoblasto y requiere de una nueva exploración.

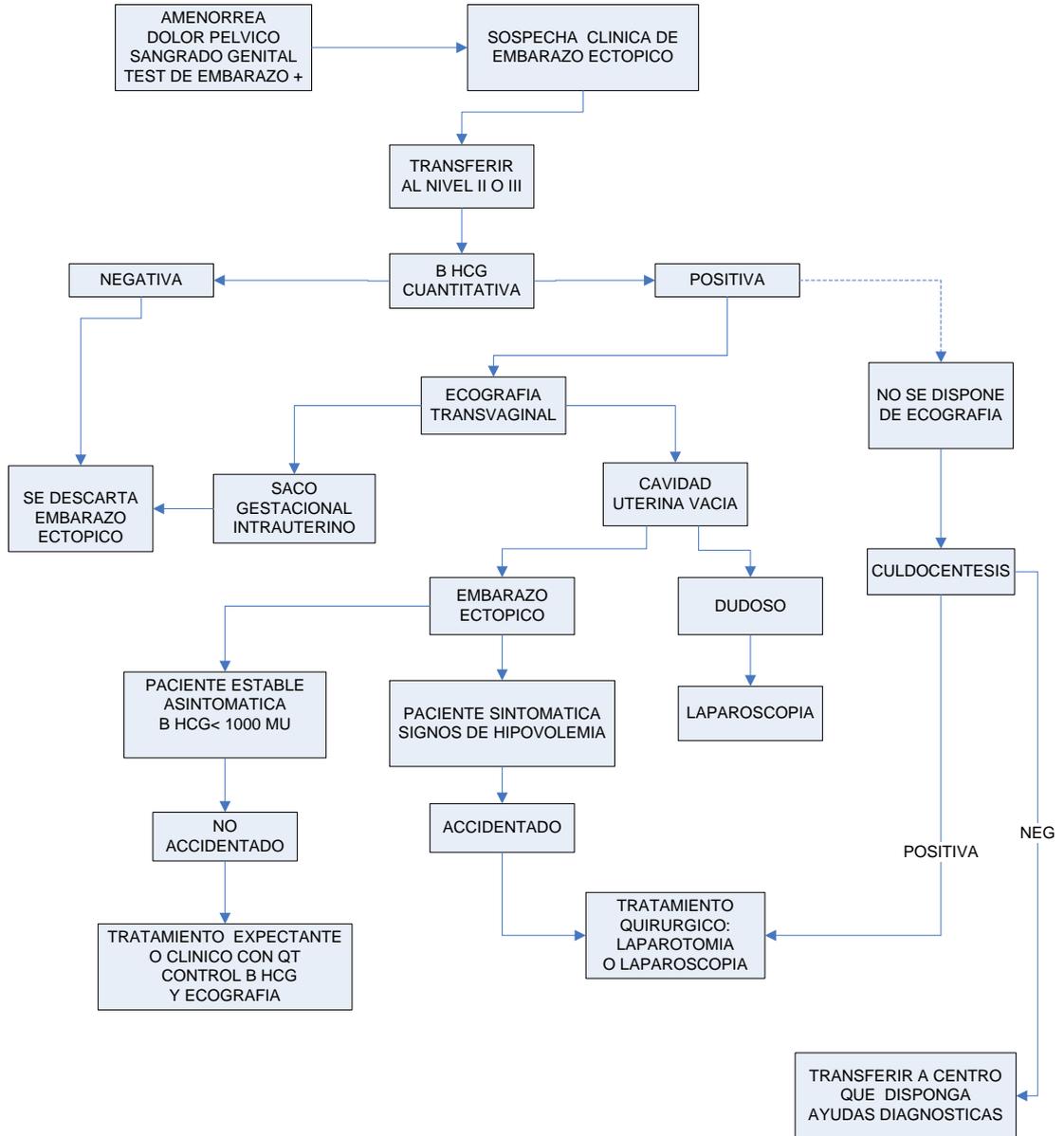
Los embarazos ectópicos cervicales por hemorragia tienen alto riesgo de requerir histerectomía y puede intentarse un tratamiento conservador con methotrexate o ligadura de las ramas cervicales de las uterinas.

En los embarazos abdominales se debe extraer el feto y se liga el cordón cerca de la placenta; por lo general se la deja en su sitio para evitar la hemorragia después de su extracción.

Tratamiento del shock hipovolémico de presentarse.

## FLUJOGRAMA DEL EMBARAZO ECTÓPICO

### EMBARAZO ECTOPICO



### 1.3. ENFERMEDADES TROFOBLÁSTICAS GESTACIONALES

<b>CODIFICACIÓN CIE 10</b>	Mola hidatidiforme	O01
	Tumor maligno de la placenta	C 58
<b>CODIFICACIÓN CIAP 2</b>	Neo maligno conexión con el embarazo	W 72
	Neo benigno o inespecífico conexión con el embarazo	W 73

#### DEFINICIÓN

Son neoplasias trofoblásticas que se originan en el tejido embrionario; incluyen variedades tumorales que van desde mola hidatidiforme (completa y parcial), mola invasiva (corioadenoma destruens), tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP) y coriocarcinoma. Estos tumores están constituidos tanto por células de sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto, excepto el TTSP que proviene de las células trofoblásticas intermedias. Todos estos tumores son productores de gonadotropina coriónica humana (hCG) y responden adecuadamente al tratamiento.

#### CLASIFICACIÓN

##### 1. Mola hidatidiforme.

Es la neoplasia más frecuente y tiene un aspecto de vesículas en racimo de uvas. La mola completa nunca contiene partes fetales, tiene vellosidades anormales y son diploides (46 XX y raramente 46 XY) con valores altos de  $\beta$ hCG (> a 50 000). Las molas transicionales son trisómicas. La mola incompleta es triploide (69XXY) contiene partes fetales, presenta algunas vellosidades normales y valores ligeramente elevados de  $\beta$ hCG (< a 50 000).

##### 2. Mola invasiva (corioadenoma destruens).

Es una mola que invade el miometrio o las estructuras adyacentes y puede ocasionar ruptura uterina y hemoperitoneo.

##### 3. Tumor trofoblástico del sitio placentario.

El TTSP puede ocurrir en todo embarazo. Histopatológicamente se observa infiltración del miometrio, vasos linfáticos y raramente invasión vascular.

#### 4. Coriocarcinoma.

Contrariamente a la mola el coriocarcinoma es un tumor epitelial puro y puede ser concomitante o subsecuente a un embarazo. Por diseminación hematológica da metástasis a pulmones (50%), vagina (30 a 40 %), cerebro, hígado y riñón; la invasión linfática es rara.

Se han propuesto en todo el mundo muchas clasificaciones para la enfermedad trofoblástica gestacional maligna, ninguna de ellas se usa en forma consistente; la respuesta al tratamiento juzgada por los títulos de  $\beta$ hCG es mucho más importante que cualquier clasificación patológica entre una lesión u otra. Para efectos de manejo se las puede dividir en:

##### A. Pacientes con buen pronóstico o bajo riesgo:

- Metástasis confinadas a los pulmones o la pelvis.
- Valores de  $\beta$ hCG menos a 40 000 mUI/ml al inicio del tratamiento.
- El tratamiento se inicia en los primeros cuatro meses de aparición de la enfermedad.

##### B. Pacientes con mal pronóstico o alto riesgo:

- Titulaciones mayores a 40 000mUI/ml.
- Enfermedad diagnosticada más de cuatro meses después de un embarazo molar.
- Metástasis cerebrales o hepáticas.
- Quimioterapia previa no exitosa.
- Inicio posterior a una gestación a término.

## **DIAGNÓSTICO**

### Síntomas y Signos

El sangrado en el primer trimestre, náusea y vómitos excesivos, crecimiento uterino desproporcionado para la edad gestacional (la mitad de los casos tiene dimensiones excesivas, en un tercio de los casos es más pequeño de lo esperado). Quistes tecaluteínicos en uno o ambos ovarios, pueden ser causa de dolor. Preeclampsia temprana (antes de la semana 20 de edad gestacional). Hipertiroidismo puede ocurrir en un 10% de las pacientes.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

1. Biometría hemática, plaquetas, TP, TTP, Grupo y Factor (Coombs indirecto si es Rh negativa).
2. Ultrasonido.
3.  $\beta$ hCG cuantitativa (valores mayores a 100 000 mUI/ml suelen corresponder a embarazos molares y menores a 60 000 mUI/ml corresponden a embarazos normales).
4. Una vez iniciado el tratamiento la vigilancia de  $\beta$ hCG después de un embarazo molar es lo más importante y debe realizarse en el mismo laboratorio y utilizar la misma técnica de inmunoanálisis.
5. Pruebas de función hepática y renal: transaminasas, fosfatasa alcalina, deshidrogenada láctica y creatinina.
6. Radiografía de tórax.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Hemorragias del primer trimestre de la gestación: Aborto y embarazo ectópico.

Igualmente se debe plantear el diagnóstico diferencial con aquellos procesos en los que exista una desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional: error en la

fecha de la última menstruación, embarazo múltiple, mioma asociado a gestación y polihidramnios.

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

La paciente con sospecha o diagnóstico de enfermedad trofoblástica debe ser manejada y seguida en el Nivel II o si es necesario en nivel III.

### **Nivel I**

Si se atiende por emergencia a una paciente con enfermedad trofoblástica y hemorragia en el Nivel I se debe indicar<sup>11</sup>:

5. Controlar signos vitales cada 15 minutos.
6. Evaluar signos de pre-shock o shock.
7. Suspender vía oral.
8. Canalizar vía.
9. **REFERIR DE FORMA INMEDIATA A LA PACIENTE AL NIVEL II**

### **Nivel II**

Las pacientes en estos casos deberán ser atendidas y seguidas por un año en el Nivel II. La atención de un nuevo embarazo deberá ser controlada en este nivel por el riesgo de enfermedad recurrente.

### **Nivel III**

La enfermedad trofoblástica maligna de alto riesgo se manejará en un servicio oncológico especializado.

## TRATAMIENTO

### A. MOLA HIDATIDIFORME

La paciente debe ser hospitalizada para:

1. **Tratamiento general:** corrección inicial de trastornos asociados como anemia, alteración hidroelectrolítica, coagulopatía, alteraciones cardio-respiratorias, preeclampsia.
2. **Evacuación de la mola:** En principio, se hará por vía vaginal, mediante legrado por aspiración con administración conjunta de oxitocina, finalizando con el paso suave de una legra cortante que permita la extracción de cualquier resto adherido a la pared uterina; si el cérvix esté cerrado es necesario el empleo de misoprostol 200ug intra vaginal una dosis. Las complicaciones son la perforación uterina, hemorragia, infección y embolización pulmonar trofoblástica. El legrado de repetición no está indicado salvo que persistan restos molares.
3. **Cobertura oxitócica:** Oxitocina IV dosis de 16 a 32 mUI/min.
4. **Profilaxis antibiótica:** Cefazolina 1g a 2g. IV 30 minutos antes del procedimiento. En caso de pacientes alérgicas utilizar Clindamicina 900mg IV dosis única.
5. Sangre disponible para transfusión.
6. Histerectomía sin vaciamiento en determinados casos (edad materna superior a los 40 años, edad comprendida entre los 35 y 40 años con la descendencia deseada, patología uterina asociada, perforación uterina). Los quistes tecaluteínicos no se los debe extirpar.
7. Administrar inmunoglobulina Anti-D a las gestantes Rh negativas no sensibilizadas dentro de las 48 horas post-evacuación.
8. Estudio histopatológico y genético.

## SEGUIMIENTO POST-EVACUACIÓN

1. Determinaciones periódicas de  $\beta$ hCG cuantitativa: semanalmente hasta obtener tres títulos consecutivos  $< 5$  mUI/ml, a las seis semanas debe ser menor a 30mUI/ml, a continuación, las determinaciones se harán mensualmente durante los seis primeros meses y cada dos meses, hasta completar el año de seguimiento.
2. Control ginecológico y ecográfico seriado: valorando fundamentalmente la existencia de sangrado genital anormal, el tamaño y consistencia uterinos. Se practicará a las dos semanas post-evacuación y posteriormente cada tres meses.
3. Estudio radiológico torácico: se debe realizar a las dos semanas de la evacuación, a los seis meses y al completar el año de vigilancia.
4. Anticoncepción segura hasta el alta definitiva de la paciente mínimo un año.

En el 80-90% de los casos el proceso se resuelve satisfactoriamente y el título de  $\beta$ hCG va descendiendo, negativizándose en 6-8 semanas. Sin embargo, en el resto de los casos los títulos se mantienen en meseta o ascienden estableciéndose el diagnóstico de enfermedad trofoblástica persistente.

En cuanto al pronóstico, se aplica el sistema de puntaje pronóstico de la OMS:

FACTOR PRONÓSTICO	PUNTAJE*			
	0	1	2	4
Edad (años)	<39	>39		
Antecedente previo	Mola hidatiforme	Aborto Embarazo ectópico	embarazo de termino	
Intervalo del tratamiento	< 4 meses	4-6 meses	7 – 12 meses	>12 meses
HCG sub $\beta$ inicial	$< 10^3$ mU/ml	$10^3$ - $10^4$ mU/ml	$10^4$ – $10^5$ mu/ml	$>10^5$ -mU/ml
Grupos sanguíneos		O x A	B - AB	
Tamaño del Tumor	< 3cm	3-5	>5 cm	
Sitios de metástasis	No detectadas Vagina-	Bazo Riñón	Tracto gastro-intestinal-	Cerebro

	Pulmón		Hígado	
Número de metástasis	0	1 - 4	4 – 8	>8
Quimioterapia previa			Monodroga	Dos o más drogas

\*Bajo riesgo: 4 puntos o menos; Riesgo intermedio: 5-7 puntos; Riesgo elevado: 8 puntos o más.

## B. NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL MALIGNA

### Manejo en el Nivel III

Desde un punto de vista práctico conviene separar los casos que estamos considerando en 2 grupos<sup>12</sup>: enfermedad trofoblástica persistente y metastásica de bajo riesgo (B1) y la enfermedad trofoblástica metastásica de alto riesgo (B2). La razón de esta conducta viene avalada por la simplicidad terapéutica en el primer grupo junto a unos resultados excelentes.

#### B 1. De buen pronóstico o bajo riesgo

Si el seguimiento de los embarazos molares tras la evacuación ha sido correcto, la inmensa mayoría de los casos se encontrarán en este epígrafe, independientemente de que el diagnóstico histológico sea o no de coriocarcinoma. La pauta terapéutica más recomendable en este caso es la quimioterapia con ciclos de Methotrexato a una dosis de 0,4mg/Kg de peso IV/IM/día por 5 días. Repetir cada 14 días, una vez que se obtiene una titulación negativa de  $\beta$ hCG se administrará un último ciclo. El rescate (por los efectos adversos) se realiza con ácido fólico (leucovorina 15 mg c/6horas V.O. por 2 o más días si es necesario).

Por lo general, un único ciclo de quimioterapia es suficiente para conseguir remisión completa en el 90% de los casos. Habría que administrar un segundo ciclo si se presenta alguna de las situaciones siguientes:

1. La tasa de  $\beta$ hCG se estabiliza por 2-3 semanas o asciende.
2. Si tras 5 ciclos con Methotrexato la respuesta no es adecuada, se considera que la paciente es resistente y se cambia por Actinomicina D.
3. También debe elegirse esta droga si aparece una hepatotoxicidad o si había enfermedad hepática previa.

De tener que usarse Actinomicina D, la pauta más recomendable es 9-13  $\mu$ g/k/día por 5 días vía IV, que podría repetirse de acuerdo con el criterio de respuesta expuesto anteriormente cada 14 días.

**Seguimiento:** deberá solicitarse biometría, transaminasas, BUN, creatinina diariamente durante los días de tratamiento. Se suspende la quimioterapia si la cuenta de leucocitos es < a 3000, plaquetas <100 000, o incrementos significativos de BUN, creatinina y transaminasas. La  $\beta$ hCG se solicitará semanalmente.

Para aquellas pacientes que no deseen conservar la fertilidad, puede recomendarse la histerectomía, durante la cual (si el ovario es mayor de 6 cm.) se debe puncionar-aspirar los quistes tecaluteínicos para aliviar la tensión y disminuir el riesgo de torsión.

## **B 2. Enfermedad trofoblástica metastásica de alto riesgo (maligna)**

Se requiere quimioterapia combinada. El esquema sugerido y aplicado por SOLCA es:

<b>EP/EMA</b>	<b>Primera semana EP</b>
Etoposido	150 mg/m <sup>2</sup> I.V. (30 min de infusión) Día 1
Cisplatino	3 x 25 mg/ m <sup>2</sup> I.V. (4 horas de infusión) Día 1

<b>EMA Segunda semana</b>
Etoposido 100 mg/m <sup>2</sup> I.V. (30 min de infusión) Día 1
Methotrexato 300 mg/m <sup>2</sup> I.V. (12 horas de infusión) Día 1
Dactinomicina 0.5 mg. I.V (bolo)
Acido fólnico 15 mg. Bid p.o ò I.M Día 2 + 3

(24 h. después de iniciada el MTX)

Repetir el ciclo cada 2 semanas (el siguiente los días 15, 16 y 22). El tratamiento debe continuarse por 3 ciclos después de que las titulaciones de  $\beta$ hCG se hayan normalizado, se considera una remisión completa después 3 titulaciones semanales negativas consecutivas. El seguimiento con pruebas de laboratorio es indispensable para evaluar glóbulos blancos, plaquetas, la función renal y toxicidad hepática.

En las pacientes con metástasis en el SNC se recomienda radiación a una dosis de 300 cGy/día por cinco días/semana hasta alcanzar un total de 3000 cGy/órgano o se aumenta la dosis de Methotrexato a 1 gr./m<sup>2</sup> en infusión de 24 horas más el ácido folínico a 15 mg cada 8 horas durante 3 días, empezando 32 horas después de iniciada la perfusión con Methotrexato o la inyección intratecal de 12,5 mg de methotrexato el día 8 de la quimioterapia.

Considerar que: Para determinar el volumen a tratar se realiza en Radio-Oncología:

- a) PLANEACION para evaluar condiciones.
- b) SIMULACION para determinar volumen a tratar.
- c) Inicio de tratamiento se obtiene imagen para verificar campo de tratamiento.
- d) Se utiliza energia de 6 Mv. o Cobaltoterapia energia de 1.2 Mv.

Para enfermedad resistente a quimioterapia el tratamiento quirúrgico coadyuvante puede ser la histerectomía y la toracotomía.

Esquemas alternativos de salvamento son:

- BEP: cisplatino 20 mg/m<sup>2</sup> IV; etopósido 100 mg/m<sup>2</sup> IV los días 1 a 4 cada 21 días con 30 U de bleomicina IV el día uno y luego cada semana. Se añade G-CSF(Factor estimulante de colonias de granulocitos) 300µg SC los días 6 a 14.
- VIP: etopósido 75mg/m<sup>2</sup> IV, ifosfamida 1,2 g/m<sup>2</sup> IV, cisplatino 20 mg/m<sup>2</sup> IV por cuatro días cada 21 días. Se añade Mesna 120 mg/m<sup>2</sup> en bolo IV (antes de la

primera dosis de ifosfamida) seguida de  $1,2 \text{ mg/m}^2$  en infusión IV por 12 horas todos los días después de la administración de ifosfamida. Además G-CSF  $300\mu\text{g}$  SC los días 6 a 14.

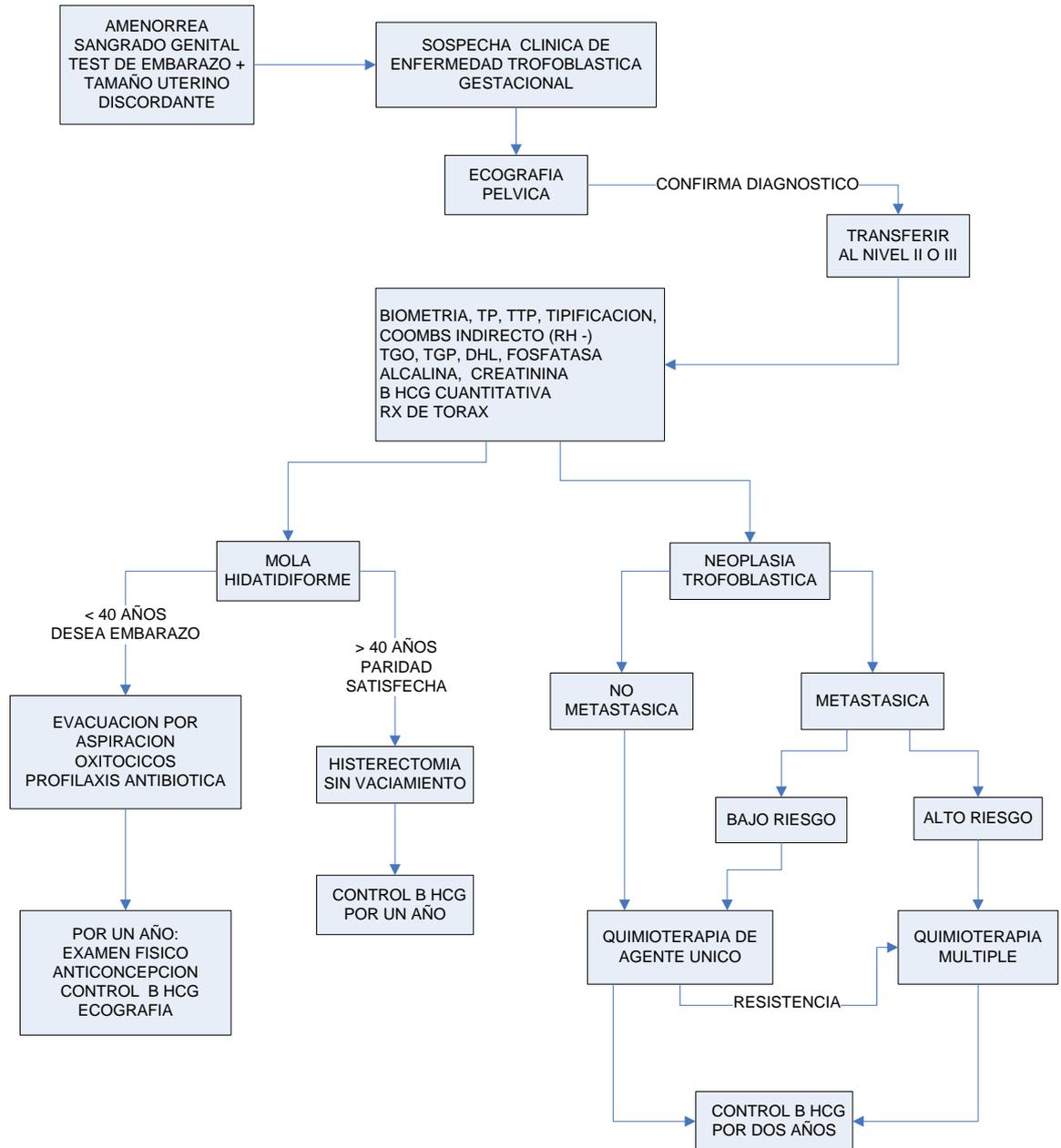
El tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP) casi siempre es resistente a la quimioterapia; la histerectomía total es el tratamiento. Se utiliza quimioterapia en caso de metástasis con el esquema EP-EMA antes que EMA-CO, si hay resistencia se utilizan paclitaxel<sup>13</sup> ( $135$  a  $175 \text{ mg/m}^2$  en infusión IV en 3 horas cada 3 semanas) y topotecán<sup>14</sup> ( $0,3$  a  $0,4 \text{ mg/m}^2$  por 14 días).

Al igual que en la enfermedad trofoblástica no metastásica y la maligna de bajo riesgo debe emplearse anticonceptivos orales si no está contraindicados por un año.

Los embarazos subsiguientes tienen un pequeño riesgo (1 a 2%) de enfermedad trofoblástica gestacional recurrente, por lo que durante el embarazo deberán vigilarse las concentraciones de  $\beta\text{hCG}$  y después del parto la placenta debe enviarse para su estudio histopatológico. Se deberá hacer una determinación de  $\beta\text{hCG}$  de control a las 6 semanas.

Si el embarazo ocurre antes de terminar la vigilancia estándar después de embarazo molar (antes de un año) el embarazo puede continuar, explicándole a la paciente el riesgo de retraso en el diagnóstico de recurrencia.

## ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL



## 2. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

### 2.1. PLACENTA PREVIA

**CÓDIGO CIE 10**                      **O 44.** Sin hemorragia O 440

Con hemorragia O 441

**CÓDIGO CIAP 2**                      **W84**

#### DEFINICIÓN

Es la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero.

#### CLASIFICACIÓN

Lateral: La placenta llega al segmento inferior.

Marginal: la placenta cuyo borde contacta el orificio cervical interno.

Oclusiva parcial: la placenta ocluye parcialmente el orificio cervical interno.

Oclusiva total: la placenta cubre todo el orificio cervical interno.

#### DIAGNÓSTICO

##### Síntomas y Signos

- Sangrado genital sin dolor, rojo rutilante.
- Tono uterino normal.
- Estado general variable de acuerdo al volumen de sangre perdido, puede haber:
  - Pre-shock.
  - Shock.

## **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- El ultrasonido de tiempo real es ideal para propósito de su diagnóstico en el 3er trimestre de embarazo.
- Doppler de flujo a color disminuye errores de diagnóstico provocados por coágulos ubicados en el segmento uterino inferior.
- Resonancia magnética para descartar acretismo placentario.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Desprendimiento normo-placentario:

- Rotura uterina espontánea.
- Placenta circunvalada. (Vasa previa).
- Otros sangrados del cervix: pólipos, patología ginecológica del tracto inferior, neoplasias.

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Todo caso de placenta previa debe ser manejado en el Nivel II, y si es necesario en el nivel III.

### **Nivel I**

La evaluación de la embarazada, la identificación de factores de riesgo y la atención apropiada del control prenatal es clave para prevenir esta complicación en la mayoría de los casos.

Si se atiende por emergencia a una paciente con sospecha o diagnóstico de placenta previa en el Nivel I se debe indicar:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos.
- Evaluar signos de pre-shock o shock.

- Evaluar la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
- suspender vía oral.
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido EV (solución salina, lactato Ringer).
- **NO REALIZAR TACTO VAGINAL**
- **REFERIR DE FORMA INMEDIATA A LA PACIENTE AL NIVEL II O III**

### **Nivel II Y III**

Las pacientes en estos casos deberán ser atendidas en el Nivel II hasta terminar el embarazo, la atención podría requerir de cesárea u otros procedimientos quirúrgicos para controlar la hemorragia.

### **TRATAMIENTO**

La paciente siempre debe ser hospitalizada

#### **Expectante:**

En casos de sangrados leves en fases tempranas del embarazo:

- Realizar transfusiones para reposición sanguínea con Hb. De 8 g o menos.
- Se debe utilizar tocolíticos (nifedipina 10mg/VO/cada 6 horas máximo 40 mg en 24 horas) hasta que ceda el cuadro, para evitar trabajo de parto prematuro y prolongar el embarazo hasta la semana 36.
- Maduración pulmonar (12 mg de betametasona IM 2 dosis con intervalo de 24 horas) por una sola vez.

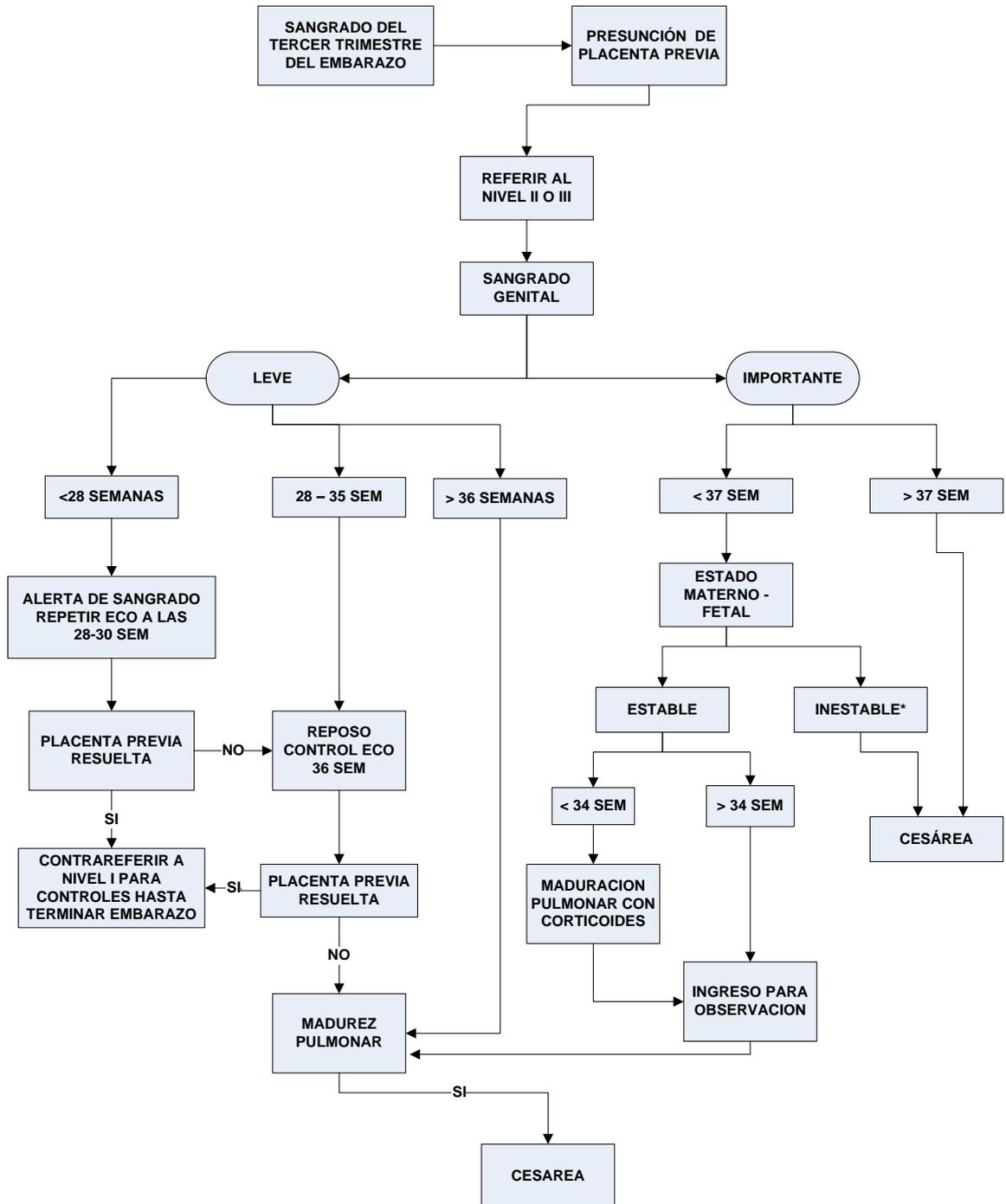
#### **Parto:**

- La cesárea es el método de elección de parto con placenta previa.

- En caso de choque hipovolémico se debe corregir a través de la administración de líquidos intravenosos y sangre antes de iniciar la cirugía.
- La anestesia en caso de hemorragia activa debe realizarse con una inducción rápida, intubación endotraqueal, succinilcolina y óxido nitroso.
- La técnica operatoria dependerá de la localización de la placenta; si es posterior se recomienda una histerotomía baja (segmentaria) horizontal; si es anterior puede requerir una incisión clásica para asegurar suficiente espacio y evitar la incisión de la placenta.
- Para lograr una hemostasia adecuada del lecho placentario puede utilizarse además de la oxitocina: prostaglandinas, metilergonovina, suturas de colchonero o taponamiento.
- Si la placenta previa provoca hemorragia que compromete el estado general de la paciente debe realizarse histerectomía siempre y cuando las medidas conservadoras hayan fracasado.
- Debe realizarse preparativos para asistencia y reanimación del recién nacido. Así mismo evaluar la pérdida sanguínea en el neonato (por incisión de la placenta); si su hemoglobina desciende a 12 g en 3 horas o a 10 g en 24 horas el recién nacido requiere de una transfusión urgente.
- El parto vaginal se reserva para casos de placenta previa lateral y marginal con presentación cefálica. En este caso deben romperse artificialmente las membranas y siempre antes de utilizar oxitocina.

Inmunización: Las pacientes Rh negativas con Coombs Indirecto Negativo deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D).

**PLACENTA PREVIA**



## **2.2. DESPRENDIMIENTO NORMO-PLACENTARIO**

**CÓDIGO CIE 10**            **O 45**  
**CÓDIGO CIAP 2**         **W 92**

### **DEFINICIÓN**

Es la separación de la placenta normalmente inserta del sitio de implantación antes del parto.

### **CLASIFICACIÓN**

Se reconocen dos formas que dependen de la hemorragia y son:

Forma oculta (20%); la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves. Un 10% de estos casos se complica con coagulación intravascular diseminada (O 450).

Forma externa (80%); la sangre drena a través del cervix; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal, por lo que las complicaciones generalmente son menores.

### **DIAGNÓSTICO**

#### **Síntomas y Signos**

Los datos clínicos están en relación al grado de desprendimiento; los desprendimientos grandes se acompañan de:

- Hipertonía uterina.
- Sufrimiento o muerte fetal.
- Dolor abdominal.

- Útero duro o leñoso (desprendimiento mayor al 16%).
- Aumento del tamaño uterino en caso de sangrado oculto (se recomienda al ingreso marcar en la piel la altura del fondo uterino).
- Hemorragia que puede ser notoria u oculta.

Si el desprendimiento es del seno marginal existe irritabilidad mínima, sin hipersensibilidad ni sufrimiento fetal, sangrado escaso rojo rutilante u oscura según el tiempo de aparición.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- El ultrasonido es útil pero no totalmente confiable puesto que en ocasiones puede no revelar la presencia del coágulo retro-placentario.
- Las pruebas de laboratorio deben incluir BH, Tipificación, y establecer el estado de coagulación de la embarazada mediante: TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trabajo prematuro de parto.
- Placenta previa.
- Placenta circunvalada.<sup>15</sup> (Vasa previa).

### **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

El desprendimiento normo-placentario debe ser manejado en el Nivel II, si es necesario en el III.

#### **Nivel I**

La evaluación de la embarazada, la identificación de factores de riesgo (multiparidad, diabetes, edad superior a 35, macrosomía, polihidramnios, embarazo múltiple,

hipertensión gestacional, abrupción previa, tabaquismo) y la atención apropiada del control prenatal es clave para prevenir esta complicación en la mayoría de los casos.

Si se atiende por emergencia a una paciente con desprendimiento normo-placentario en el Nivel I se debe indicar:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos y frecuencia cardíaca fetal.
- Evaluar signos de pre-shock y shock.
- Suspender vía oral.
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido IV (solución salina, lactato Ringer).
- Referir de forma inmediata a la paciente al Nivel II o III.

### **Nivel II Y III**

Las pacientes en estos casos deberán ser atendidas en el Nivel II, la atención podría requerir de cesárea u otros procedimientos quirúrgicos para controlar la hemorragia.

Si no se presentan complicaciones derivadas de la hipotensión, desfibrinación (CID), edema agudo de pulmón, necrosis cortical y tubular o anemia, la paciente podrá ser contrarreferida al Nivel I.

### **TRATAMIENTO**

La paciente siempre debe ser hospitalizada.

Medidas de urgencia:

- Obtener sangre para estudios de laboratorio.
- Preparar sangre y sus derivados para transfusión.
- Instalar dos catéteres intravenosos de calibre grande y administrar soluciones cristaloides.

Expectante en el caso que el desprendimiento sea periférico, la madre esté estable, el feto no esté maduro y la evaluación de bienestar fetal sea normal:

- Observación en Sala de labor o su equivalente por 24 a 48 horas.
- Vigilancia fetal y uterina continuas.
- La paciente se mantendrá hospitalizada.

Parto:

- El parto vaginal es recomendado en los siguientes casos:
  - Desprendimiento limitado y feto con frecuencia cardiaca normal.
  - Desprendimiento extenso con feto muerto o viabilidad dudosa.
- Las indicaciones de cesárea pueden ser maternas o fetales:
  - Feto viable con signos de sufrimiento.
  - Feto estable y condiciones desfavorables para un parto rápido.
  - Agravamiento del desprendimiento.
  - Hemorragia materna incontrolable.
  - Útero en rápida expansión con hemorragia oculta (con feto vivo o muerto).
  - Apoplejía uterina o útero refractario.

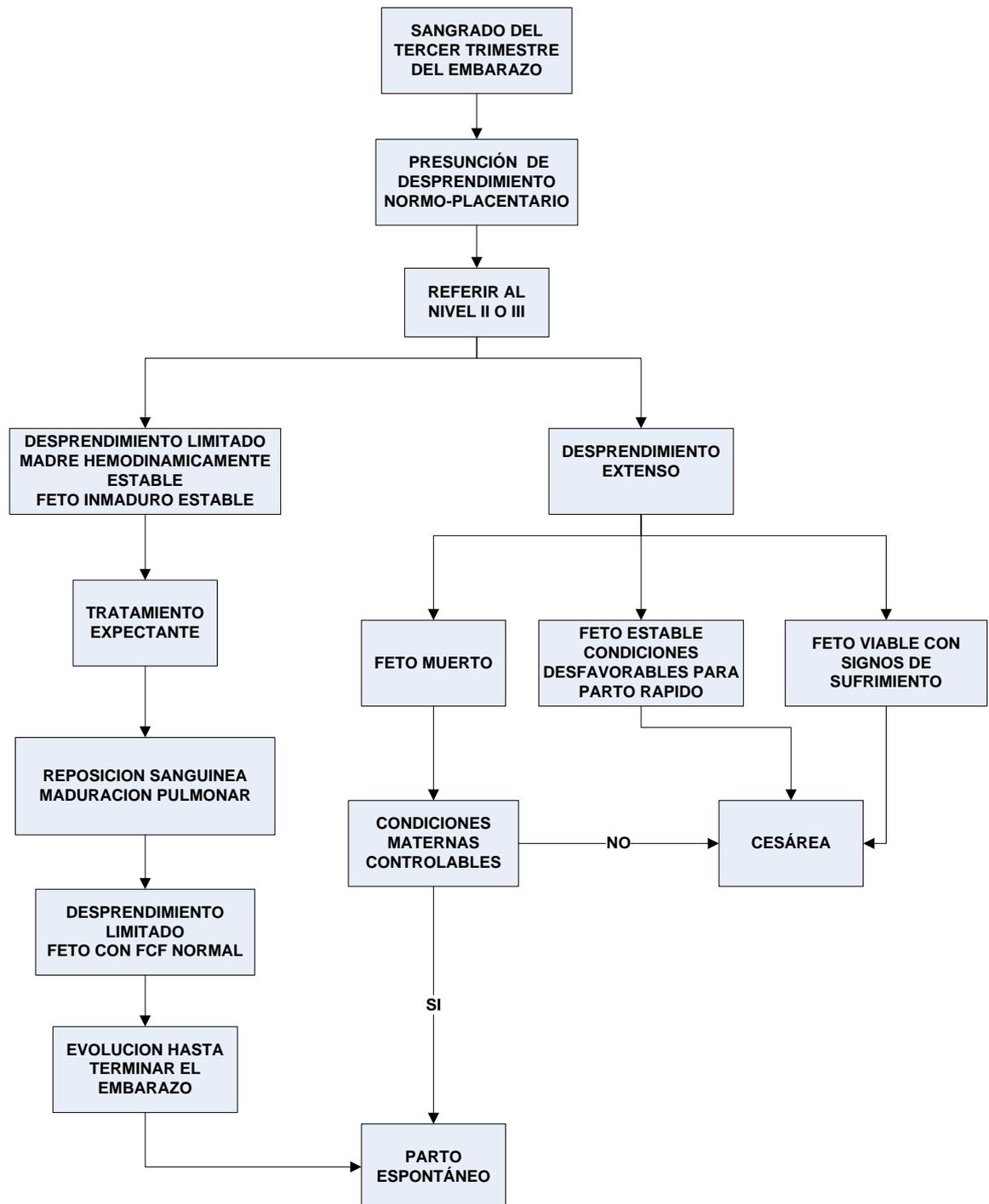
### **Manejo de las complicaciones:**

- Síndrome de desfibrinación:
  - Paquetes eritrocitarios: son satisfactorios para reponer la pérdida sanguínea pero no contienen factores de la coagulación.
  - Plasma fresco congelado.
  - Paquetes de crioprecipitado: contienen todos los factores lábiles de la coagulación.
    - POR CADA PAQUETE GLOBULAR PASAR CUATRO CRIOPRECIPITADOS Y DOS PLASMAS

- No utilizar heparina.
  
- Apoplejía uterina: la pérdida de contractibilidad del miometrio puede ocasionar hemorragia del lecho placentario utilizar misoprostol 800ug VR una dosis, oxicitocina 32mUI/en infusión continua hasta 60UI en 24 horas. Puede requerir de histerectomía. Si se pretende mantener la fertilidad se puede ligar las arterias uterinas, si esto es ineficaz se puede ligar las arterias hipogástricas (ver atonía uterina).

Para realizarse una cesárea la unidad debe disponer de los recursos para controlar un trastorno de la coagulación y del apoyo multidisciplinario con terapia intensiva.

## DESPRENDIMIENTO NORMO-PLACENTARIO



### 2.3. RUPTURA UTERINA

**CÓDIGO CIE 10:** O 710 Antes del trabajo de parto  
O 711 Durante el trabajo de parto

**CODIGO CIAP 2:** W99 Otros problemas o enfermedades del embarazo o parto.

#### DEFINICIÓN

Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante. Puede ser espontánea cuando hay antecedentes de cicatriz uterina (cesáreas anteriores, miomectomía) y traumática; como por maniobras con fórceps o por versión interna o externa<sup>16</sup> y partos difíciles.

#### CLASIFICACIÓN

**Completa** involucra todo el espesor de la pared uterina y muchas veces el peritoneo seroso suprayacente.

**Incompleta u oculta** se reserva para la dehiscencia de una incisión uterina por cirugía previa.

#### EPIDEMIOLOGÍA

Se ha reportado una incidencia de 1:1148 y 1:2250 partos.

En ausencia de cicatriz, otras alteraciones de la pared uterina pueden predisponer o favorecer la rotura:

- Distensión excesiva del útero (gemelar, hidramnios).
- Malformaciones uterinas.
- Multiparidad.
- Secuelas inflamatorias post-legrado o alumbramiento manual.

- Placenta percreta.
- Mola infiltrante previa.

## **DIAGNÓSTICO**

### **Síntomas y Signos**

- Labor de parto excesiva previa a la ruptura.
- Dolor intenso en el abdomen inferior.
- Interrupción brusca de las contracciones post-ruptura con sensación de desgarro.
- Hemorragia vaginal (u orina sanguinolenta) que no corresponde a la magnitud del cuadro.
- Palpación de las partes fetales a través de la pared abdominal.
- Retroceso de la presentación fetal.
- Desaparición del latido cardiaco fetal.
- Signos de shock hipovolémico y hemoperitoneo.
- Cuando se realice un parto quirúrgico o se identifique otros riesgos para ruptura uterina debe hacerse una minuciosa exploración bajo anestesia del útero y el canal de parto.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se debe realizarlo con otros sangrados del tercer trimestre: desprendimiento normo placentario, placenta previa o circunvalada.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

Biometría, TP, TTP, Tipificación, Plaquetas.

## **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Un caso de ruptura uterina debe ser manejado en el Nivel II y III si es necesario.

### **Nivel I**

La evaluación de la embarazada, la identificación de factores de riesgo y la atención apropiada del control prenatal y parto es clave para prevenir esta complicación en la mayoría de los casos.

Si se atiende por emergencia a una paciente con desprendimiento normo-placentario en el Nivel I se debe indicar:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos.
- Evaluar signos de pre-shock o shock.
- Evaluar la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
- suspender vía oral.
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido EV (solución salina, lactato Ringer o dextrosa al 5%).
- Referir de forma inmediata a la paciente al Nivel II o III.

### **Nivel II y III**

Las pacientes en estos casos deberán ser atendidas en el Nivel II, la atención podría requerir de histerectomía u otros procedimientos quirúrgicos para controlar la hemorragia.

Si no se presentan complicaciones derivadas de la hipotensión o anemia, la paciente podrá ser contrareferida al Nivel I para las actividades de fomento y protección que correspondan.

## TRATAMIENTO

1. Hospitalización inmediata.
2. Manejo de pre shock y shock.
3. Manejo quirúrgico: Laparotomía con incisión media infraumbilical
  - a. Cesarea (jamás intentar parto)
  - b. Reparación si la lesión no es extensa, ni afecta al parametrio, considerar la esterilización tubárica de acuerdo al caso.
  - c. Histerectomía si no cumple con los parámetros indicados en b.

## 2.4. ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

**CÓDIGO CIE 10**

**CÓDIGO CIAP 2**

## DEFINICIÓN

El parto es un proceso progresivamente acelerado que comienza generalmente en las semanas 33-34 del embarazo, hace eclosión alrededor de la semana 40 y termina con la expulsión del feto, placenta y membranas por la vía vaginal<sup>17</sup>.

Se lo ha dividido en tres períodos:

- Primer período: Dilatación y borramiento.
- Segundo período: Expulsivo.
- Tercer período: Alumbramiento.

Primer período:

El período de dilatación y borramiento a su vez se divide en:

**Fase de latencia:** Inicia con contracciones uterinas regulares y termina cuando aparecen cambios cervicales en la dilatación (2cm) y borramiento (menor a

50%).

**Fase activa:** labor de parto que supera la dilatación cervical mayor a 2 cm y más de 50% de borramiento hasta alcanzar la dilatación cervical completa, 4 a 5 contracciones en 10 minutos y descenso de la presentación fetal.

La duración normal de este período oscila entre 8-12 horas para las primíparas y 6-9 para las multíparas en los casos que evolucionan con dinámica uterina espontánea. En esta fase el límite normal bajo de la velocidad de dilatación es de 1,2 cm./hora para las primíparas y de 1,5 cm./hora en las multíparas.

### **Segundo período**

El período expulsivo comienza cuando la dilatación es completa y termina cuando se produce la expulsión del feto. La duración de este segundo período es de 30 a 60 minutos en las primíparas y de 5 a 30 minutos en las multíparas.

### **Tercer período**

Después de la expulsión del feto comienza el alumbramiento, que a su vez termina con la salida de la placenta y de las membranas, insistiéndose en el manejo activo de éste período.

## **DIAGNÓSTICO**

Al inicio del trabajo de parto se recomienda:

1. Solicitar la Historia clínica o realizarla (historia clínica perinatal, formulario 051).
2. Completar la historia con cualquier evento o análisis que aporte la mujer y que no conste en la misma.
3. Examen físico:

- Se determinará: Peso, Talla, Tensión arterial, Pulso, Temperatura.
  - Palpación abdominal por las maniobras de Leopold, para determinar la situación, presentación, posición fetal, así como el encajamiento de la presentación.
  - Si hay sangrado genital no se realizará tacto vaginal, se procederá a examen con espéculo o ecografía dependiendo del nivel de atención.
  - Por tacto vaginal se determinarán las características del cuello uterino (borramiento, dilatación, consistencia y posición): presentación, altura de la misma, grado de flexión, variedad de posición, así como las características de la pelvis, vagina, recto y periné.
4. Se establecerá la presencia o no de hemorragia, el estado de las membranas amnióticas (íntegras o rotas), así como las características del líquido amniótico (color, olor, volumen y presencia o no de grumos).
  5. Se valorará la Frecuencia Cardíaca Fetal (F.C.F) mediante auscultación con campana de Pinard o Doppler, si ésta es anormal (< de 120 o > de 160 lpm), se procederá a comprobarla mediante monitoreo fetal.
  6. Se evaluará el número de contracciones uterinas, así como las características clínicas de las mismas (frecuencia: 2 a 4/10min; intensidad: + a +++ y duración: 25 a 50 seg.
  7. Las pacientes en fase activa deben ser hospitalizadas, mientras que las que se encuentren en período expulsivo ingresarán directamente a sala de partos.

#### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- Si no se tiene constancia, se solicitará grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. Prueba de Coombs indirecta en pacientes Rh negativas Du negativas.
- En todos los casos se solicitará biometría hemática, TP y TTP.
- Monitoreo fetal por 10 minutos, graficado y 20 minutos adicionales en las pacientes que lo requieran.
- En caso de anormalidad de la FCF y si las condiciones obstétricas lo permiten se remitirá a un nivel II o III de atención.

- En caso de mujeres VIH positivas disponer de todos los insumos e implementos de bioseguridad para el personal de salud que atiende a estas pacientes.
- Interconsulta de especialidad de ser necesario.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Debe diferenciarse del falso trabajo de parto que está provocado por las contracciones de Braxton Hicks cuya intensidad aumenta en las últimas semanas del embarazo y se caracterizan por la falta de cambios cervicales y descenso de la presentación.

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

### **Nivel I.**

Todas las pacientes con embarazo normal. (Ver formulario MSP-051).

### **Nivel II o III:**

Las pacientes con riesgo obstétrico o complicadas, luego de la atención en el Nivel I.

Las pacientes serán evaluadas en el puerperio tardío en las unidades del Nivel I si no se han presentado complicaciones.

## **MANEJO CLÍNICO**

### **Criterios de ingreso:**

1. Primigesta: Dilatación >4cm.
2. Multípara: Dilatación > 3cm.
3. Actividad uterina regular y efectiva.
4. Patología añadida materno fetal, independiente de las modificaciones cervicales.

5. Dificil accesibilidad a la Unidad de Salud.

### **PERÍODO DE DILATACIÓN**

1. Como medidas iniciales se procederá al cambio de ropa, aseo genital.
2. Recorte de vello vulvo-perineal con tijera en la zona donde se realizará la episiotomía, de las pacientes que ameritan.
3. Canalización de vía periférica o DICH, si el caso amerita.
4. Acompañamiento de su pareja o familiar en áreas determinadas y con preparación previa.
5. Permitir la ingesta de alimentos y líquidos azucarados, si no hay contraindicación médica.
6. Realizar partograma (a partir de los 5 cm. de dilatación) y la curva de alerta.
7. Establezca un pronóstico a priori de cómo va a evolucionar el parto; este juicio será transmitido a la paciente y familiares más cercanos en forma clara y concisa, dándoles el apoyo humano que este momento requiere para tranquilizarlos.
8. En todos los casos se procederá a completar el partograma clínico con determinaciones mínimas de: F.C.F. y dinámica uterina cada 60 minutos hasta los 5cm de dilatación y luego cada 30 minutos.
9. Tacto vaginal cada tres horas, o según curva de alerta (es deseable no hacer más de 4 tactos). En cada tacto se determinará y se anotarán: progreso de la dilatación; modificaciones en la consistencia del cuello, altura de la presentación, variedad de posición. Con **guantes estériles**.
10. Anotar y comunicar la presencia de hemorragia y las características del líquido amniótico, si es del caso.
11. Cada hora se tomarán: pulso, tensión arterial.

### **PERIODO EXPULSIVO**

1. Inicia cuando se ha completado la dilatación. La parturienta presenta sensación de pujo al final de este periodo y un aumento de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

2. La sala de partos deberá contar con todo para asistir al parto, disponiendo de material estéril. Es deseable que tenga toma de oxígeno y que disponga de un resucitador de niños.

**Procedimientos:**

- Control de la FCF.
- Asepsia y antisepsia.
- Colocar a la parturienta de preferencia en posición vertical (sentada, en cuclillas, de pie, de rodillas) u horizontal si la paciente lo solicita. Para la atención del parto en posición vertical es necesario que las Unidades de Salud implementen programas de CAPACITACIÓN al personal obstétrico.
- Proteger el periné, para lo cual con una mano se aproximan los tejidos perineales y con la otra se evita la deflexión brusca de la cabeza fetal (Maniobra de Ritgen).
- La episiotomía de rutina no se recomienda. Se realizará únicamente en casos de riesgo de desgarro perineal o cuando las condiciones fetales lo ameriten (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con forceps, extracción por ventosa obstétrica). Será de la menor longitud posible y se la realiza previa infiltración de Lidocaína al 1 o 2% sin epinefrina, comprobando que al aspirar el émbolo de la jeringuilla no salga sangre. En el momento en que el periné ofrece resistencia a la salida de la cabeza fetal, el corte debe ser medio lateral. La episiorrafia se realizará por planos y con catgut crómico 0 y 2/0.
- Revisar si el cordón umbilical está alrededor del cuello y si es el caso, se lo desliza sobre la cabeza del recién nacido, si el cordón está muy ajustado puede cortarse entre dos pinzas.
- Recepción del recién nacido; inmediatamente de la salida de la cabeza fetal se aspirará secreciones con perilla, en el caso de existir meconio o evidencia de dificultad respiratoria. Está contraindicado acelerar la rotación de la cabeza y limpiar secreciones con gasa o aspirador eléctrico. La maniobra de Kristeller y la tracción traumática de la cabeza fetal también están contraindicadas.

- La salida del hombro anterior se facilita con la tracción suave de la cabeza (ya rotada en sentido externo) hacia abajo. Después se favorece la salida del hombro posterior con la tracción suave de la cabeza hacia arriba. Con la tracción suave de los hombros salen el cuerpo, piernas y pies.
- Pinzamiento del cordón entre dos pinzas, transcurridos 15 a 20 seg. del nacimiento del niño/a y manteniendo al recién nacido/a a la altura del introito de la madre. Se coloca al recién nacido (abdomen con abdomen) en el regazo de la madre para permitir su calentamiento óptimo, y luego el médico, la madre o su compañero cortan el cordón entre ambas pinzas. Se recomienda ligar el cordón a 3 cm. de su inserción en el abdomen del recién nacido/a (células madre de cordón)

### **MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO:**

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo del tercer período del trabajo de parto se incluyen:

- La administración inmediata de oxitocina;
- La tracción controlada del cordón umbilical; y
- El masaje uterino.

**Oxitocina** (mantener en refrigeración en zonas tropicales).

Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y administre oxitocina 10 unidades IM.

La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2–3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, administre ergometrina 0,2 mg IM o prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro feto.

No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

### **TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL**

- Pince el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza de hemostática. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contratracción durante la tracción. Trabajo de parto y parto normales C-85 controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2–3 minutos).
- Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe ejerciendo contratracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30–40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón, sino:
- Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de esponjas para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue;
- Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción.

Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contratracción por encima del pubis con la otra mano.

- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden enrolladas en el sentido de las manecillas del reloj.
- Hale lentamente para completar la extracción.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de esponjas para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición, bajo anestesia general o sedación profunda.
  - Si se ha arrancado el cordón umbilical, puede ser necesaria la extracción manual de la placenta.
  - Se procede seguidamente a la revisión del canal del parto y a la sutura de desgarros o de episiotomías si se realizó. Concluida la episiorrafia se comprueba la integridad tanto del canal vaginal como del rectal.

### **MASAJE UTERINO**

- Masajee de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, o si hay sangrado abundante, tomar en cuenta lo dicho para realizar la extracción de la placenta y la revisión manual de la cavidad.

En el caso de realizar extracción manual, ésta debe hacerse bajo anestesia general o sedación profunda.

## **USO DEL PARTOGRAMA**

Se debe usar para tomar decisiones adecuadas en el manejo del trabajo de parto

**Partograma con curva de alerta sistema de vigilancia para la prevención del parto prolongado (Ver hoja adjunta).**

### PARTOGRAMA

POSICION	VERT	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS		NULIPARAS	
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
	1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA\* (en horas) p10

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_  
 MATERNO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_

día: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_  
 N° DE HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

**LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA** →

DILATACION CERVICAL (cm)

200  
190  
180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100  
I -4  
II -2  
III 0  
IV +4

**REFERENCIAS**

FRECUENCIA CARDIACA - FETAL	<input type="checkbox"/>
PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION	<input type="checkbox"/>
DILATACION CERVICAL	<input type="checkbox"/>
ROTURA ESPONTANEA MEMB.	(REM) <input type="checkbox"/>
ROTURA ARTIFICIAL MEMB.	(RAM) <input type="checkbox"/>

INTENSIDAD	LOCALIZACION
Fuerte +++	Suprapubico SP
Moderada ++	Sacro S
Débil +	Contracciones
No lo percibe -	Uterinas

FRECUENCIA CARDIACA FETAL	
Dips tipo I (Desaceleración precoz)	I
Dips tipo II (Desaceleración tardía)	II
Dips variables (Desaceleración variable)	V
Meconio	M

POSICION MATERNA	
Lat. Derecho	LD
Lat. izquierdo	LI
Dorsal	D
Semisentada	SS
Sentada	S
Parada o Caminando	PC

**HORAS DE REGISTRO**

HORA REAL

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz / Intens																
SORRAMIENTO %																

\* SCHWARCZ, R. DIAZ, A.G. NIETO F. CLAP.

TOMADO DE TECNOLOGIAS PERINEALES - CLAP - OPS MSP

## **2.5. DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP)**

**CODIFICACIÓN CIE 10**

**CODIFICACIÓN CIAP 2**

### **DEFINICIÓN**

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

Se denomina pelvis estrecha cuando los diámetros de los diferentes estrechos de la misma son incompatibles con el progreso de la presentación fetal.

### **Etiología**

#### **Materna**

- Malformaciones congénitas de la pelvis (pelvis de Nagele y pelvis de Robert's).
- Desnutrición (raquitismo).
- Infecciosas (tuberculosis).
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas.
- Diabetes.

#### **Fetales**

- Macrosomia fetal (diabetes).
- Malformaciones (Hidrocefalia, hidrops fetalis, encefaloceles, onfaloceles, siameses).

### **Fisiopatología**

La relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la

presentación de lesiones en el feto y/o en la madre.

### **Aspectos epidemiológicos importantes**

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

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

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

#### **Medio ambiente**

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

#### **Estilos de vida**

- Inicio precoz de la vida sexual sin protección.
- Déficit de ácido fólico y exposición a agentes teratogénicos.

#### **Factores hereditarios**

- Diabetes.
- Talla corta.

### **CUADRO CLÍNICO**

- Alteración detectable al examen obstétrico (falta de encajamiento de la presentación y situaciones oblicuas).
- Falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primerizas.
- Falta de progresión en el descenso de la presentación.

## DIAGNÓSTICO

### a) Pelvis estrecha: Examen vaginal

- Promontorio alcanzable menor de 12 cm.
- Curvatura sacrocoxígea con exostosis.
- Diámetro biciático < 9.5 cm.
- Diámetro biisquiático < 8 cm.
- Angulo subpúbico < 90°.

### b) Desproporción céfalo- pélvica

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

#### Examen obstétrico:

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

## MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### Medidas generales y preventivas

#### Generales:

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

**Preventivos:**

- Mejorar la nutrición infantil de las niñas.
- Evitar el embarazo en adolescentes.
- Manejo adecuado de la diabetes en la gestación.

**Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento:**

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

**Signos de alarma:**

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

**Criterios de Alta**

El alta se realizará al cabo de 48 a 72 horas de realizada la cesárea de no existir ninguna complicación.

**Pronóstico**

- Favorable cuando la intervención es oportuna.
- En el caso de estrechez pélvica se someterá a cesárea electiva en los siguientes embarazos.
- En caso de desproporción cefalo – pélvica dependerá del desarrollo fetal.

**COMPLICACIONES****Maternas**

- Ruptura uterina.
- Lesión de partes blandas.

**Neonatales**

- Asfixia.
- Trauma obstétrico.
- Muerte fetal.

**CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA****Nivel I**

- Referir a toda gestante en trabajo de parto con DCP a establecimiento de nivel II.
- Atender el parto inminente.
- De darse el caso, referir al establecimiento de nivel II a toda paciente que supere la 1 hora de expulsivo o éste tienda o prolongarse.
- Si la gestante presento factores de riesgo o signos de alarma para desproporción feto pélvica, talla menor de 1.40 m., referir antes de los 37 semanas al establecimiento de nivel II.

**Nivel II**

- Evaluación general: estado general, estado nutricional, peso, talla, funciones vitales.
- Evaluación obstétrica: Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de la presentación, variedad de posición y pelvimetría.
- Detección de factores de riesgo.
- Signos de alarma.
- Partograma curva de alerta
- Solicitar los exámenes de laboratorio correspondientes.
- Realizar cesárea.

### **Nivel III**

- Confirmar los hallazgos encontrados en el nivel II.
- Tratamiento de complicaciones.

## **2.6. PARTO PODÁLICO**

### **CODIFICACIÓN CIE 10**

### **CODIFICACIÓN CIAP 2**

#### **Definición**

**Presentación de nalgas puras o francas:** El feto tiene las extremidades inferiores extendidas a lo largo del tronco y los pies situados a nivel de la cabeza.

**Presentación de nalgas completas:** En este caso el feto tiene tanto las caderas como las rodillas flexionadas. La actitud del feto es análoga a la de la presentación de vértice pero invirtiendo la polaridad.

**Presentación de nalgas incompletas:** El feto puede presentar flexión de una o de ambas rodillas con lo que la parte más caudal del feto no son las nalgas, sino una o ambas extremidades inferiores.

## **ETIOLOGÍA**

### **Causas maternas**

- Multiparidad.
- Malformaciones uterinas.
- Tumores previos.
- Anomalías pélvicas.

**Causas fetales**

- Prematuridad.
- Malformaciones.
- Gestación gemelar o múltiple.
- Falta de actividad fetal (fetos con trastornos neuromusculares, fetos muertos).

**Causas ovulares**

- Polihidramnios.
- Oligoamnios.
- Placenta previa.
- Cordón umbilical corto.

**DIAGNOSTICO**

Signos y síntomas.

Detección de factores de riesgo.

**Examen obstétrico completo**

- Maniobras de Leopold (palpación del polo cefálico que ocupa el fondo uterino, se palpan las caras laterales del útero para determinar en que lado se encuentra el dorso fetal, confirmar la presentación pelviana a nivel del estrecho superior de la pelvis materna).
- Auscultación de la FCF por encima del ombligo.
- Examen vaginal: tacto partes fetales, nalga o miembros inferiores.

Donde es realmente importante un diagnóstico correcto de la presentación de nalgas es en las fases finales del embarazo. En este sentido, la exploración ecográfica adquiere una gran importancia dado que nos permite conocer no sólo el tipo de presentación podálica sino también el tamaño fetal estimado y la actitud de la cabeza fetal, así como la localización placentaria.

## **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

### **Examen ecográfico fetal**

#### **Signos de alarma para ser tomados en cuenta**

- Rotura prematura de membranas.
- Prolapso de miembros o cordón.
- Proscidencia de cordón.
- Hiperdinamia uterina.

Signos de sufrimiento fetal: Alteraciones de la FCF.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Presentación de cara.
- Situación transversa.
- Situación oblicua.

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

### **Nivel I**

- El objetivo del tratamiento es permitir que todas las presentaciones podálicas arriben oportunamente a establecimientos de nivel superior, donde debe valorarse la vía del parto, excepto aquellos que se encuentren en periodo expulsivo avanzado.
- Si se concluye que es posible el parto por la vía vaginal en multiparas se pondrá en conocimiento de la madre.
- Realizar maniobras de Leopold.
- Canalizar una vía segura a gestante en trabajo de parto y referir inmediatamente al nivel II.
- De encontrarse el parto en periodo expulsivo sin posibilidades de llegar oportunamente al nivel II, considerar la atención del parto por vía vaginal mediante la realización de las maniobras adecuadas para evitar la retención

de cabeza última.

- Referir a toda paciente con presentación podálica a las 36 semanas al establecimiento nivel II y nivel III.

## **Nivel II**

La vía de elección de atención del parto podálico en primigesta es la cesárea. a menos que se encuentre en periodo expulsivo en multíparas se podrá atender vía vaginal considerando además los siguientes parámetros:

- Peso estimado < 3.800-4.000 gramos,
  - Diámetro biparietal < 96 mm,
  - Presentación de nalgas puras o completas,
  - Pelvis adecuada (valorada de forma clínica),
  - Cabeza flexionada o en posición indiferente
- Ausencia de anomalías fetales y. ausencia de cualquier contraindicación médica u obstétrica para el parto vaginal.

## **Atención del parto por vía vaginal**

- Previamente se debe informar a la gestante y a los familiares.
- obteniendo el consentimiento informado.
- Apoyo emocional.
- vía venosa canalizada.
- Evaluación de la pelvis: Esperar que la dilatación este completa en forma espontánea de evolución normal, respetar membranas íntegras.
- Equipo: Obstetra experimentado, neonatólogo, anestesiólogo y ayudante
- Evacuación de vejiga.
- Episiotomía amplia.
- Monitoreo fetal de ser posible oximetría fetal.
- Una vez que las nalgas fetales han entrado en la vagina, indicar a la paciente que puede pujar con fuerza durante las contracciones.
- Abstención de maniobras sobre el feto permitir la expulsión de las nalgas y el

tórax hasta que se visualicen los omoplatos.

- Una vez visualizado el cordón, se realizará una suave tracción del mismo formando un asa de cordón a fin de evitar que quede comprimido por el tórax fetal.
- Sostenga al bebe por las caderas sin realizar tracción, con una compresa.
- Si las piernas no se expulsan espontáneamente extraiga una pierna por vez.
- Permita que los brazos se liberen espontáneamente o ayude si es necesario con la maniobra de Rojas-Lovsej.
- Extraiga la cabeza de la siguiente manera:

La mano interna trata de aumentar la flexión de la cabeza fetal llevando el mentón hacia el tórax. La cabeza es entonces llevada hacia abajo hasta que sea visible el occipital por debajo del pubis.

Se levanta la espalda fetal hacia el abdomen materno, hasta que la boca aparezca en el periné y, con sumo cuidado, se acaba de desprender lentamente la cabeza fetal.

La otra mano, la externa avanza por la espalda fetal hasta colocar los dedos índice y medio abiertos en forma de tenedor sobre los hombros del feto.

Con ayuda de anestesia general realizar la extracción manual de la placenta, revisión de la cavidad uterina, del cervix y del canal de parto en total.

Y repare lo que encontró.

- **Efectos adversos**

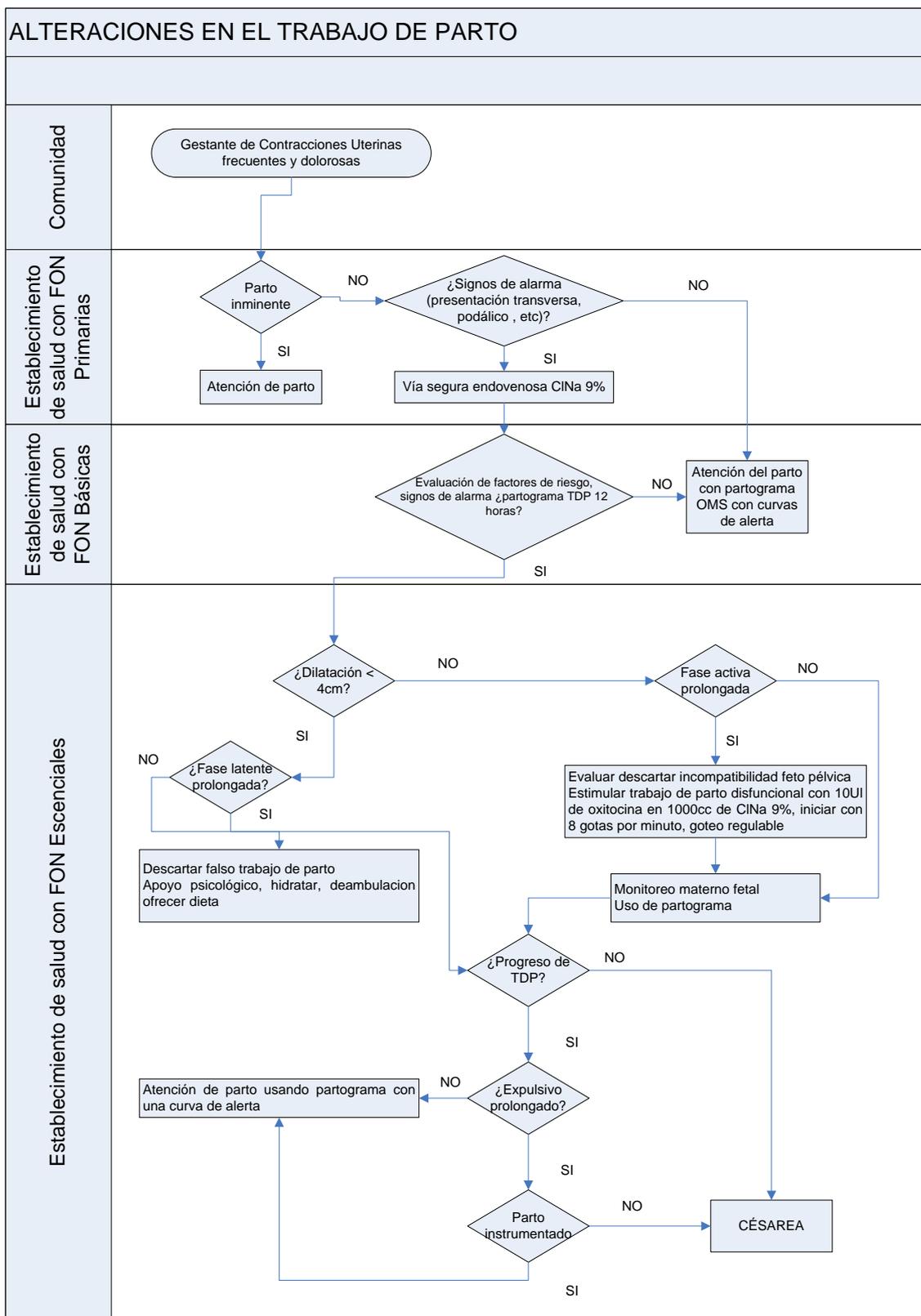
Para la madre:

- Lesiones del canal del parto,
- ruptura uterina, hemorragia posparto,
- desprendimiento placentario,
- infección puerperal.

Para el feto:

- Asfixia en sus diferentes grados,
- retención de cabeza última, y
- lesiones secundarias al trauma del parto (fractura de clavícula,

- parálisis braquial,
- luxación de cadera),
  - muerte fetal.



## **2.7. PROLAPSO DEL CORDÓN**

**CÓDIGO CIAP 2**                      **W 92**  
**CÓDIGO CIE 10**                    **O 69.0**

### **DEFINICIONES:**

Prolapso es el accidente en el cual el cordón umbilical se proyecta a través del cuello uterino delante de la presentación, luego de la ruptura de membranas.

Pro cubito: es el descenso del cordón umbilical al segmento inferior uterino junto o por delante de la presentación (presentación de cordón umbilical o fúnica), sin ruptura de membranas.

### **DIAGNÓSTICO**

### **SÍNTOMAS Y SIGNOS**

- Presencia del cordón umbilical fuera de la vulva, palpación del cordón en la vagina o a través de las membranas.
- Signos de sufrimiento fetal como: taquicardia (más de 160 latidos por minuto), bradicardia (menos de 120 latidos por minuto).
- Muerte fetal con ausencia de: movimientos, latidos fetales y palpación de los latidos de los vasos del cordón.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

El monitoreo fetal continuo puede evidenciar alteraciones provocadas por la compresión del cordón umbilical. Durante las contracciones el feto puede 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 aparece bradicardia.

Las pacientes que tienen presentación anómala o no encajada deben someterse a examen ultrasonográfico al inicio del trabajo de parto para determinar la orientación fetal y posición del cordón umbilical dentro de la cavidad uterina.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Debe realizarse con otras causas de sufrimiento fetal agudo en el caso de un prolapso oculto.

### **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

La identificación oportuna de las pacientes con factores predisponentes para prolapso de cordón y su manejo oportuno en centros especializados son aspectos importantes en el manejo.

#### **Nivel I**

Se atiende por emergencia un caso de prolapso de cordón se debe proceder de la siguiente manera:

1. Tomar signos vitales.
2. Examen obstétrico, situación, posición presentación fetales.
3. Observar genitales externos y/o realizar tacto vaginal para palpar cordón prolapsado y verificar pulsaciones para determinar la vitalidad fetal.
4. Si el feto está vivo recostar a la paciente en posición Trendelenburg o genupectoral, rechazar la presentación y no permitir la compresión del cordón.
5. Cubrir la parte del cordón prolapsado con apósitos estériles o limpios y húmedos.
6. Canalizar vena e instalar líquidos endovenosos con lactato, calibrando el goteo según las necesidades de la paciente.
7. Referir de inmediato al nivel II con acompañante.
8. Trasladar a la gestante en posición genupectoral o Trendelenburg.

9. Si el feto está muerto, la presentación es cefálica y no hay contraindicación obstétrica para parto vaginal, atender el parto.
10. Si el feto está muerto y no es posible el parto vaginal referir inmediatamente al nivel II.
11. Si no se presentan complicaciones, la paciente podrá ser contrarreferida al Nivel I para las actividades de fomento y protección que correspondan.

### **Nivel II y III**

Cesárea urgente con equipo pediátrica para reanimación

### **TRATAMIENTO**

Si el feto es viable y está vivo:

- Colocar a la madre en posición genupectoral, mientras el examinador aplica presión hacia arriba de la presentación fetal hasta que se completen los preparativos para la cesárea.
- Administre oxígeno hasta que el anestesiólogo aplique un anestésico de inhalación rápida.
- No intente restituir el cordón umbilical es inútil e ineficaz.
- La cesárea se debe practicar tan pronto como sea posible y a través de una incisión en la línea media abdominal. El grupo pediátrico debe estar listo para reanimar al recién nacido.

### **PRO CÚBITO**

El procúbito o cordón oculto (lateral a la presentación) puede pasar inadvertido a menos que se evidencie con patrones de compresión en la frecuencia cardíaca fetal (desaceleraciones variables) durante el trabajo de parto.

Si este es el caso:

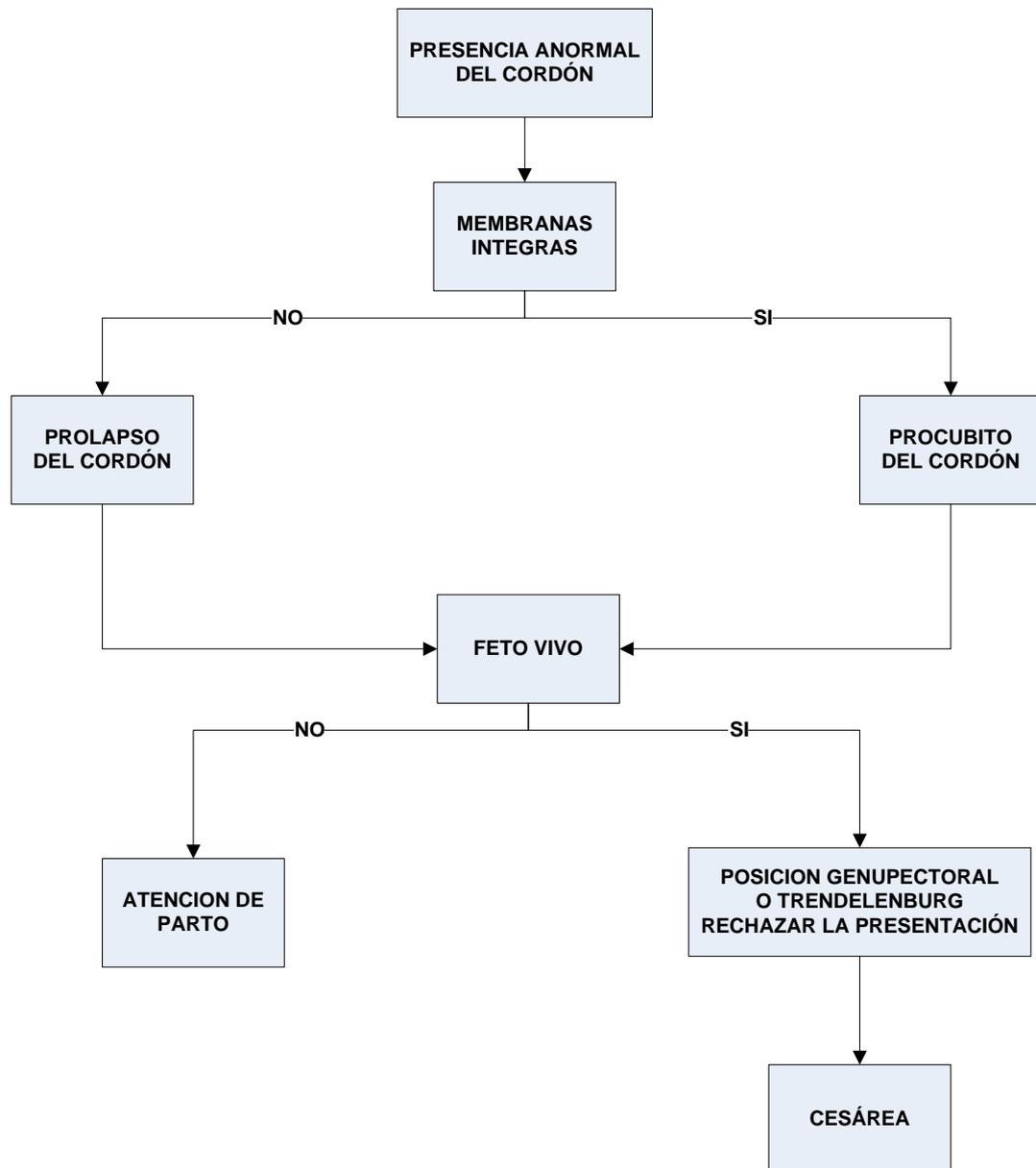
- Debe colocarse a la paciente en posición genupectoral o deTrendelenburg para aliviar la compresión del cordón.
- Si la frecuencia cardiaca se restablece y no existen otras complicaciones el parto puede continuar. Se debe administrar oxígeno a la madre y debe vigilar la frecuencia cardiaca fetal electrónicamente.
- Si persiste el patrón de compresión con desaceleraciones graves o bradicardia debe practicarse una cesárea de inmediato.

### **PRESENTACIÓN FÚNICA**

- Requiere de terminar el embarazo por cesárea antes de que se rompan las membranas.
- Si el feto es prematuro la paciente debe ser hospitalizada, permanecer en Trendelenburg (con el fin de restituir el cordón a la cavidad uterina) y realizar estudios ultrasonográficos seriados para determinar la posición del cordón y la edad gestacional.

La cesárea es la vía de elección en la mayoría de los casos, el parto vaginal se prefiere cuando el feto es inmaduro o está muerto.

## PROLAPSO DE CORDÓN



## 2.8. DISTOCIA DE LABOR

### CODIFICACIÓN CIE 10

### CODIFICACIÓN CIAP 2

#### Sólo en nivel I y II

La distocia es la prolongación de la labor en tiempo o una disminución del progreso de la misma. Es común en Nulíparas y es responsable del 50% de las primeras cesáreas.

Los médicos de cuidados obstétricos debemos conocer:

- Diagnóstico.
- Manejo.
- Prevención.

#### DIAGNÓSTICO

El progreso normal de la labor de parto fue definida por FRIEDMAN (1950's). Describe a las anomalías de la labor como:

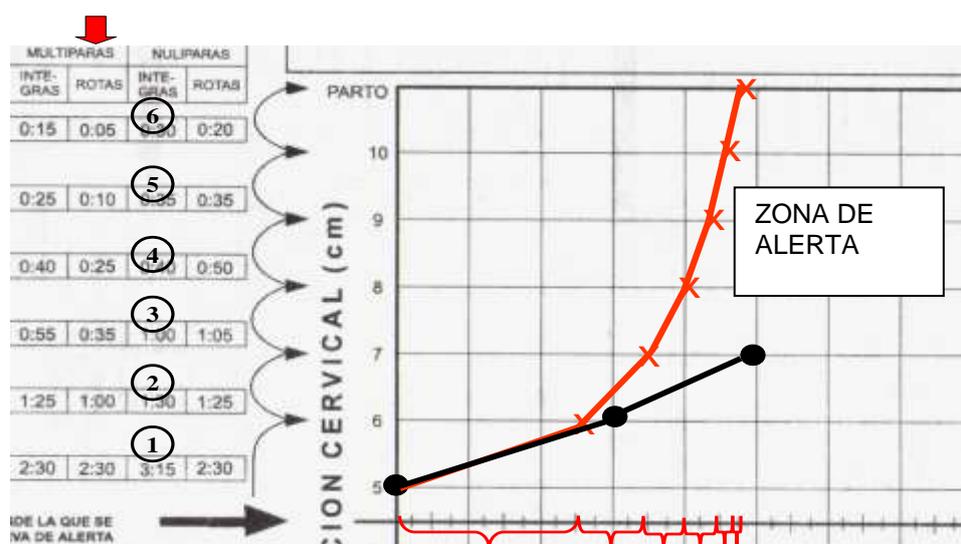
- a. Labor Prolongada
- b. Labor Detenida

<b>DEFINICIONES TRADICIONALES DE DISTOCIA DE LABOR</b>		
<b>ESTADO DE LA LABOR</b>	Labor prolongada	Labor detenida (arresto)
<b>1ER PERIODO</b>		
<b>• FASE LATENTE</b>		
Nulípara	> 20 horas	NA
Multípara	>14 horas	NA
<b>• FASE ACTIVA</b>		
Nulípara	< 1 cm por hora de dilatación	≥ 2 horas de labor activa sin cambio cervical

Múltipara	< 1.2 a 1.5 cm por hora de dilatación	≥ 2 horas de labor activa sin cambio cervical
<b>2DO PERIODO (EXPULSIVO)</b>		
Nulípara o múltipara		
Sin anestesia regional	Duración > 2 horas ó Descenso < 1 cm por hora	Sin descenso después de una hora de pujo.
Con anestesia regional	Duración > 3 horas.	

En la práctica toda labor debe ser seguida usando el formulario 051 del MSP y el partograma. El partograma del CLAP con curvas de alerta es un sistema de vigilancia para la prevención del parto prolongado en la fase activa de labor. Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar ese límite estén presentando una distocia de labor. Demuestra su utilidad en la identificación oportuna de anomalías.

Por lo tanto brinda suficiente tiempo para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.



En toda distocia se debe considerar: **3P (Poder, Pasajero, Pasaje)**

1. Si las contracciones son adecuadas.

2. Si hay mala posición fetal.
3. Si existe desproporción céfalo-pélvica por:
  - Sospecha de macrosomía.
  - Pelvis contraída.
4. Otras enfermedades coexistentes
  - Corioamnionitis.
  - Sufrimiento fetal.

### **CRITERIOS DE ALERTA**

- Primigesta con ausencia de encajamiento a las 38 semanas.

### **TRATAMIENTO**

- Tacto vaginal:
- Valoración completa de la pelvimetría interna (diámetro).
- Valoración de Bishop (cuadro).

### **PRIMER PERÍODO**

**FASE DE LATENCIA:** Inicia con contracciones uterinas regulares y termina cuando aparecen cambios cervicales en la dilatación (2cm) y borramiento (menor a 50%).

### **FASE LATENTE PROLONGADA**

Bishop inadecuado con pelvis adecuada:

- Maduración cervical: 25 micro gramos de misoprostol cada 6 horas, en fondo de saco vaginal posterior máximo tres dosis.
- Oxitocina en dosis respuesta (ver cuadro).
- Para decidir un parto por cesárea en una labor detenida en el primer periodo debe asegurarse que la paciente tuvo contracciones uterinas adecuadas por **cuatro horas** usando conducción con oxitocina.

## Conducción

Si las contracciones son inadecuadas se debe administrar oxitocina para incrementar su frecuencia, duración y fuerza.

**CUADRO NO. 1**

	ALTA DOSIS		BAJA DOSIS	
	Dosis	Práctico	dosis	Práctico
INICIO	6 um x min	10 UI en 500 cc (6 gts x minuto)	0.5 a 2 mU x min	10 UI en 500 cc (1 a 2 gts x minuto)
AUMENTAR	1 a 6 Mu cada 15 a 40 minutos	1 a 6 gotas cada 15 min	1 a 2 mU cada 15 a 40 minutos	1 a 2 gotas cada 15 min
MAXIMA	40 a 42 mU x min	No mas de 40 gotas x min	20 a 40 mU x min	No mas de 40 gotas x min

Utilizar dextrosa al 5% en agua para diluir la oxitocina

## FASE ACTIVA PROLONGADA

**FASE ACTIVA:** labor de parto que supera la dilatación cervical mayor a 2 cm y más de 50% de borramiento hasta alcanzar la dilatación cervical completa, 4 a 5 contracciones en 10 minutos y descenso de la presentación fetal.

1. Valorar:
  - a. El tipo de distocia.
  - b. Bienestar fetal.
  - c. Dilatación y altura de la presentación.
2. Revalorar los parámetros anteriores en dos horas.

## TRATAMIENTO

1. Sedación con:
  - i. Difenhidramina 50mg IM una sola dosis.
  - ii. Tramadol 100 mg IM por una dosis
  - iii. Dextropropoxifeno 1 amp IM

**Observación:** cualquiera de estos medicamentos **NO** se deberán usar si el parto se prevee en menos de una hora

2. Aumento de la labor:
  - a. Primero valorar amniorrhexis
    - i. Dilatación mayor de 6 cm.
    - ii. Presentación en 2do plano de Hodge o Estación – 2 de De Lee.

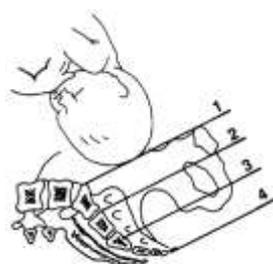


Figura 42. Planos de Hodge.

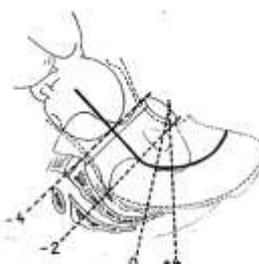


Figura 43. Estaciones de De Lee.

Una labor detenida se define como tener contracciones adecuadas por lo menos 2 horas sin cambio cervical, ni descenso de la presentación. Una embarazada debe ser observada por lo menos durante ese tiempo para realizar una intervención (parto asistido o cesárea).  
Extender este tiempo a 4 horas ha disminuido la tasa de cesáreas.

## SEGUNDO PERÍODO O EXPULSIVO PROLONGADO

La distocia del 2do período esta caracterizada por una duración prolongada o un descenso detenido. Puede estar causado por una mala posición fetal, contracciones inadecuadas, pobre esfuerzo materno, o una desproporción céfalo-pélvica.

CAUSAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occípito-posterior persistente</li> </ul>	Examen digital	Si el feto esta en posición occipito posterior. persistente se puede intentar rotación manual. (Procedimiento restringido a personal entrenado en caso contrario cesárea).
Disminución de las contracciones	Examen abdominal o monitoreo fetal	Uso de Oxitocina (ver recuadro).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deflexión</li> </ul>	Examen digital	I parto vaginal asistido II y III Cesárea.

Si no esta en 3er plano valorar realizar Cesárea. La prolongación de la segunda etapa del trabajo más allá de un plazo arbitrario ya no es una indicación para parto por cesárea.

**ALERTA** al equipo quirúrgico si en monitoreo fetal observamos variabilidad de mínimas oscilaciones.

## **PARTO VAGINAL ASISTIDO (VACUUM O FORCEPS)**

### **INDICACIONES:**

#### **1. Indicaciones Maternas**

1. Inhabilidad para pujar (agotamiento materno).
2. Analgesia inducida por drogas (anestesia epidural).
3. Fracaso del descenso debido a resistencia de los tejidos blandos.
4. Enfermedad materna: maniobra de valsalva en casos de enfermedad cardiorrespiratoria o de enfermedad intracraneana.
5. Hemorragia.

#### **2. Indicaciones Materno Fetales**

1. Desproporción céfalo pélvica relativa.
2. Mala posición (occipito-posterior ú occipito-transversa).

#### **3. Indicaciones Fetales**

1. Cualquier condición que hace que la permanencia del feto en el útero durante el segundo estadio del trabajo de parto sea inseguro.
2. Trazados de la frecuencia cardiaca fetal preocupantes (sufrimiento fetal).

### **CONDICIONES**

#### 1. Maternas

- i. Cuello uterino completamente dilatado.
- ii. Pelvis conocida y suficiente.
- iii. Membranas rotas.

## 2. Fetales

- iv. Cabeza fetal encajada.
- v. Variedad de presentación cefálica conocida y adecuada para el instrumento.

## 2. Asistenciales

- i. Ambiente quirúrgico adecuado.
- ii. Anestesia adecuada.
- iii. Tipo de forceps adecuado.

PARTO INSTRUMENTADO RECORDAR Acrónimo <b>ABCDEFGHIJ</b>
---

### **Aplicación de Forceps**

**A.** Avise a la embarazada.

Solicite Ayuda.

Anestesia, es adecuada?

**B.** Vacie la vejiga (Bladder).

**C.** Cerviz completamente dilatado.

**D.** Determine posición.

**E.** Equipo listo.

**F.** Forceps listo para aplicación: primero rama izquierda luego derecha.

Fontanela posterior en la mitad entre las ramas y 1 cm por encima del plano de las ramas.

Fenestraciones no deben admitir más que la punta del dedo.

Sutura lamboidal debe estar encima y equidistante de la superficie alta de cada paleta.

**G.** Tracción Gentil (maniobra de Pajot)

**H.** Manejo de forceps para seguir la "J" de la curva pélvica.

**I.** Incisión, valore episiotomía

**J.** Remueva forceps con salida de mentón (jaw) en orden inverso

### **Aplicación de Vacuum**

**A.** Avise a la embarazada.

Solicite Ayuda.

Anestesia, es adecuada?

- B.** Vacie la vejiga (Bladder).
- C.** Cérvix completamente dilatado.
- D.** Determine posición.
- E.** Equipo listo.
- F.** Aplicar la copa cerca de la Fontanela posterior en el punto de flexión, revisar tejidos maternos, mantener firme la copa con un dedo.
- G.** Tracción gentil siguiendo la curva pélvica con las contracciones.
- H.** Detenerse entre contracciones (Halt)  
Detener si la copa se suelta tres veces o no progresa en tres contracciones o después de 20 minutos.
- I.** Incisión, valore episiotomía.
- J.** Remueva vacuum con salida de mentón (jaw).

EL PERSONAL DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DEBE ESTAR ENTRENADO EN LA UTILIZACIÓN DE FÓRCEPS DE SALIDA Y VACUUM

### **Realizar el informe del parto asistido**

1. Diagnóstico Pre-operatorio.
2. Diagnóstico Posoperatorio.
3. Operación: Vacum o Forceps.
4. Historia.
5. Primer estadio.
6. Segundo estadio.
7. Procedimiento.
8. Tercer estadio

El vacuum o forceps no son procedimientos inocuos y se deben usar cuando existan indicaciones y prerrequisitos.  
La aplicación apropiada de forceps y vacuum es esencial.

**Prevención de Distocia**

1. Alentar el uso de compañeros entrenados en soporte de la labor. (madre, esposo).
2. Demorar la admisión hasta que este en fase activa cuando sea posible.
3. Evitar inducción de la labor antes de las 41 semanas.
4. Uso juicioso de analgesia epidural.

**RECORDAR**

Solicitar valoración por otro médico antes de decidir una cesárea no emergente para distocia.

Proveer retroalimentación a los médicos sobre sus tasas de cesáreas.

**2.9. CESÁREA (PROCEDIMIENTO)**

**CODIFICACIÓN CIE 10      O 82**

**CODIFICACIÓN CIAP 2**

**DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN**

Se define cesárea como la salida del feto a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía).

**Cesárea electiva:**

Cesárea programada durante la atención prenatal.

**Cesárea de emergencia:**

Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible.

## **INDICACIONES**

### **Indicaciones absolutas:**

- Cesárea Iterativa.
- Cesárea anterior con período intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (presentación pelviana/podálica, situación transversa, etc).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Macrosomía fetal.
- Infección por Herpes activa.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía uterina previa antecedente de plastia vaginal.
- Infección por VIH.
- Embarazo múltiple.

### **Indicaciones relativas:**

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas (de cara, de frente).
- Anomalías fetales.
- Embarazo gemelar.
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de la conciencia.
- Preeclampsia grave, eclampsia, síndrome de Hellp.
- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica (antecedente de desprendimiento de retina).

- Papiloma virus humano (HPV).

## **PREPARACIÓN PREOPERATORIO**

1. Consentimiento informado.
2. En caso de cesárea electiva.
  - Historia clínica completa.
  - Nota preoperatoria explicativa.
  - Parte operatorio.
  - Exámenes preoperatorios: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina.
  - Si no se tiene constancia, se solicitará grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.
  - Electrocardiograma (opcional).
  - Descartar Hepatitis B en zonas endémicas.
  - Valorar Riesgo Quirúrgico.
  - Tramitar sangre o componentes en los casos que lo requieran.
3. Cesárea de emergencia.
  - Nota de ingreso de emergencia o nota preoperatoria de piso.
  - Parte operatorio.
  - Exámenes preoperatorios: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina.
  - Si no se tiene constancia, se solicitará grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.

## **Preparación previa a la intervención electiva**

- Evaluación pre anestésica, riesgo anestésico y quirúrgico el día anterior a la intervención.
- Preparación psicológica.
- No ingesta de alimentos mínimo 6 horas antes de la cirugía programada.

- Retirar joyas y dentadura postiza, no usar cosméticos. Vestir con bata delgada y limpia
- Baño completo, cabello firmemente sujetado
- Rasura del vello en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía).
- Llevar a la paciente a la sala de operaciones media hora antes de lo programado con vendaje compresivo de miembros inferiores (profilaxis de trombo embolia).

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- Interconsultas a otras especialidades en el caso que amerite.

### **RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR**

Establecimiento con Nivel II y III:

- Sala de operaciones equipada: Máquina de anestesia, electro bisturí oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aspirador de secreciones, termo cuna, mesa quirúrgica, mesa de mayo y mesa auxiliar, cielíticas, equipo de reanimación, set de cesárea, set de histerectomía.
- Material e insumos: lactato de ringer, solución salina isotónica, dextrosas, suturas: vicril (No. 1 y 0); catgut cromado (0, 1 y 2/0), monofilamento de nylon (3/0), soluciones antisépticas, guantes quirúrgicos, gasas, sonda foley (No. 16), perican, espinocan (No. 25 y 27).
- Medicamentos: Lidocaína al 5%, lidocaina al 2%, bupivacaina, efedrina, oxitocina, ergometrina, atropina, epinefrina, hidrocortisona.

Requiere revisión por anestesiología, medicamentos e insumos para anestesia general

### **ANTIBIÓTICO PROFILAXIS**

- Profilaxis antibiótica: Ampicilina IV/Cefazolina IV, luego de pinzar el cordón.

## **INDICACIONES POS CESÁREA**

- NPO inicial y dieta según tolerancia.
- Control de hemorragia.
- Seno materno.
- Control de signos vitales y fondo uterino cada hora por 4 horas y luego cada 4 horas por 24 horas.
- Hidratación.
- Terminar profilaxis antibiótica.
- Analgesia: vía parenteral (tramadol, ketorolaco, diclofenaco); vía oral (ibuprofeno, acetaminofen).
- Movilización temprana.
- Retiro de sonda vesical, en las primeras 24 horas.
- Alta en 48 horas.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

- El protocolo quirúrgico debe escribirse de forma legible incluyendo los hechos quirúrgicos más relevantes así como las incidencias quirúrgicas que pudieran tener interés para el futuro. Es conveniente hacer referencia al tipo de sutura utilizada ante la posibilidad de un rechazo posterior a las mismas.
- Finalmente se debe informar a la familia y/o a la parturienta sobre el desarrollo e incidencias de la operación.

## **ALTA E INDICACIONES**

- Evaluar el alta a las 48 horas, después de la cirugía, descartar complicaciones que puedan extender el tiempo de hospitalización.
- Acudir en 8 días a la unidad de salud para el retiro de puntos.
- No realizar ejercicio o esfuerzos físicos hasta dos semanas después de la cesárea.

- En general se indicarán las mismas recomendaciones de la puérpera con parto normal.
- Se le informará y orientará sobre la lactancia, planificación familiar, nutrición, prevención del cáncer de cérvix y de mama y cuidados del recién nacido.
- Se le indicará también la restricción de actividad sexual por 4 a 6 semanas, evitar el esfuerzo físico exagerado, los cuidados del pezón y prevención del estreñimiento.
- La puérpera deberá acudir a un control a las 6 semanas en un servicio de nivel I

## **ATENCIÓN DEL PUERPERIO**

Comprende el puerperio inmediato y mediato.

### **PUERPERIO INMEDIATO**

- Comprende desde la expulsión de la placenta hasta las 24 horas después del parto.
- Control de la puérpera en sala de partos o de puerperio inmediato:
- Las 2 primeras horas, cada 30 minutos.
- Hasta las 24 horas, cada 4 horas se controlará:
  - Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
  - Vigilar rigurosamente la contracción uterina y el sangrado vaginal.
  - Masaje uterino.
  - De presentarse sangrado excesivo, o alguna alteración en los signos vitales, verificar contracción uterina (hipodinamia uterina), revisión de canal del parto (presencia de desgarros).
- Si todo es normal se recomienda el alojamiento conjunto madre-niño(a) para iniciar de inmediato la lactancia materna.

- En caso de requerir inhibición o supresión de la lactancia, administrar (cabergolina o bromocriptina).
- En mujeres Rh negativas Du negativo, cuya prueba de Coombs indirecta es negativa y su hijo es Rh positivo, se procederá a la administración intramuscular de una dosis de INMUNOGLOBULINA ANTI D, dentro de las primeras 72 horas posparto.
- En mujeres VIH positivas, se solicitará la prueba confirmatoria, de ser positiva se remitirá al servicio de medicina interna para su manejo correspondiente.
- Todos estos eventos se anotarán cuidadosamente en el formulario MSP-051, que deberá ser revisado por el asistente al parto junto con la hoja de órdenes médicas antes de permitir a la púérpera que abandone la sala de partos.

## **PUERPERIO MEDIATO**

- Recibirá los cuidados diarios, con evaluación de signos vitales, examen de mamas, útero y loquios hasta el alta de la madre y recién nacido normales.
- Instrucciones a la madre:
  - Lactancia: beneficios, horario, cuidados del pezón.
  - Planificación familiar.
  - Nutrición balanceada.
  - Actividad física.
  - Cuidados de mamas.
  - Detección oportuna del cáncer.
  - Restricción de la actividad sexual por 4 a 6 semanas.
  - Evitar el esfuerzo físico exagerado.
  - Prevención del estreñimiento.
  - Cuidados del recién nacido/a.
  - Acudir a un control a las 6 semanas en un servicio de salud del nivel I.
  - No automedicarse.
  - Acudir inmediatamente a la Unidad de Salud más cercana en caso de presentar: mareo al levantarse, escotomas, cefalea, loquios de mal olor, fiebre, sangrado con abundantes coágulos, dolor abdominal, dolor o

enrojecimiento de la zona de la herida, dolor o endurecimiento de glándulas mamarias, si tienes dudas en relación a su estado de salud.

## **2.10. DISTOCIA DE HOMBRO**

### **CODIFICACIÓN CIE-10:**

**CODIFICACIÓN CIAP-2: W92 Parto complicado / RN vivo**

**W93 Parto complicado / RN muerto**

### **DEFINICIÓN**

La distocia de hombros es la falla de la salida de los hombros espontáneamente durante el parto. La distocia de hombros es definida como el impacto del hombro anterior contra la sínfisis pubiana materna después que la cabeza fetal ha salido, y ocurre cuando el diámetro biacromial (ancho de los hombros) excede el diámetro del estrecho superior de la pelvis.

Es la emergencia obstétrica más común, impredecible y no prevenible. Se utilizan varias maniobras para liberar la impactación de los hombros.

### **FACTORES DE RIESGO PARA DISTOCIA DE HOMBROS**

#### **Materna y fetal**

- Anatomía pélvica anormal.
- Diabetes del embarazo.
- Parto postérmino.
- Antecedente de distocia de hombros.
- Talla corta.
- Sospecha de macrosomía.

#### **Relacionados a la Labor de parto**

- Parto vaginal asistido con vacuum o fórceps.

- Labor prolongada de fase activa del primer periodo.
- Labor prolongada del segundo periodo.

### **DIAGNÓSTICO:**

La distocia de hombros se hace evidente después que la cabeza emerge y se retrae nuevamente contra el periné, comúnmente a esto se le conoce como “el signo de la tortuga”.

### **PREVENCION**

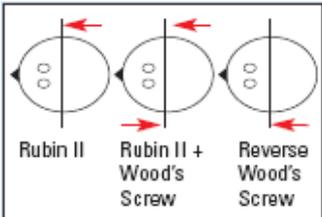
- No existe evidencia de prevención para distocia de hombros.
- Realice simulacros en su institución (fantomas).
- Equipo capacitado de apoyo (ginecólogo, neonatólogo, anestesiólogo, enfermera, registrador de tiempo).
- Información a la embarazada y a familiares sobre los riesgos maternos y fetales.

### **TRATAMIENTO**

1. Si detecta factores de riesgo materno fetal durante el control prenatal transferir a nivel II o III.
2. Si detecta alteraciones en la curva de alerta durante la labor de parto transferir al nivel II o III.
3. Si la paciente ingresa en expulsivo (signo de la tortuga).
  - Aplique la nemotecnia HELPERR.
  - El tiempo de cada maniobra es de 30 a 60 segundos.
  - Cateterismo vesical.
  - No oxitocina.

#### **Objetivo de las maniobras de la nemotecnia HELPERR**

1. Aumentar el tamaño funcional de los huesos pélvicos (Pelvis Ósea).
2. Disminuir el diámetro biacromial.
3. Cambiar la relación entre el diámetro biacromial y la pelvis ósea.

<b>H</b> <b>(30 a 60 segundos)</b>	<b>Hey!!</b> Llame por ayuda (Help) Inicie el protocolo y solicite el personal necesario
<b>E</b> <b>(30 a 60 segundos)</b>	<b>Evalue por Episiotomía</b> Realice episiotomía amplia en la distocia de hombros
<b>L</b> <b>(30 a 60 segundos)</b>	<b>Eleve los muslos</b> (maniobra de McRoberts) El procedimiento involucra flexionar las caderas maternas, de manera que los muslos se peguen al abdomen materno, esto simula la posición de rana, con la ventaja de que incrementa el diámetro del estrecho superior de la pelvis (diámetro interno), también endereza la lordosis lumbrosacra aplanando el promontorio sacro. Este procedimiento simultáneamente flexiona la columna fetal, usualmente empujando el hombro posterior sobre el promontorio sacro y permitiendo que éste caiga en el orificio sacro mejorando más del 40% de todas las distocias de hombro
<b>P</b>  <b>(30 a 60 segundos)</b>	<b>Presión suprapúbica</b> La presión suprapúbica manual externa debe ser intentada por un asistente por aproximadamente 30 a 60 segundos, mientras el clínico que atiende el parto continúa ejerciendo tracción moderada. La mano suprapúbica debe colocarse sobre el hombro anterior del feto aplicando presión al estilo "RCP", de manera que el hombro sea aducido o colapsado hacia la parte anterior y pase debajo de la sínfisis. La presión debe ser aplicada desde el lado materno en el cual la mano del asistente realice movimientos hacia abajo sobre la parte posterior del hombro fetal.
 <b>E</b> <b>(30 a 60 segundos)</b>	<b>Entre a realizar maniobras internas</b> Estas maniobras intentan manipular al feto para rotar el hombro anterior a un plano oblicuo y debajo de la sínfisis materna. Esto puede lograrse por medio de las maniobras de Rubin II o tornillo de Woods ó tornillo reversa de Woods. <b>Rubin II</b> Insertar los dedos de una mano en la vagina detrás del hombro anterior de feto y empujado hacia la pared anterior del torax fetal <b>Tornillo de Woods:</b> La Maniobra de Rubin II más Los dedos del examinador en el hombro posterior en sentido antihorario <b>Reversa de Woods</b> Los dedos de la mano examinadora se coloca por detrás del hombro fetal y se intenta rotar al feto en dirección opuesta al igual que la maniobra de tornillo de Woods.

 <p><b>R</b> <b>(30 a 60 segundos)</b></p>	<p><b>Remueva el brazo posterior</b> El hombro posterior es removido del canal del parto reduciendo así el diámetro biacromial.</p>
 <p><b>R</b> <b>(30 a 60 segundos)</b></p>	<p><b>Rote al paciente maniobra de Gaskin</b> La maniobra de "Todas las cuatro" ó "" es una técnica segura, rápida y efectiva para la reducción de la distocia de hombros. La paciente debe rodar de la posición existente a la posición de "todas las cuatro". El mecanismo preciso por el cual la maniobra de Gaskin actúa para liberar la distocia de hombros es el incremento de los diámetros de la pelvis, el conjugado obstétrico verdadero es el que se incrementa en 10 a 20 mm.</p> <p><b>EN CASO DE ATENCIÓN EN PRIMER NIVEL INICIAR CON LA MANIOBRA DE GASKIN</b></p>

### MANIOBRAS DE ÚLTIMO RECURSO

1. Fractura deliberada de clavícula.
2. Maniobra de Zavanelli: Reposicionamiento cefálico, girar la cabeza fetal hacia la posición occisito anterior, luego flexionando la cabeza y empujándola nuevamente hacia el canal de parto.
3. Relajación Muscular.
4. Cirugía abdominal.

### COMPLICACIONES MATERNAS

- Daño tejidos blandos.
- Desgarros vaginales de III o IV grado.
- Fístula recto vaginal.

- Atonia uterina.
- Diastasis sinfisial.
- Ruptura Uterina.
- Neuropatía femoral transitoria.

### COMPLICACIONES FETALES

- Parálisis de plexo braquial: 7 AL 20%.
- Parálisis de Erb raices C5 y C6.
- Parálisis de Glumpke raices C8 T11.
- Fracturas claviculares o humerales.
- Hipoxia fetal.
- Muerte.

### SEGUIMIENTO

- Todo recién nacido con distocia de hombros deberá ser observado por 24 horas.
- Se debe anotar en la historia clínica la descripción del procedimiento o procedimientos utilizados.
- Alta a la madre 48 horas.

## 3. POST PARTO: HEMORRAGIAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO

### 3.1 SANGRADOS DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

**CÓDIGO CIE 10**      **O 67**  
                                  **O 70**  
                                  **O 71**  
                                  **O 72**

**CÓDIGO CIAP 2**      **W 92**

## **DEFINICIÓN**

### **Hemorragia postparto precoz**

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 tardía postparto**

Es el sangrado que se presenta después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto.

## **CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA**

### **1. ATONÍA UTERINA**

La falta de contracción uterina entre los factores predisponentes se incluyen: sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal), gran multiparidad, parto prolongado, infección intramniótica, miomatosis, uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados y ciertos AINES), manipulación uterina, útero de Couvelaire y disfunción intrínseca del miometrio.

### **2. DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO**

Suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal blando del parto o el cervix, aunque pueden aparecer también en partos espontáneos muy rápidos, por macrosomía fetal o prolongación de la episiotomía.

### **3. RETENCIÓN DE PLACENTA O RESTOS PLACENTARIOS**

La ausencia del alumbramiento tras un tiempo de 15-30 minutos puede deberse a:

- Incarceración de la placenta desprendida que permanece en la cavidad uterina o parcialmente en vagina (en reloj de arena) por espasmo del istmo uterino.
- Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas.
- Adherencia patológica de la placenta (accretismo placentario).

En esta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al útero. Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades: acreta a la basal del endometrio), increta invaden el miometrio y percreta perforan la pared uterina. La más frecuente es la primera forma (aproximadamente 1/2.500 partos) y habitualmente suele presentarse de forma focal o parcial, siendo más rara la forma total.

Los factores predisponentes son: multiparidad, legrado puerperal previo, histerotomía por cesárea anterior o de otra causa y placenta previa, por lo que el aumento de la cirugía uterina parece estar relacionado con el incremento progresivo de esta patología.

#### **4. INVERSIÓN UTERINA**

El prolapso del fondo uterino a través del cérvix, exponiendo la cavidad endometrial, es una complicación rara pudiendo presentarse de forma completa o más frecuentemente de forma parcial.

Los factores de riesgo incluyen: macrosomía fetal, placentación fúndica, anomalías uterinas, primiparidad, atonía uterina y maniobras con tracción del cordón en el tercer periodo del parto, aunque en algunos casos, ocurre espontáneamente.

#### **5. OTRAS CAUSAS**

Los trastornos de la coagulación y la rotura uterina que se tratan en los capítulos correspondientes de la guía.

## DIAGNÓSTICO

### Síntomas y signos

Frente a un sangrado se deberá evaluar la presencia e integridad de coágulos para advertir la complicación de una coagulopatía por consumo (por una hemorragia grave y sostenida) o por coagulación intravascular diseminada (CID).

1. Atonía uterina: Se caracteriza por un sangrado abundante que aumenta al comprimir el útero (que se encuentra relajado).
2. Desgarros del canal del parto: El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja y puede comenzar después de la expulsión del feto y antes del alumbramiento, o tras el alumbramiento. Aunque el útero se contraiga persiste el sangrado. Las laceraciones profundas pueden provocar la formación de un hematoma, a veces no palpable si se localiza sobre el diafragma urogenital, por lo que en este caso debe sospecharse ante la presencia de dolor pélvico acompañado de signos y síntomas de shock.
3. Retención de placenta o restos placentarios: La ausencia de alumbramiento tras un tiempo de 30 minutos y/o abundante sangrado. Puede provocar sangrados tardíos del postparto. Además de la dificultad para evacuar la placenta, el sangrado uterino persistente y la inspección de la placenta con fragmentos no desprendidos, son diagnósticos del proceso.
4. Inversión uterina: Se caracteriza por la presencia (junto a la hemorragia) de una masa violacia haciendo protrusión en introito, vagina o en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivos para la cantidad de sangrado.

### APOYOS COMPLEMENTARIOS

- Tipificación de grupo, factor y, biometría, pruebas de coagulación, TP, TTP.
- Preparar sangre
- Prueba de estabilidad del coágulo: Se obtiene una muestra de sangre venosa cada hora, se coloca en un tubo de ensayo limpio, y se observa la formación y

lisis de coágulo. La incapacidad de coagulación entre cinco y diez minutos o la disolución de un coágulo formado cuando se agita suavemente el tubo indica que hay deficiencia de coagulación, la cual casi siempre obedece a falta de fibrinógeno y plaquetas.

- Fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina si se sospecha de CID o coagulopatía de consumo.
- Ultrasonográficos presencia de una masa uterina ecogénica aclaran el diagnóstico de restos placentarios, puede también apoyarse con imágenes doppler doble transvaginal y la ultrasonografía; y, en los datos analíticos (descenso de 10% o más del hematocrito entre una determinación realizada a la admisión y el periodo postparto) o complicaciones (shock, necrosis tubular renal, coagulopatía, fallo cardíaco, etc.).
- Apoyo Interdisciplinario: Hematólogo.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Deberá identificarse entre las causas de hemorragia postparto como atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención de tejido placentario, rotura uterina, defectos de la coagulación (por consumo, CID u otras diátesis hemorrágicas).

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

El sangrado del tercer período del parto debe ser manejado en el Nivel II, si es necesario en el III.

### **Nivel I**

**LA EVALUACIÓN DE LA EMBARAZADA, LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y LA ATENCIÓN APROPIADA DEL PARTO ES CLAVE PARA PREVENIR ESTA COMPLICACIÓN EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.**

Si se atiende por emergencia una complicación con sangrado del tercer período del

parto en el Nivel I se debe indicar<sup>xviii</sup>:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido EV (solución salina, lactato Ringer)
- Si la placenta esta retenida:
  - Evaluar los signos de desprendimiento de la placenta
  - No realizar maniobras bruscas ni traccionar el cordón
- Aplicar compresión uterina si es necesario
- Referir a la paciente al Nivel II o III

### **Nivel II y III**

Las pacientes que padecen de anemia o enfermedades intercurrentes tienen mayor riesgo de mostrar deterioro, igualmente si se han identificado factores predisponentes o gestantes con antecedentes de esta complicación en partos anteriores; en estos casos el parto deberá ser atendido en el Nivel II, la atención podría requerir de procedimientos quirúrgicos para controlar la hemorragia.

Si no se presentan complicaciones derivadas de la hipotensión y anemia la paciente podrá ser contrarreferida al Nivel I para las actividades de fomento y protección que correspondan.

## **TRATAMIENTO**

### **A) PREVENCIÓN**

Determinar en las pacientes el tipo de sangre y exámenes básicos, se debe identificar el riesgo de hemorragia: coagulopatía, antecedentes de transfusión de sangre o hemorragia en un parto anterior, anemia, gran multiparidad, gestación múltiple, feto grande, polihidramnios, trabajo de parto disfuncional, inducción o conducción con oxitocina, trabajo de parto rápido o prolongado, preeclampsia grave, eclampsia, parto vaginal después de cesárea, anestesia, uso de fórceps.

Después del nacimiento del neonato se recomienda masaje suave con movimientos circulares o de adelante hacia atrás en el fondo del útero.

Después de verificar los signos de desprendimiento de la placenta se tracciona levemente el cordón umbilical haciendo presión suprapúbica del segmento uterino.

La atención activa del tercer período con la utilización de oxitocina ha demostrado reducir el sangrado. Si se ha descartado embarazo gemelar (por ecografía prenatal) se administra 10-20 UI/ L en solución salina en infusión lenta endovenosa o 10 UI intramuscular al momento de la salida completa del neonato; sino ha sido posible descartar gemelaridad solo se administrará después de la expulsión de la placenta. La metilergonovina 0,2 mg intramuscular es una alternativa si no hay hipertensión.

## **B) MANEJO**

- El reemplazo de líquidos y sangre: canalizar dos vías de buen calibre.
- Infusión de Solución Salina, Lactato y sangre si es necesario.
- Sondaje vesical con sonda Foley.
- Control de la diuresis.
- **Revisión de la cavidad uterina:** con la extracción manual de la placenta, legrado digital o instrumental si es necesario, la revisión del cuello uterino y canal vaginal bajo anestesia general.
- **Tono**
  - ✓ **Compresión y masaje bimanual;** es el procedimiento para controlar la hemorragia uterina atónica, pero es útil también para contener la hemorragia por restos placentarios y coagulopatías. Una mano presiona el fondo uterino hacia la sínfisis del pubis y la otra con los dedos índice y medio presiona el cérvix (debe sentirse las pulsaciones de las uterinas), puede requerirse compresión por 20 a 30 minutos.
  - ✓ Agentes uterotónicos:

- Oxitocina de 20-40 UI diluidas en un litro de solución salina a razón de 250 a 500cc en 10 minutos o 10UI/IM.
  - Metilergonovina 0,2 mg IM (si la paciente no es hipertensa)s
  - Misoprostol 1000 ug. 5 tabletas IR.
- **Trauma del canal de parto**
    - ✓ Si se identifica un desgarro se deberá reparar con sutura, siempre empezando por encima del vértice del mismo.
    - ✓ En inversión uterina realizar maniobras de reducción bajo anestesia general.
    - ✓ Ruptura uterina doble ligadura sin corte de uterinas, hipogástricas, reparo quirúrgico o histerectomía.
- **Tejido**
    - ✓ Revisión de cavidad
    - ✓ Legrado digital debe realizarse si no ha podido controlar la hemorragia con los procedimientos anteriores; se utiliza una cánula grande o una legra "banjo". El legrado puerperal está indicado en el sangrado tardío con diagnóstico ecosonográfico de restos placentarios.
- **Coagulopatias**
    - ✓ Paquetes eritrocitarios: son satisfactorios para reponer la pérdida sanguínea pero no contienen factores de la coagulación.
    - ✓ Plasma fresco congelado.
    - ✓ Paquetes de crioprecipitado: contienen todos los factores lábiles de la coagulación.
      - POR CADA PAQUETE GLOBULAR PASAR CUATRO CRIOPRECIPITADOS Y DOS PLASMAS
- **Otros procedimientos**
    - ✓ Embolización selectiva de los vasos pélvicos uterinos por angiografía, con la inyección de fragmentos de esponja de gelatina (Gelfoam®), este procedimiento requiere de un radiólogo intervencionista calificado.

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Consulte con la paciente, la pareja o la familia sobre los deseos de procreación futura, para tomar una decisión de histerectomía Vs. cirugía conservadora.

Si se decide conservar el útero:

- Presión de oclusión de la aorta: es un procedimiento temporal que permite compensar la hipotensión, buscar asistentes expertos y planificar el procedimiento quirúrgico.
- Ligadura de arterias uterinas; 2 a 4 cm. por dentro del paquete vascular en el miometrio a través de una zona avascular del ligamento ancho. Si el procedimiento se realiza durante una cesárea la ligadura se realiza inmediatamente por debajo de la incisión uterina. Se utiliza sutura absorbible con aguja grande.
- Ligadura de arterias ilíacas internas (hipogástricas). Se aísla la arteria y se colocan dos ligaduras de seda en el punto en que esta se origina de la arteria ilíaca común.
- Sutura de abrazadera de B-Lynch: con sutura absorbible (catgut 2 de 90 cm.) se punciona el útero desde el segmento (a través de una incisión segmentaria anterior) hasta los cuernos uterinos, se aplica compresión al útero, se ajusta la sutura y se anuda.

En los casos de placenta percreta puede requerirse, a más de la histerectomía, la resección de órganos adyacentes.

Inversión uterina

Suspensión de oxitocicos en infusión

Posición de Trendelenburg.

- Reducir el fondo uterino junto con la placenta (si aún está adherida) para lo que se empujan lenta y continuamente siguiendo el eje del útero. Si la placenta

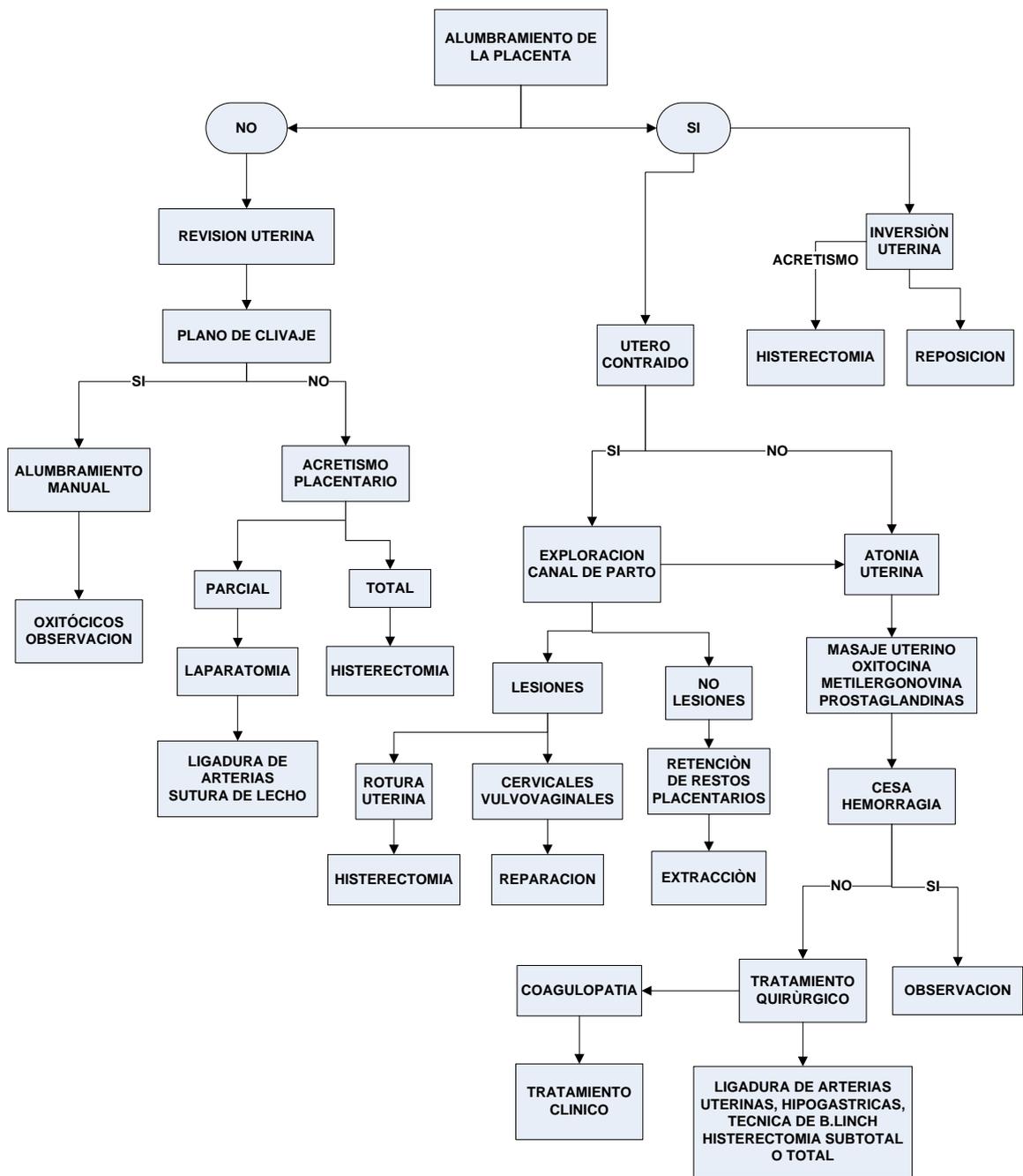
está adherida no desprenderla hasta haber repuesto el útero y canalizado una vía intravenosa de buen calibre.

- Si ha fracasado este intento, se aplicará anestesia general con halotano.
- Se coloca el puño del operador en el útero y se lo empuja hacia la pelvis a través del cuello dilatado; se suspende el tocolítico e inmediatamente se administra oxitocina o alcaloides del cornezuelo de centeno (ergotrato si no existe contraindicación) o prostaglandinas. Se debe mantener compresión y masaje bimanual del útero hasta que este se contraiga bien y cese la hemorragia. La placenta puede entonces extraerse.
- Debe iniciarse la administración de antibióticos:
  - Cefalexina 1 a 2 gr. En tres dosis cada 8 horas
- Mantener los oxitócicos o metilergonovina por 24 horas.
- Si los intentos por restituir el útero fracasan se debe realizar una reposición quirúrgica con histerotomía vertical segmentaria en la cara posterior.
- Atención multidisciplinaria.

En caso de coagulopatía de consumo se contraindica la realización de un tratamiento quirúrgico hasta haberse corregido mediante la reposición de los productos sanguíneos, plasma y crioprecipitados.

En todos los casos se realizará determinaciones seriadas del hematocrito para evaluar la necesidad de reponer sangre y luego de hierro cuando se restituya la ingestión de alimentos.<sup>xix</sup> La hipotensión postparto puede provocar necrosis parcial o total de la hipófisis (Síndrome de Sheehan), insuficiencia renal o daño en otros órganos, que requerirán tratamientos de especialidad.

**SANGRADOS DEL TERCER PERIODO DEL PARTO**



## **4. OTRAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

### **4.1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

#### **CODIFICACIÓN CIE 10**

#### **CODIFICACIÓN CIAP 2**

#### **DEFINICIÓN**

Es la rotura prematura de membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA), comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y con la vagina.

En alrededor del 80% de los casos ocurre a término, y va seguida del inicio del parto en cerca del 90% de las veces en un plazo de 48 horas.

Es la causa de alrededor del 40% de los partos pretérmino y del 10% de la mortalidad perinatal.

#### **CLASIFICACIÓN**

Se pueden establecer clasificaciones en función de:

1. Lugar de las membranas:
  - Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación).
  - Rotura baja (cuando no hay bolsa amniótica por delante).
2. Semanas de gestación:
  - Antes de la 31 semana.
  - De la 31 a la 35.
  - De la 36 en adelante.

## DIAGNÓSTICO

1. Historia clínica completa.
2. Exploración obstétrica básica diaria, NST.
3. Constatación de la salida de LA por los genitales (con maniobra de Valsalva o utilización de espéculo estéril, colocación de compresa vaginal en vulva y examen visual luego de una hora).
4. Cristalografía del LA.
5. Ecografía: constatación de oligoamnios, valorando el índice volumétrico.
6. Establecer con exactitud la edad gestacional de la gestante tomando en caso de duda la más inferior para decidir la actitud terapéutica, así como comprobar la madurez pulmonar fetal (MPF) en las semanas inferiores a 36.
7. Descartar al principio y periódicamente la existencia de una corioamnionitis (monitoreo diario de temperatura, BH, PCR cuantitativo).
8. Descartar hipoxia y posibles malformaciones fetales.

## TRATAMIENTO COMÚN PARA TODOS LOS CASOS

### Hospitalización

- ✓ Control de temperatura y pulso cada 6 horas de.
- ✓ A continuación se desinfectará la vulva y la vagina y se realizará un único tacto vaginal para valorar con el I. de Bishop las condiciones del cuello uterino, sin introducir los dedos en el canal cervical.
- ✓ Exploración obstétrica básica NST, seguirá realizándose diariamente, NST no reactivo o de dudas de si puede estar gestándose una infección, se realizará un perfil biofísico para intentar aclarar mejor la situación fetal.

### Si hay signos de corioamnionitis o hipoxia:

- ✓ Terminar la gestación después del límite establecido de viabilidad fetal para cada servicio por la vía más adecuada a criterio del equipo obstétrico.

- ✓ En casos de sufrimiento fetal crónico con feto inmaduro desde el punto de vista pulmonar, podrá valorarse demorar la extracción hasta terminar el tratamiento con corticoides.
- ✓ En caso de malformaciones fetales tomar las decisiones a la luz de la gravedad de las mismas y valorando las repercusiones en la madre y el feto.
- ✓ Se prohíbe realizar tactos vaginales hasta que la mujer se encuentre en trabajo de parto
- ✓ Tratar las infecciones endocervicales, vaginales y amnióticas.
- ✓ En caso de existir signos clínicos de corioamnionitis **TERMINAR EL EMBARAZO CUANTO ANTES.**
- ✓ **Antibióticoterapia:** Ampicilina 2gr.IV cada 6 horas más gentamicina 5 mg/K/d IV.

#### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- ✓ ecografía cada semana para ver la evolución del oligoamnios.
- ✓ BH y Proteína C Reactiva cuantitativa una vez al día.
- ✓ Cultivo endocervical y de vagina para Gram, cultivo para Estreptococo del grupo B, gonococo y chlamidias antes de realizar desinfección vaginal
- ✓ Urocultivo.

..

#### **TRATAMIENTO RPM A TÉRMINO**

##### **Tratamiento**

##### **a) Tratamiento Antibiótico**

Ampicilina 2 gr. iniciales seguido de 1 gr/4h. si la gestante es alérgica a la penicilina: Eritromicina 500mgr./6h. VO hasta la salida del feto y considerar el tratamiento antibiótico a los 5-7 días a la luz de los resultados clínicos y de los cultivos realizados.

**b. Gestaciones de 36 o más semanas:**

- ✓ Si el I. de Bishop resulta > 4 realizar inducción del trabajo de parto (según protocolo de parto).

**TRATAMIENTO RPM PRE TÉRMINO****SEGÚN EDAD GESTACIONAL:****1. <31 semanas**

- ✓ Intentar llegar a la semana 31.
- ✓ Tratamiento
  - Antibióticos.
  - Corticoides.
  - Tocolíticos

**Si hay signos de corioamnionitis o de hipoxia fetal: Acabar Gestación.**

1. Atención al riesgo de **edema Agudo de Pulmón** con la asociación Corticoides + Betamiméticos.

**2. Antibióticos:**

- 2 g. de Ampicilina iniciales luego 1 g / 4h más gentamicina 5mg/K/día I.V.
- Si hay alergia a la penicilina: clindamicina 900mg I.V./8horas hasta el parto.
- Revalorar el esquema antibiótico a los 4 días si no hay respuesta

**3. Corticoides:**

- **Betametasona** 12 mg / día por 2 días.

**Gestaciones de 31 a 35 semanas:**

- ✓ Intentar llegar a la mayor edad gestacional posible.
- ✓ Tratamiento
  - Antibióticos.
  - Corticoides.
  - Tocolíticos.

- Finalizar la gestación cuando se comprueba Madurez Pulmonar Fetal o hay signos de corioamnionitis.
- ✓ Si I. de Bishop > 5 inducción.
- ✓ Si I. de Bishop <5 :
  - Expectante 24- 48 horas prostaglandinas a las 12 horas.
  - Inducción o cesárea electiva a las 12, 24-48 horas.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### Nivel I

- Diagnosticar la RPM y la vitalidad fetal.
- Tomar muestras de laboratorio (BH, PCR).
- Iniciar tratamiento antibiótico y tocolítico.
- Referir al nivel II o III.

### Nivel II o III

- Tratamiento específico de los casos.
- Contrarreferir al alta de la paciente.

## 4.2. SHOCK SÉPTICO

### DEFINICIÓN

- **Sepsis:** Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociada a foco infeccioso conocido o sospechoso.
- **Sepsis severa:** Insuficiencia circulatoria sistémica con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteraciones de conciencia.  
**Shock séptico:** estado de choque asociado a una sepsis que puede llevar a falla multiorgánica reversible o irreversible en función de la etapa del shock.

## **Etiología**

Infección multibacteriana de los cuales los bacilos Gram negativos son los principales causantes de este síndrome.

## **Fisiopatología**

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

## **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

- Maniobras abortivas.
- Instrumentación séptica.
- Endometritis puerperal.
- Pielonefritis.
- Corioamnionitis.
- Cesárea y parto en condiciones de riesgo (condiciones sépticas).
- RPM más de 6 horas.
- Anemia y estado nutricional deficitario.

## **CUADRO CLINICO**

### **Criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica:**

- Temperatura: Mayor de 38 o menor de 36° C.
- Taquicardia materna: FC mayor de 90 x min.
- Taquípnea: FR mayor de 20 x min.
- Fórmula leucocitaria: mayor de 12.000 o menor de 4.000 con desviación izquierda (abastados mayor de 10%).

### **En shock séptico:**

- Pulso rápido y débil.

- Presión arterial baja: sistólica menor de 90 mmHg.
- Palidez.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Ansiedad, confusión o inconciencia.
- Oliguria (orina menor de 0.5 ml x Kg. de peso/min. o menor de 40 cc).

## **DIAGNOSTICO**

### **Criterios de diagnóstico**

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

### **CAUSAS DE SEPSIS**

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

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

- Biometría Hemática.
- Perfil de coagulación: TP TTP, fibrinógeno, plaquetas.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- VIH con consentimiento informado.

- Glucosa, urea, clearance de creatinina.
- TGO, TGP, bilirrubina total y fraccionada. Electrolitos.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Tinción de gran.
- Hemocultivo (2 muestras de inicio).
- Cultivo de secreción cervical o endouterina.
- Examen de orina.
- Urocultivo y antibiograma.
- Gasometría.
- Ecografía abomino-pélvica.
- Rx estándar de torax y Simple de abdomen y pelvis.
- Resonancia o Tomografía selectiva.

## **MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

### **Nivel I**

- Identificar problema.
- Canalizar vía con Lactato Ringer o Solución salina 0.9 %
- Transferencia inmediata a nivel III

### **Nivel II**

#### **Medidas generales y terapéutica**

- Detección de signos de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémica y factores asociados.
- Asegurar vía respiratoria.
- O2 por cateter nasal 6 litros/minuto.
- Colocar vía endovenosa segura y colocar lactato o solución salina al 0,9%.
- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal capacitado: Ampicilina 1 gr. IV pp, Gentamicina 160 mg IM cada 24 horas, si la paciente no manifiesta alergia

medicamentosa.

- Sonda Foley.
- Referir inmediatamente a establecimiento de nivel III con Hoja de transferencia debidamente llenada, acompañada.
- Coordinar con establecimiento de la referencia.
- Consentimiento informado.
- Transferencia a nivel III.

### **Nivel III**

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Continuar tratamiento antibiótico:
  - Cefalosporinas tercera o cuarta generación. IV cada 6 horas, más.
  - Clindamicina 600 mg IV diluida cada 8 hrs.Otra alternativa de antibióticos en función de resultado de cultivos respectivos.
- Colocar sonda Foley N° 16 con bolsa colectora.
- Monitorear diuresis.
- Tratamiento médico quirúrgico de acuerdo al caso, si existen condiciones adecuadas y personal capacitado.
- Hospitalización en unidades de cuidados intensivos.
- Reevaluar signos clínicos, exámenes de laboratorio y auxiliares para identificar y resolver el foco séptico.
- Continuar con tratamiento antibiótico iniciado en establecimiento en nivel anterior
- Manejo multidisciplinario.

### **Criterios de alta:**

Una vez resuelto el factor etiológico y estabilizada la paciente.

Transferencia a sala de cuidados intermedios.

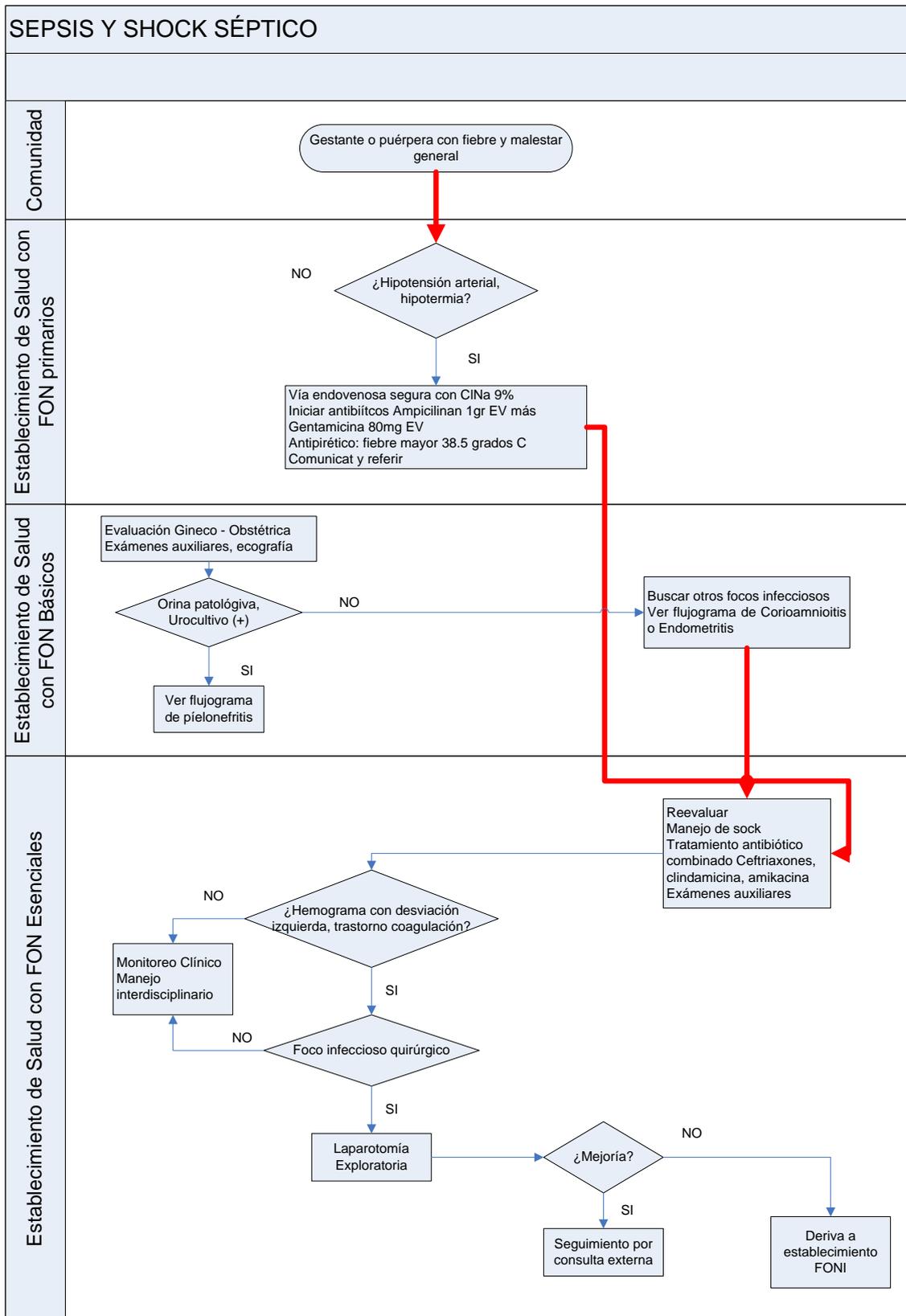
Alta de acuerdo a evolución clínica de la paciente.

**Pronóstico:**

De acuerdo al germen y compromiso sistémico.

**COMPLICACIONES**

- Falla multiorgánica.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Muerte.



### 4.3. SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

**CODIFICACIÓN CIE 10:**

**CODIFICACIÓN CIAP 2:**

#### **DEFINICIÓN**

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

#### **ETIOLOGÍA**

**Hemorrágico:** el más frecuente:

- Hemorragia interna: embarazo ectópico roto, folículo hemorrágico:
- Hemorragia externa: aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria (acretismo), desgarros cervicales y/o perineales.

#### **No hemorrágico**

- Pérdidas intestinales: Por vómitos, diarreas, etc.
- Pérdidas extraintestinales: Por uso de diuréticos, por ejemplo.
- Acumulación en el tercer espacio: En caso de ascitis, polihidramnios, obstrucción intestinal.

#### **Aspectos epidemiológicos**

Aproximadamente un caso por cada 100 partos, con una mortalidad materna de 2% y fetal del 65%.

## **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

La anemia, desnutrición y multiparidad de las pacientes, las hace más vulnerables al sangrado, así como la iatrogénica (mal uso de oxitocina o misoprostol). Así mismo es importante recalcar que existe una identificación tardía de la complicación por parte de las pacientes.

## **CUADRO CLÍNICO DEL SHOCK HEMORRAGICO**

- Sangrado vaginal abundante o sangrado oculto.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquípnea.
- Alteraciones de la conciencia.

## **CUADRO CLÍNICO DEL SHOCK NO HEMORRÁGICO**

- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.
- Alteraciones de la conciencia.

## **DIAGNÓSTICO**

### **Criterios diagnósticos**

- Identificación de antecedentes y factores de riesgo según etiología.
- Síntomas y signos:
- Pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales.
- Taquicardia (pulso mayor de 100 por minuto).
- Alteraciones de la conciencia.
- Hipotensión (presión arterial menor de 80/50).
- Oliguria (< a 0,5 ml/k/minuto).

- Cuadro clínico según intensidad de la pérdida sanguínea:

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Otras causas de shock: séptico y, neurogénico.

### **EXÁMENES AUXILIARES**

- Biometría Hemática.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación TP, TTP, Plaquetas.
- Pruebas cruzadas.
- VIH con consentimiento informado.
- Pruebas renales: Urea, creatinina.
- Glicemia.
- Gasometría.
- Ecografía.

### **MANEJO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Es importante poder conseguir:

- Control del foco de la hemorragia.
- Presión sistólica  $\geq 90$  mmHg.
- Volumen urinario \_mínimo 40cc/hora ( $> 0.5$  cc/Kg/minuto)
- Temperatura normal.
- Estado mental normal.

#### **Nivel I**

- Mantener vía aérea permeable.
- Nada por vía oral.
- Reposición del volumen circulante:

- Canalizar 2 vías IV seguras con catéter intravenoso N° 18.
- Infusión de 1 a 2 litros con lactato Ringer o CINA 9%, iniciar con 200cc a infusión continua, luego regular a 60 gotas por minuto.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal y Trendelenburg (si es gestante de la segunda mitad del embarazo, en decúbito lateral izquierdo).
- Abridada.
- Colocar sonda Foley y bolsa recolectora.
- Referir inmediatamente a nivel III con acompañamiento y Hoja de transferencia.
- Coordinar la transferencia con el lugar de recepción.

### **Signos de alarma**

- La pérdida de conocimiento.
- Alteración significativa de las funciones vitales.
- Hemorragia profusa.

### **Nivel II**

- Hospitalizar.
- Continuar con medidas iniciadas en nivel I.
- Oxigenoterapia con cateter nasal a 6 litros/minuto.
- Dos buenas vías con catlon 18 o vía central.
- Lactato Ringer o CINA 0.9% 2000 cc iniciar con 300cc a infusión continua hasta disponer de sangre.
- Sangre total en función de la pérdida sanguínea (por lo menos dos paquetes globulares).
- Factores de coagulación (ocho crioprecipitados y 4 plasmas congelados)
- Resolución quirúrgica mandatoria.
- Transferir a III nivel en caso necesario.
- Coordinar la transferencia con hoja de transferencia debidamente llenada, con acompañante.

### **Nivel III**

#### **Hospitalización en unidad de cuidados intensivos:**

- Continuar con medidas iniciadas en nivel I y II.
- Catéter venoso central.
- Solicitar hematocrito, hemoglobina, Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación (TP, TTP, Plaquetas), pruebas cruzadas.
- Electrolitos y gases en sangre arterial.
- VIH con consentimiento informado.
- Bioquímica: urea y creatinina.
- Examen de orina.
- Manejo interdisciplinario especializado.
- Hacer firmar el consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Continuar con oxigenación, mantener si saturación de O<sub>2</sub> < 90% y PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg.
- Transfusión de paquetes globulares en los casos de anemia aguda con Hb menor a 8 g%, o la anemia es sintomática (taquicardia, hipotensión, alteración del estado de conciencia), independientemente del valor de la Hb. Tomar en cuenta los niveles de hemoglobina según altitud-dosis.
- Identificar y corregir la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo. Considerar necesidad quirúrgica.

#### **Criterios de alta**

Una vez resuelto el factor etiológico y estabilizada la paciente.

Transferencia a sala de cuidados intermedios.

Alta de acuerdo a evolución clínica de la paciente.

### **Pronóstico**

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

### **COMPLICACIONES**

- Anemia aguda.
- Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- Insuficiencia renal.

## **4.4. PANHIPOPITUITARISMO**

### **DEFINICIÓN**

- **Sepsis:** Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociada a foco infeccioso conocido o sospechoso.
- **Sepsis severa:** Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteraciones de conciencia.
- **Shock séptico:** estado de choque asociado a una sepsis. Con fines prácticos presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg en una paciente séptica a pesar de la administración a goteo rápido de 2000 cc de solución salina o Lactato Ringero de 1000 cc de coloide que puede llevar a falla multiorgánica irreversible

### **Etiología**

Infección bacteriana de los cuales los bacilos Gram negativos son los principales causantes de este síndrome.

## **Fisiopatología**

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

## **Epidemiología**

La mortalidad materna relacionada a la sepsis es la tercera causa de muerte materna a nivel país según el SVEeIMM/MSP.

## **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

- Manipulación de la vía genitourinaria para procedimientos terapéuticos.
- Maniobras abortivas.
- Endometritis puerperal.
- Pielonefritis.
- Corioamnionitis.
- Cesárea en condiciones de riesgo.
- Parto no institucional.
- RPM más de 6 horas.
- Extracción manual de placenta.
- Anemia y estado nutricional deficitario.

## **CUADRO CLINICO**

### **Criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica:**

- Temperatura: Mayor de 38 o menor de 36° C.
  - Taquicardia materna: FC mayor de 90 x min.
  - Taquípnea: FR mayor de 20 x min.
  - Fórmula leucocitaria: mayor de 12.000 o menor de 4.000 o desviación izquierda (abastados mayor de 10%).
- **En shock séptico:**

- Pulso rápido y débil.
- Presión arterial baja: sistólica menor de 90 mmHg.
- Palidez.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Ansiedad, confusión o inconciencia.
- Oliguria (orina menor de 0.5 ml x Kg. de peso x hora o menor de 40 cc).

## **DIAGNOSTICO**

### **Criterios de diagnóstico:**

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

## **CAUSAS DE SEPSIS**

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

## **EXÁMENES AUXILIARES**

### **Laboratorio clínico**

- Biometría Hemática.

- Perfil de coagulación: TP TTP, fibrinógeno, plaquetas.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- VIH con consentimiento informado.
- Glucosa, urea, creatinina.
- TGO, TGP, bilirrubina total y fraccionadas. Electrolitos.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Tinción de gran.
- Hemocultivo (2 muestras de inicio).
- Cultivo de secreción cervical o endouterina.
- Examen de orina.
- Urocultivo y antibiograma.

#### **De imágenes**

- Ecografía abomino-pélvica.
- Rx estándar de torax.
- Simple de abdomen y pelvis.

#### **Pruebas especiales:**

- Gasometría.

### **MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

#### **Nivel I y II**

#### **Medidas generales y terapéutica**

- Detección de signos de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémica y factores asociados.
- Asegurar vía respiratoria.
- O2 por cateter nasal 6 litros/minuto.
- Colocar vía endovenosa segura y colocar lactato o solución salina al 0,9%.

- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal capacitado: Ampicilina 1 gr. IV pp, Gentamicina 160 mg IM cada 24 horas, si la paciente no manifiesta alergia medicamentosa.
- Sonda Foley.
- Referir inmediatamente a establecimiento de nivel III con Hoja de transferencia debidamente llenada, acompañada.
- Coordinar con establecimiento de la referencia.
- Consentimiento informado.

## **2. Signos de alarma:**

- Fiebre o hipotermia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea.
- Taquicardia.
- Oliguria.
- Alteraciones del sensorio.

## **Nivel III**

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Continuar tratamiento antibiótico:
  - Ampicilina 1 gr. IV pp cada 6 horas, más
  - Gentamicina 160 mg IV c/24 horas con microgotero.
- Otra alternativa de antibióticos:
  - Clindamicina 600 mg EV diluida cada 8 hrs. más.
  - Gentamicina IV c/8 hora s con microgotero o 160 mg IM /24 hs.
- Otra alternativa de antibióticos:
  - Ampicilina 1 gr. EV cada 6 horas, más
  - Gentamicina 80 mg IV c/8 hora s con microgotero o 160 mg IM /24 hs.
  - Metronidazol IV 500 mg c/6 horas.
- Colocar sonda Foley N° 16 con bolsa colectora.

- Monitorear diuresis.
- Tratamiento médico quirúrgico de acuerdo al caso, si existen condiciones adecuadas y personal capacitado.
- Referir inmediatamente a establecimiento con nivel II con oxigenoterapia a través de cánula nasal a 3 litros por minuto.

### **Nivel III**

- Hospitalización en unidades de cuidados intensivos. Lo mismo que el nivel I y II más.
- Reevaluar signos clínicos, exámenes de laboratorio y auxiliares para identificar y resolver el foco séptico.
- Continuar con tratamiento antibiótico iniciado en establecimiento en nivel anterior más cobertura para anaerobios Clindamicina 600mg cada 6 horas y/o Metronidazol 500 mg. Cada 8 horas o considerar otra alternativa de antibióticos de acuerdo a evolución o resultados y función renal.
- Manejo multidisciplinario.
- Tratamiento médico quirúrgico de acuerdo con el caso.

### **3. Criterios de alta:**

Una vez resuelto el factor etiológico y estabilizada la paciente.

Transferencia a sala de cuidados intermedios.

Alta de acuerdo a evolución clínica de la paciente.

### **4. Pronóstico:**

De acuerdo al germen y compromiso sistémico.

### **COMPLICACIONES**

- Falla multiorgánica.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Muerte

## 5. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

**CODIFICACIÓN CIAP 2**      W 81 Toxemia del embarazo  
   W 84 Embarazo de alto riesgo  
   W 99 Otros problemas o enfermedades del embarazo o parto.

**CODIFICACIÓN CIE 10**      **O 140**

### DEFINICIÓN

Hipertensión arterial se define como una tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg, en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una sola toma de 160/110 a partir de las 20 semanas de gestación.

### CLASIFICACIÓN

1. Hipertensión arterial gestacional
  - 1.1. Hipertensión inducida por el embarazo sin proteinuria y/o edema.
  - 1.2. Preeclampsia
    - 1.2.1. Leve.
    - 1.2.2. Severa.
  - 1.3. Eclampsia.
  
2. Hipertensión arterial crónica
  - 2.1. De bajo riesgo.
  - 2.2. Alto riesgo.
  
3. Hipertensión arterial crónica mas preeclampsia sobreañadida.

## 1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL.

### 1.1\_HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE)

Hipertensión desarrollada durante el embarazo, parto o puerperio en una mujer sin este cuadro previamente. El diagnóstico del cuadro antes de la semana 20 presumiblemente permitiría encuadrarlo en el apartado B excepto en casos de mola o embarazo gemelar.

1.2 PREECLAMPSIA: HIE con proteinuria (posibles edemas), puede ser leve o grave.

**Tabla I. Criterios para el diagnóstico de pre-eclampsia leve y grave**

<b>Pre-eclampsia leve (O 140)</b>	<b>Pre-eclampsia grave (O 141)</b>
Cefalea	Cefalea intensa
Edema*	Mareos, visión borrosa, escotomas centellantes
Hipertensión	Edema generalizado
Presión arterial sistólica $\geq 140$	Epigastralgia
Presión arterial diastólica $\geq 90$	Hipertensión de $\geq 160/110$
Proteinuria $\geq 300$ mg en 24 horas o de + en tirilla reactiva	Hiperreflexia
	Oliguria
	Proteinuria $\geq 3$ g en 24 horas o proteinuria de + + a + + + en tirilla
	Hiperuricemia, incremento de las enzimas hepáticas, plaquetas por debajo de 100000
	Restricción de crecimiento fetal

No es criterio diagnóstico, puede ser fisiológico.

1.3 ECLAMPSIA (O 15): episodios convulsivos generalizados durante embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

## 2. HIPERTENSIÓN CRÓNICA (O 10)

Hipertensión previa al embarazo o que se diagnostica antes de las 20 semanas.

## 3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA (O 14)

### DIAGNÓSTICO:

**Síntomas:** Deben ser considerados como síntomas de alerta especialmente a los vasomotores como:

- Cefalea.
- Visión borrosa.
- Escotomas Centellantes.
- Acúfenos.
- Amaurosis.
- Dolor epigástrico y/o hipocondrio derecho.
- Cualquier grado de alteración de la conciencia.

**Signos:** Deben ser considerados como signos de alerta y agravamiento del proceso patológico:

- Edema patológico.
- Incremento patológico del peso corporal.
- Hiperreflexia o clono.
- Convulsiones o estado comatoso.
- Oligo-anuria.
- Signos de focalización neurológica.

1. Hipertensión arterial; es el más importante y se define como una tensión arterial sistólica (TAS)  $\geq$  a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica (TAD)  $\geq$  a 90 mm Hg.
2. Proteinuria;  $>$  a 300 mg en 24 horas o proteinuria de + en una tirilla reactiva.  
Edema; el incremento  $>1$  K de peso por semana se consideró como una señal

preocupante, en la actualidad el edema ha sido omitido por los expertos para la definición de pre-eclampsia.

3. Otros síntomas como trastornos visuales, cefalea intensa, epigastralgia, ascitis, anasarca, oliguria, son premonitorios de convulsiones (eclampsia) y coma.

## **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

### 1. Laboratorio

- a. Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, coagulograma en caso de alteraciones severas.
- b. Evaluación de la función renal: creatinina plasmática, uremia, uricemia, proteinuria de 24 horas, sedimento y urocultivo.
- c. Evaluación hepática: transaminasas y bilirrubinas, deshidrogenasa láctica

Se consideran resultados de alerta o gravedad:

**Hemoconcentración:** Valores de hematocrito mayores de 37%.

**Proteinuria patológica:** Valores mayores de 300mg/24 horas (Preeclampsia).

**Deterioro de Función Renal:** Creatinina mayor de 0,8 mg/dl.

**Hiperuricemia:** Valores mayores de 5,5 mg/dl.

**Daño Hepático:** TGO y TGP mayores de 70 U/l (HELLP).

**Coagulopatía:** Plaquetas menores a 100.000/cm<sup>3</sup> (HELLP).

### 2. Evaluación fetal

Se deberá evaluar el crecimiento fetal y la cantidad de líquido amniótico a través de una ultrasonografía; si es normal se puede repetir cada 4 semanas.. Existe evidencia de la utilidad de la velocimetría doppler en los embarazos de alto riesgo para el diagnóstico de sufrimiento fetal el mismo que puede ser complementado por un monitoreo electrónico.

Se consideran resultados de alerta o gravedad.

Deterioro del bienestar fetal:

- Perfil biofísico fetal anormal (eco obstétrico).
- Retardo de crecimiento intrauterino (eco obstétrico).
- Alteración del monitoreo electrónico cardíaco fetal.
- Hallazgos de sufrimiento fetal agudo o crónico.

Incremento de resistencias vasculares

Índices de resistencia en arteria uterina, umbilical y cerebral media 0,5 en el eco – flujometría – doppler a partir de las 28 semanas de gestación.

3. Ultrasonografía hepática.
4. Evaluación cardiológica: electrocardiograma.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se establecerá con aquellos procesos que cursen con hipertensión arterial crónica independiente del embarazo (tabla III).

**Tabla III. Causas de hipertensión arterial**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipertensión esencial crónica.</li> <li>▪ Hipertensión crónica causada por enfermedad renal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Glomérulo nefritis aguda y crónica.</li> <li>✓ Lupus eritematoso sistémico.</li> <li>✓ Glomeruloesclerosis diabética.</li> <li>✓ Esclerodermia.</li> <li>✓ Poliarteritis nodosa.</li> <li>✓ Enfermedad renal poliquística.</li> <li>✓ Estenosis vascular renal.</li> <li>✓ Insuficiencia renal crónica con tratamiento mediante diálisis.</li> <li>✓ Trasplante renal.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipertensión crónica causada por enfermedad endocrina               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermedad y síndrome de Cushing.</li> <li>✓ Hiperaldosteronismo primario.</li> <li>✓ Tirotoxicosis.</li> <li>✓ Feocromocitoma.</li> <li>✓ Acromegalia.</li> </ul> </li> <li>▪ Hipertensión arterial causada por coartación de la aorta</li> <li>▪ Otros               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de sustancias simpático miméticas</li> <li>Ansiedad y dolor durante el trabajo de parto y puerperio</li> </ul> </li> </ul>
--	--

El diagnóstico diferencial de la eclampsia se realizará con procesos que puedan presentar convulsiones (fundamentalmente epilepsia y encefalitis). Si bien es difícil la

diferenciación, en principio se pensará en eclampsia cuando se instauren episodios convulsivos en una gestante hipertensa hasta 7 días después del parto.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### Nivel I

La evaluación de la embarazada, la identificación de factores de riesgo (tabla IV) y la atención apropiada del control prenatal, parto y la oportuna referencia al nivel II o III son factores claves para prevenir complicaciones en la mayoría de casos.

**Tabla IV. Factores de riesgo asociados a los estados hipertensivos del embarazo (SEGO)**

Mujer primigesta	Retención patológica de líquidos
Procesos hipertensivos previos	Nefropatías
Diabetes	Hiperuricemia
Polihidramnios	Estados nutricionales carenciales
Embarazo múltiple	TA diastólica límite (80-85 mmHg)

En caso de atender por emergencia un caso de ECLAMPSIA en el Nivel I se debe indicar:

1. Reposo absoluto con las seguridades de fijación e inmovilización con la cabeza en hiperextensión y hacia un lado, para permeabilizar las vías aéreas.
2. Tratamiento farmacológico de la crisis convulsiva Se debe administrar sulfato de magnesio 4 a 6 g en 20 minutos diluidos en solución salina o lactato (2 a 3 ampollas), seguida por infusión de 1 a 2g/hora en 100cc de líquido por hora, si el desplazamiento de la paciente tomará tiempo.

### SULFATO DE MAGNESIO:

2 ampollas al 2% en 100cc de cualquier solución, perfundir en 20 minutos, luego diluir 5 a 10 ampollas en 1000cc, perfundir 100 cc por hora por 24 horas. La dosis

dependiendo de diuresis (50cc/hora), reflejos (presencia de reflejo patelar) y respiración (14/minuto),

Antídoto del sulfato de magnesio: Gluconato cálcico: 10 ml al 10% I.V.

En caso de no disponer de sulfato de magnesio NO utilizar fenobarbital. Utilizar diazepam 10mg. IM una dosis<sup>xx</sup> o fenitoína 750mg IV en bolo y 250 mg cada 8 horas IV<sup>xxi</sup>

**NIFEDIPINA.-** Paciente conciente: nifedipina 10mg VO cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg. cada seis horas no pasar de 60 mg.

**HIDRALAZINA.-** Paciente inconciente: Hidralacina 5 mg en bolo en 20 minutos si TAD no baja de 110 administrar otro bolo de 5 mg en 20 minutos, y en 20 minutos otro de 10mg si no hay respuesta

**LA PRESIÓN ARTERIAL DIÁSTOLICA CON EL USO DE HIPOTENSORES NO PUEDE BAJAR DE 90 mm Hg.**

#### **CRITERIOS DE REFERENCIA**

- Madre estabilizada e hijo pretérmino vivo: exigir referencia con transporte con equipo especializado.
  - Madre estabilizada e hijo vivo a término: asistir el parto de acuerdo a las condiciones obstétricas.
  - Madre estabilizada y óbito fetal resolver en el mismo nivel o valorar transferencia.
3. Control de signos vitales especialmente la presión arterial.
  4. Procurar un ambiente tranquilo con luz tenue y sin otros estímulos.
  5. Colocar cánula de Guedel o un baja-lenguas envuelto en gasa para evitar traumatismos en la lengua.

6. Aspirar secreciones
7. Colocar sonda vesical permanente para controlar diuresis que no debe ser menor a 30cc/hora
8. Referir inmediatamente con su acompañante al nivel III
9. En caso de parto inminente atenderlo y transferir inmediatamente al nivel que tenga la capacidad resolutive del caso

### **Nivel II**

Manejar: Hipertensión crónica de bajo riesgo.  
Preeclampsia leve.  
Eclampsia ver manejo en nivel I.

### **Nivel III**

Manejar: Preeclampsia grave.  
Eclampsia.  
Síndrome de HELLP.  
Hematoma subcapsular hepático.  
CID.  
Edema Agudo de Pulmón.  
Insuficiencia renal.  
Hemorragia cerebral.

El parto se realizará en los centros capacitados para una correcta atención materna y neonatal. La carencia de los medios adecuados obligará, si es factible, al traslado a un centro de nivel asistencial superior para tal fin una vez estabilizada la paciente.

Las pacientes embarazadas hipertensas tienen riesgo de volverse hipertensas crónicas, por lo que deberán ser, a su vez, contrarreferidas a las unidades de Nivel I para control de su tensión arterial a largo plazo y deberán ser atendidas en el Nivel II en caso de un nuevo embarazo.

## **TRATAMIENTO**

El objetivo primordial estará en mantener una Tensión Arterial Diastólica (TAD) entre 90 a 100 mmHg, evitando caídas bruscas de la misma que pudieran comprometer la perfusión placentaria.

## **CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

### **HIPERTENSIÓN CRÓNICA**

1. Ambulatoria: control semanal si es alto riesgo o quincenal si es de bajo riesgo.
2. Alfa-metildopa: 250-500 mg. cada 6-8 horas , si no hay respuesta utilizar Amlodipina empezar con dosis diaria de 2.5 a 5 mg hasta un máximo de 10mg/d

### **PRE-ECLAMPSIA**

Dentro de la clasificación se cataloga como leve o grave, pero dadas las características clínicas y los riesgos, consideramos a toda preeclampsia como grave, por ser un estado patológico progresivo y porque no hay presión arterial de convulsión, por ende el tratamiento no debe ser ambulatorio.

Objetivos básicos: Diagnóstico precoz para prevenir las convulsiones  
Asegurar el bienestar materno – fetal

Son elementos fundamentales:

- Hospitalización para posibilitar un tratamiento controlado.
- Dieta adecuada.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Evaluación de la madurez pulmonar fetal.
- Evaluación de crecimiento y vitalidad fetal.
- Tratamiento farmacológico (antihipertensivo, anticonvulsivo).

- No usar diuréticos de rutina.

### **GRADO LEVE**

- Reposo absoluto con aislamiento en ambiente tranquilo, exento de estímulos.
- Reposo decúbito lateral.
- Peso diario.
- Control de Ingesta-excreta diario.
- Control de Presión arterial cada seis horas y nocturna si amerita.
- Control de reflejos.
- Control de fondo uterino.
- Control de frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.
- Dieta: Normocalórica, hiperproteica, sin restricción de sodio ni de líquidos. No se recomienda tampoco la reducción de peso durante el embarazo inclusive en mujeres obesas<sup>xxii</sup>.
- No utilizar hipotensores.
- Sulfato de magnesio de acuerdo a esquema explicado.

### **Manejo fetal**

- a. Ecografía obstétrica de ingreso.
- b. Sobre las 28 semanas flujometría dopler más perfil biofísico fetal, repetir de acuerdo a evolución.
- c. NST sobre las 32 semanas y repetir cada semana de acuerdo a las normas.
- d. Posibilidad de amniocentesis (verificar madurez fetal).
- e. Si no hay madurez pulmonar fetal, productos menores de 34 semanas, utilizar glucocorticoides en forma rápida Betametasona 12 mg IM cada 24h por dos dosis o dexametasona 10 mg. IM cada 12 horas por dos días. Según norma del MSP dexametasona 6mgs cada 12 x 4 dosis.

**GRADO SEVERO**

- a. Reposo absoluto decúbito lateral sin estímulos (auditivos – visuales).
- b. NPO.
- c. Peso diario.
- d. Control de Signos vitales cada hora.
- e. Control de frecuencia respiratoria, reflejos, frecuencia cardiaca materna.
- f. Controlar: Tensión arterial por hora.
- g. Oxígeno 2 litros por bigotera.
- h. Canalizar vía periférica y central con solución salina 60 a 125 ml/hora (Solicitar exámenes).
- i. Sonda vesical permanente: excreta igual o más de 1ml/kg/hora.
- j. Sulfato de magnesio<sup>xxiii</sup> 4 a 6 g (diluido en 100 ml) en 20 minutos, seguida por infusión de 1 a 2 g/hora por lo menos por 24 horas. Se valorará cada 4 horas los reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria (12 x minuto) diuresis (al menos 100 ml en 4 horas)<sup>xxiv</sup> Si el manejo será expectante se debe suspender SO<sub>4</sub>Mg luego de 24 a 48 horas.
- k. Utilización de hipotensores según opciones:
  1. SI TAD > o = 110 utilizar Hidralacina en bolos dosis de inicio: 5 mg IV diluido en suero fisiológico. Repetición cada 20 min. (según TA) total máximo 30 mg, administrar acorde a respuesta de tensión arterial hasta mantener niveles estables (valores no menores de 90 mm Hg de TAD. Hidralacina no se comercializa en el País a pesar de ser de primera elección.
  2. Nifedipina 10 mg vía oral c/20 minutos hasta un máximo de 3 dosis que puede administrarse por vía oral para obtener una mayor rapidez de acción. Se continuará con 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas hasta 120 mg día total.
  3. Drogas alternativas si no hay respuesta:
    - i. Labetalol: en bolos; I.V. 50 mg en inyección lenta cada 10 min. (máximo cuatro dosis).
    - ii. Nitroprusiato: (perfusión I.V. continua en UCI).

- l. Hidratación: La dosis total de líquidos a infundir en 24 horas debe ser de 2400 a 2800 ml (100 a 120ml/hora) en base a D/A al 5% con soletrol Na 20ml y soletrol K 20 ml que deben estar repartidas en :
1. Solución con sulfato de magnesio: 1200 a 1800 ml. (2 a 3 g. por hora).
  2. Oxitocina: 500 a 1000 ml. Falta la dosis de oxitocina.
  3. Hidralacina y otros: 100 a 1000 ml.
- m. Proteinuria por tirilla, BH, plaquetas, TP, TTP cada 24 horas.
- n. Transaminasas y creatinina cada 48 horas.

### **Manejo fetal**

- o. Si el embarazo es menor de 34 semanas realizar maduración fetal con Betametasona 12 mg IM cada 24h por dos dosis o dexametasona 10 mg. cada 12 horas por dos días y esperar de ser posibles 48 horas para finalizar el embarazo. Dexametasona 6 mgs c /12 hrs.
- p. Si hay deterioro del estado materno terminar el embarazo independientemente de la edad gestacional.
- q. Tratamiento específico de las complicaciones que se puedan instaurar: coagulopatías, lesiones cerebrales, etc. (DERIVAR A UCI) con equipo multidisciplinario.

### **TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

#### **Causas maternas:**

- ✓ Hipertensión arterial incontrolable.
- ✓ Signos premonitorios de eclampsia (cefalea persistente, signo de Chaussier, escotomas).
- ✓ Trombocitopenia (< de 100.000).
- ✓ Alteración al doble el valor de transaminasas.
- ✓ Cambios visuales.
- ✓ Desprendimiento de placenta normoinserta.
- ✓ Edema Agudo de Pulmón.

### Causas Fetales

- ✓ Desaceleraciones tardías.
- ✓ Perfil biofísico <4 observado en dos ocasiones, con un intervalo de 4 horas
- ✓ Índice de líquido amniótico < de 2 cm.
- ✓ Peso fetal menor al percentil 5.
- ✓ Índice de resistencia: inversión de flujo en diástole de la arteria umbilical.

Se mantiene el embarazo con conducta expectante cuando no aparecen los parámetros antes enunciados.

### VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

#### La preeclampsia no es indicación de cesárea

Por causas obstétricas o fetales la decisión dependerá:

- ✓ Bishop inadecuado, sin respuesta a maduración cervical con misoprostol 25 mcg; menos de 2000g. de peso y menos de 30 semanas. Vía alta.
- ✓ Bishop inadecuado, se realizará maduración cervical más conducción.
- ✓ De preferencia la vía vaginal es la indicada.

**Tabla V. Indicaciones para terminar el embarazo**

1. Presión arterial diastólica sostenidamente superior a 100 mm de Hg en un período de 24 horas o superior a 110 mm de Hg.	6. Eclampsia.
2. Creatinina sérica en aumento.	7. Edema pulmonar.
3. Síntomas premonitorios.	8. Pruebas de bienestar fetal anormales.
4. Pruebas anómalas de función hepática.	9. Restricción del crecimiento fetal.
5. HELLP.	

Se recomienda el parto vaginal, si no existe contraindicación obstétrica o fetal. La analgesia peridural es el método recomendado para el alivio del dolor. La cesárea (con anestesia peridural) se indica en casos de pre-eclampsia grave con una edad

gestacional menor a las 30 semanas y cuello desfavorable.

Durante el parto se debe tener como meta a la detección precoz de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, la detección precoz de la progresión de la enfermedad a pre-eclampsia severa y eclampsia, y la prevención de las complicaciones maternas.

## **POSTPARTO**

- Mantener sulfato de magnesio por 24 horas.
- Control de la tensión arterial con hidralacina IV si es necesario.
- Nifedipina oral según esquema por siete a diez días.

La paciente deberá considerarse de alto riesgo para un nuevo embarazo.

Deberá manejarse al recién nacido en función del alto riesgo para las complicaciones fetales que incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, y muerte perinatal.

Planificación familiar: debería ser obligatoria por la recurrencia frecuente y la morbimortalidad del síndrome

## **MANEJO DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES**

### **ECLAMPSIA**

1. Control en UCI con valoración de finalización del embarazo.
2. Atención general similar a la de otros procesos convulsivos y al manejo referido al grado severo.
3. Control permanente de estado de conciencia, reflejos, frecuencia respiratoria y cardíaca.
4. Oxígeno por mascarilla con un FiO<sub>2</sub> de 0,4 (40%).
5. **Control de convulsiones:** Sulfato de magnesio: (SO<sub>4</sub>Mg) al 20% (ampolla 10cc).

- ✓ Dosis de ataque: 6 g. IV diluido en D/A al 5% lento en 15 minutos. Si persisten las convulsiones luego de 20 – 30 minutos administrar 2 g. adicionales.
  - ✓ Dosis de mantenimiento: 40 gr. Diluidos en 800 m. de D/A 5% (4g. por cada 100ml.) I.V. a un ritmo de 2 a 3 g. por hora (50-75 ml/hora) administrados con bomba de infusión. Se administrará desde el ingreso de la paciente hasta por mínimo 24 horas post parto. El ritmo de la infusión de mantenimiento se regulará en función del control de signos de intoxicación por SO<sub>4</sub>Mg (magnesemia).
    - Reflejos osteotendinosos: evaluar hipo o arreflexia.
    - Frecuencia respiratoria: evaluar bradipnea (menor 12/minuto).
    - Diuresis horaria: evaluar oliguria (menor de 30 ml/hora), procurando mantener niveles terapéuticos en sangre (4,8 a 8,4 mg/dL).
6. **Control de la hipertensión arterial:** Si TAD  $\geq 110$  mm Hg tratando de mantener TAD alrededor de 90 mmHg, con el fin de no deteriorar la perfusión útero placentaria. Aplicación de la conducta hipotensora descrita en el grado severo.
  7. Control de magnesemia ( $< 9 \mu\text{gr/l}$  o  $< 9 \text{mg/dL}$ ), reflejos rotulianos y frecuencia respiratoria.
  8. Posibilidad de antídoto: Gluconato cálcico: 10 ml al 10% I.V.
  9. TAC o RMN cerebral con el fin de descartar otro tipo de lesión neurológica.

## **TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

Se debe realizar en todos los casos de eclampsia indiferente de la edad gestacional, luego de la estabilización neurológica y hemodinámica de la paciente. En la medida de lo posible debe terminarse por vía baja, debiendo usar prostaglandinas para maduración cervical en casos alejados del término y oxitocina para conducir la labor cuando el caso lo amerite.

Se debe terminar el embarazo por vía alta solo por indicación obstétrica (sufrimiento fetal agudo, presentaciones anómalas, vía del parto inadecuada).

## **SÍNDROME HELLP**

Es una complicación del Estado Hipertensivo del Embarazo que se caracteriza por:

- H: Hemólisis microangiopática.  
 EL: Elevación de enzimas hepáticas.  
 LP: Plaquetas bajas.

El diagnóstico se establece por los siguientes criterios:

- ✓ Plaquetopenia: < 150.000 /ml.
- ✓ Anemia hemolítica: Alteraciones de la forma eritrocitaria como esquistocitos/eritrocitos en gota o fragmentados.
- ✓ LDH: > 600 U/L.
- ✓ Bilirrubinas elevadas: mayor de 1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta.
- ✓ Alteración hepática: TGO, TGP > 40 UI/L.
- ✓ Estudio imagenológico hepático positivo para hematoma subcapsular.
- ✓ Clínicamente son pacientes que generalmente cursan con una preeclampsia, un estado deteriorado de salud, frecuentemente presentan náusea, vómito, dolor epigástrico, ictericia.

### **Se clasifica en:**

En función del número de plaquetas

- Clase 1: plaquetas < a 50 000 plaquetas/microlitro.
- Clase 2: plaquetas > 50 000 a < 100 000 plaquetas/microlitro.
- Clase 3: plaquetas > 100 000 a < 150 000 plaquetas/microlitro.

Hemólisis y disfunción hepática:

- LDH: >600 UI/L
- TGO, TGP o ambas: >40 UI/L

En función del número de criterios diagnósticos presentes:

Completo

- < 100.000 plaquetas/ml.

- LDH: > 600 UI/L.
- AST: > 70 UI /L.

Incompleto

- ✓ Solo hay uno o dos de los criterios expuestos.

### **FACTORES DE GRAVEDAD**

Los siguientes elementos permiten predecir una evolución más grave de lo común y por ende una morbi-mortalidad materno – fetal elevada (morbilidad materna > 75%:

- ✓ Plaquetopenia clase 1
- ✓ LDH: > 1400 UI/L
- ✓ AST: > 150 UI/L
- ✓ ALT: > 100 UI/ L
- ✓ Acido Úrico: > 7,8 mg/dl
- ✓ Creatinina: > 1 mg/dl

### **TRATAMIENTO**

- Interrupción del embarazo.
- Brindar los mismos cuidados que en pre-eclampsia y eclampsia.
- Restitución de las plaquetas: 1 unidad por cada 10 Kg de peso, cuando las plaquetas están < 50.000/ml.
- Dexametasona 10mg cada 12 horas IV, en dos dosis hasta el parto y tal vez en el puerperio inmediato si el caso lo requiere o ampliarse por 48 a 96 horas hasta que se tengan datos de recuperación del síndrome<sup>xxv</sup>.
- La administración de expansores, plasma fresco o plaquetas está indicado en:
  - Síndrome de HELLP que presenta rápido deterioro.
  - Paciente que persiste sin datos de recuperación por varios días después del posparto.

- ✓ Si el embarazo termina por la vía alta se debe utilizar incisión mediana infraumbilical, a través del cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático.

### **HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO**

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. Es una complicación grave del Síndrome de HELLP que puede llevar a la morbilidad grave y prolongada e inclusive la muerte en un gran porcentaje de casos cuando se produce rotura.

### **DIAGNOSTICO**

- ✓ Presencia de preeclampsia o eclampsia complicada con síndrome de HELLP.
- ✓ Persistencia del dolor epigástrico o en abdomen superior a pesar del tratamiento correcto. La hepatomegalia es rara si se explora, se lo debe hacer con extremo cuidado para no provocar la rotura del hematoma.
- ✓ Signos de hipovolemia o anemia aguda.
- ✓ Visualización del hematoma por imagen: ecografía, TAC, RM.

### **TRATAMIENTO**

- ✓ El manejo es controversial.
- ✓ Los mejores resultados se dan cuando éste es conservador: “observación armada” en el hematoma no roto.
- ✓ Evacuación y empaquetamiento del hematoma roto.
- ✓ Otras alternativas, como sutura, resección hepática dan mortalidad más elevada.
- ✓ La embolización angiográfica puede ser una buena alternativa, pero difícil de instituir en casos de extrema urgencia como éstos.

## **COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA**

Condición hematológica generalmente caracterizada por la formación y destrucción acelerada de fibrina, teniendo como causa una preeclampsia y/o eclampsia, Síndrome de HELLP y/ desprendimiento normoplacentario.

### **DIAGNOSTICO**

- ✓ Presencia de hematuria, gingivorragia, epistaxis, petequias, equimosis, hematomas.
- ✓ Sangrado orgánico espontáneo y en sitios de punción o quirúrgicos.
- ✓ Falta de formación del coágulo o coágulo inestable.
- ✓ TP y TTP prolongados.
- ✓ Plaquetopenia.
- ✓ Hipofibrinogenemia.
- ✓ PDF alterado.
- ✓ Dímero D.

### **TRATAMIENTO**

- ✓ Tratamiento de la causa: EHE, DPN, Síndrome de HELLP, sangrado agudo, etc.
- ✓ Cohibir sangrado: Si el TP está aumentado > 1,5 veces, administrar plasma fresco congelado 15 ml/kg, hasta que el TP/esté 2-3 segundos menos que el de la base.
- ✓ Si el fibrinógeno < 100 mg/dl, administrar 10 unidades de crioprecipitado (1 unidad aumenta 10 mg de fibrinógeno) + un plasma fresco congelado por cada 2 – 3 unidades de crioprecipitado.
- ✓ Si las plaquetas están menos de 20.000 o si hay sangrado y las plaquetas están entre 20.000 y 50.000 se deben administrar paquetes plaquetarios: 1-3 unidades / 10 Kg.
- ✓ Restituir la volemia y especialmente la sangre perdida.

## EDEMA AGUDO PULMONAR

El edema agudo pulmonar aparece cuando los líquidos trasudan desde los capilares pulmonares al espacio alveolar , y es el resultado del desequilibrio entre las fuerzas de Starling que empujan el líquido fuera de los capilares pulmonares y las fuerzas que lo mantienen dentro y que determina la presencia de un exudado espumoso al alvéolo que impide la oxigenación normal.

## DIAGNOSTICO

- ✓ Presencia de disnea grave, generalmente acompañada de tos y de espuma rosada en la boca.
- ✓ Ansiedad, cianosis y taquicardia.
- ✓ A la auscultación rales finos húmedos que inician en las bases y tienden a elevarse en los campos pulmonares.

## TRATAMIENTO

- ✓ Posición sentada con las piernas hacia abajo.
- ✓ Oxígeno al 100% con mascarilla o con presión positiva. Intubación en los casos severos.
- ✓ 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.
- ✓ Furosemida IV 40 mg. Y repetir a necesidad, sin sobrepasar 120Mg/hora.
- ✓ 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.
- ✓ “Flebotomía fisiológica con torniquetes en 3 de las 4 extremidades con rotación de c/15 minutos.”
- ✓ Monitorización cardíaca continua, oximetría de pulso. TA, monitoreo materno fetal electrónico.

## **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**

Representa la interrupción brusca de la función renal, manifestada por anuria (<100ml/día), oliguria (< 500 ml/día) y azoemia creciente. Clínicamente según el lugar de origen, es útil dividir a la IRA en: prerrenal, renal y posrenal, ya que el abordaje terapéutico puede variar en función de ello.

Insuficiencia prerrenal: Causada por deshidratación o depleción de sodio o anemia aguda (hipovolemia). Reversible si se mejora rápidamente la perfusión renal.

Insuficiencia renal: Verdadera insuficiencia del parénquima renal. Necrosis tubular aguda, más frecuente, suele ser reversible en tanto y en cuanto el número de neuronas comprometidas lo permitan. Necrosis cortical aguda, menos frecuente, si es bilateral es irreversible.

Insuficiencia posrenal: por obstrucción del tracto urinario más allá del glomérulo (cálculo enclavado, ligadura del ureter, etc.).

Reversible en función de la duración y de la corrección de la causa.

## **CAUSAS DE LA IRA EXCLUSIVAS DEL EMBARAZO**

- Preeclampsia severa o eclampsia.
- DPPNI.
- Óbito fetal prolongado.
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Embolia del líquido amniótico.
- Aborto séptico.
- IRA idiopática posparto.
- Hemorragia posparto.
- Hemorragia posparto.

## DIAGNÓSTICO

Generalmente no es difícil. El signo más precoz es el aumento de los azoados: urea, creatinina y ácido úrico. La anuria y oliguria generalmente están presentes, pero no siempre desde el inicio.

## TRATAMIENTO

Volumen:

- ✓ Considerar cateterización de la arteria pulmonar, por qué.
- ✓ Ingesta 6-8 ml/kg + excreción urinaria.
- ✓ Furosemida 40-80 mg. IV (dosis máxima diaria 600mg).
- ✓ Diálisis para sobrecarga líquida (insuficiencia cardiaca).

Hiperpotasemia: En función del nivel se utiliza:

- ✓ 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.

Acidosis:

- ✓ Se corrige con bicarbonato de sodio.

Hiponatremia:

- ✓ Diálisis.
- ✓ Restringir el agua libre.

Hipocalcemia

- ✓ Se corrige con administración oral o IV de Ca.

Manejo nutricional

- ✓ En especial de proteínas (1mg de proteínas /Kilo de peso).

Indicaciones de diálisis:

- ✓ 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.

## TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS

**Tabla V. Indicaciones para terminar el embarazo**

1. Presión arterial diastólica sostenidamente superior a 100 mm de Hg en un período de 24 horas o superior a 110 mm de Hg	5. HELLP
2. Creatinina sérica en aumento,	6. Eclampsia
3. Síntomas premonitorios	7. Edema pulmonar
4. Pruebas anómalas de función hepática	8. Pruebas de bienestar fetal anormales
	9. Restricción del crecimiento fetal.

Se recomienda el parto vaginal, si no existe contraindicación obstétrica o fetal. La analgesia peridural es el método recomendado para el alivio del dolor. La cesárea (con anestesia peridural) se indica en casos de pre-eclampsia grave con una edad gestacional menor a las 30 semanas y cuello desfavorable.

Durante el parto se debe tener como meta a la detección precoz de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, la detección precoz de la progresión de la enfermedad a pre-eclampsia severa y eclampsia, y la prevención de las complicaciones maternas.

## POSTPARTO

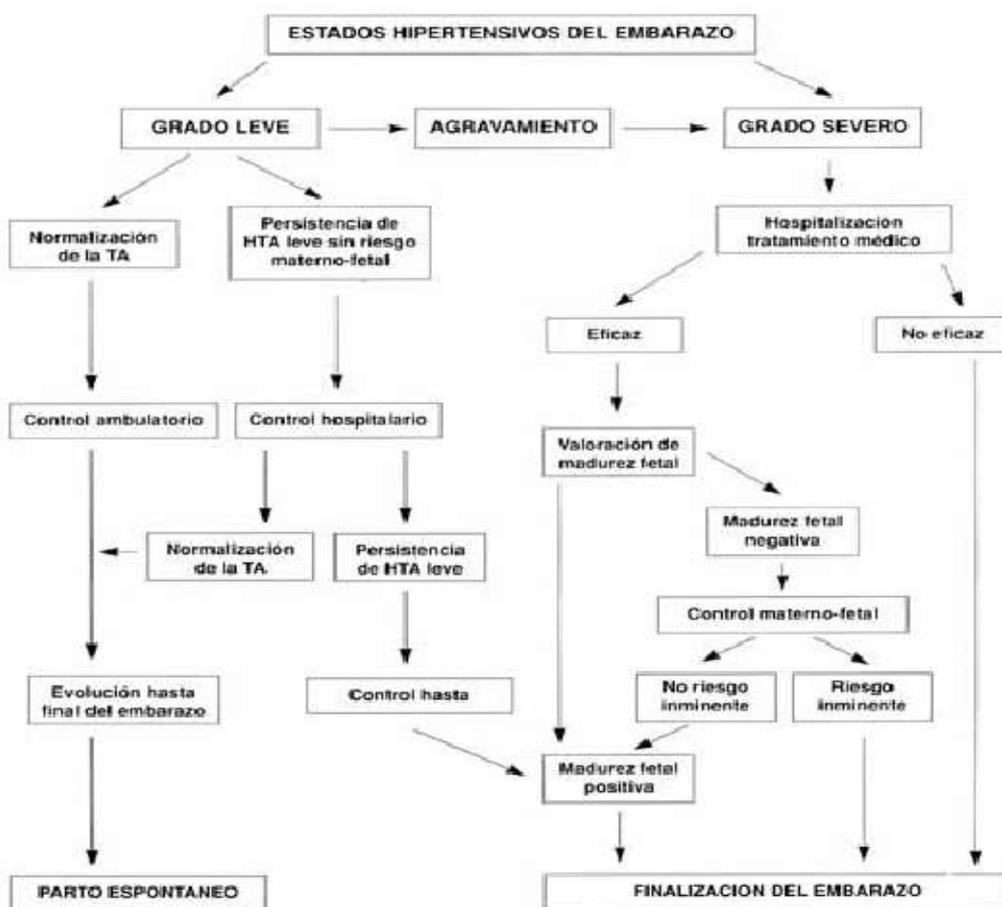
- Mantener sulfato de magnesio por 24 horas.
- Control de la tensión arterial con hidralacina IV si es necesario.
- Nifedipina oral según esquema por siete a diez días.

La paciente deberá considerarse de alto riesgo para un nuevo embarazo.

Deberá manejarse al recién nacido en función del alto riesgo para las complicaciones fetales que incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, y muerte perinatal.

Planificación familiar: debería ser obligatoria por la recurrencia frecuente y la morbimortalidad del síndrome

**Diagrama propuesto por SEGO para el manejo de los estados hipertensivos del embarazo**



## 6. OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

### 6.1. DIABETES DEL EMBARAZO

#### CODIFICACIÓN CIE 10

#### CODIFICACIÓN CIAP 2

#### DEFINICIÓN:

La Diabetes Mellitus es un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por hiperglucemias por deficiencia y/o insensibilidad a la insulina y exposición de los órganos a hiperglucemia crónica.

En los casos graves se incrementa el riesgo de aborto, malformaciones congénitas, prematuridad, pielonefritis, preeclampsia, sufrimiento fetal, nacimiento por cesárea y mortinato.

#### CLASIFICACIÓN

#### DIABETES MELLITUS

Debe reunir los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso).
- glucemia casual mayor a 200 mg/dl o en ayunas (8 horas) mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 75 g de glucosa.

**a. Diabetes Mellitus tipo 1:** si la diabetes requiere insulina exógena, inicia antes de los 30 años de edad, síntomas adicionales y cetoacidosis.

**b. Diabetes Mellitus tipo 2:** hiperglucemia que no requiere insulina exógena, inicia después de los 30 años, aumento de la cintura abdominal, apetito y aumento de peso

excesivos pero con pocos síntomas adicionales.

## **DIABETES GESTACIONAL**

Es aquella que se presente por primera vez en el embarazo y en la mayoría de casos regresa a la normalidad después del parto, traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante.

Los valores normales de glicemia basal en el embarazo: ayunas 60 – 90 mg/dl 2h postprandial < 120 mg/dl.

## **DIAGNÓSTICO**

### **Síntomas y signos**

- En toda embarazada se deberá realizar una determinación de glucosa en ayunas antes de la semana 20 y otro control después de la semana 30.
- Debe sospecharse diabetes gestacional cuando el peso fetal es igual o mayor al percentil 70, polihidramnios (índice de líquido amniótico igual o mayor que 20), trastornos congénitos de la línea media o mediciones del perímetro abdominal que exceda a la longitud del fémur hacia las dos semanas, EN TODOS ESTOS CASOS DEBERÁ REALIZARSE UNA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA CON 100 GR. DE 3 HORAS.
- Otras situaciones que pueden sugerir diabetes gestacional son: edema a principios del embarazo y aumento excesivo de peso. En mujeres con riesgo moderado que tienen 25 años o más de edad, y en mujeres con riesgo alto que tienen obesidad (IMC >30), glucosuria, antecedente familiares de diabetes en primer grado, EN ÉSTE GRUPO SE RECOMIENDA HACER EL DESPISTAJE CON EL TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA EN LA EMBARAZADA (O'SULLIVAN) EN LA PRIMERA VISITA, LUEGO ENTRE LAS 24 – 28 SEMANAS Y ENTRE LAS SEMANAS 32 – 36 DEL EMBARAZO.

## APOYOS COMPLEMENTARIOS

- Las pacientes en grupo de riesgo con signos o síntomas de alerta tienen que ser identificadas en la consulta preconcepcional con el objetivo de conseguir un eumetabolismo lo que impediría trastornos materno fetales
- Test de tolerancia oral a la glucosa en la embarazada: Los estudios iniciales de detección se realizan mediante la ingestión de 50 g de glucosa en cualquier momento del día e independientemente de la ingestión previa de alimentos; es positiva si una hora más tarde el valor de glicemia es mayor de 140 mg/dl. Si esta prueba resulta positiva se le advierte a la paciente que siga una dieta rica en carbohidratos durante 3 días, se le hará una determinación de glucosa en ayunas antes de administrársele 100 g de glucosa; se realizará una determinación de glicemia cada hora por 3 horas. Esta prueba es más específica y se la considera positiva si 2 de los cuatro valores son altos. (basal 95, 1 hora 180, 2 horas 155 y 3 h 140).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Otras causas macrosomía fetal.
- Obesidad materna.
- Malformaciones congénitas.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Esta enfermedad debe ser manejada en el Nivel II, y si es necesario en el nivel III.

### Nivel I

La prevención a través de un control prenatal adecuado en este nivel y la oportuna referencia al nivel II o III de la diabetes durante la gestación.

El manejo de diabetes en el embarazo para el Nivel I incluye<sup>xxvi</sup>:

1. Identificar síntomas y signos de diabetes pregestacional y gestacional.
2. Solicitar glucemia EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL.
3. Solicitar glucemia en ayunas en la PRIMERA CONSULTA PRENATAL O ANTES DE LAS 20 SEMANAS.
4. Solicitar glucemia en ayunas luego de las 30 semanas.
5. Test de tolerancia oral a la glucosa en la embarazada: Los estudios iniciales de detección se realizan mediante la ingestión de 50 g de glucosa en cualquier momento del día e independientemente de la ingestión previa de alimentos; es positiva si una hora más tarde el valor de glicemia es mayor de 140 mg/dl.
6. Referir al nivel II

## **Nivel II**

1. Confirmar el diagnóstico con la prueba de tolerancia oral a la glucosa con 100 gr.
2. Manejo multidisciplinario (gineco-obstetra, nutricionista, endocrinólogo).
3. La dieta y el ejercicio son la base del tratamiento.
  - Se recomienda una dieta equilibrada con seis tomas al día; hipocalórica si el IMC es >27. de 20 a 25 Kcal/Kg de peso (entre 1800 a 2400 Kcal) con restricción de carbohidratos y grasas.
4. Se le recomienda al menos dos visitas al dietista quien incentive aspectos educacionales y e interacción sobre temas dietéticos.
5. El tratamiento es exclusivo con insulina: Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg/día de insulina NPH: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.
6. Controles:
  - a. Verificar su glucosa 6 veces al día (antes de las comidas y 2 horas post prandial), procurando mantener valores en ayunas entre 70 a 90 mg /dl y de 120 mg/dl 1 h después.
  - b. Si utiliza insulina la dosis requiere ser revisada.
  - c. Control glucémico. TA y peso cada 15 días.
  - d. Mensualmente fructosamina.
  - e. Hemoglobina glicosilada A1C cada tres meses.
  - f. Se deberá realizar urocultivo y de ser positivo se iniciará tratamiento.

g. Seguimiento de candidiasis vaginal y tratamiento.

7. A las pacientes que reciben insulina partir de las 32 semanas se inicia la valoración del bienestar fetal a través de pruebas sin esfuerzo (PSE) semanales y determinación del índice de líquido amniótico (ILA) ecográficamente.
8. En las pacientes diabéticas gestacionales controladas con dieta suele iniciarse su control con PSE e ILA a las 36 semanas.
9. Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía suele indicarse la terminación del embarazo a las 38 semanas.
10. Si la paciente está controlada no debería exceder su embarazo las 40 semanas.
11. En caso de haber labor de parto pretérmino el tratamiento debe hacerse con sulfato de magnesio antes que con beta-miméticos y administrar tratamiento para controlar el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna (que se utilizan para la maduración pulmonar).
12. Durante el parto debe suministrarse glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 ml/hora. Debe evitarse el uso de bolos con solución glucosada en estas pacientes.
13. Si requiere de insulina la paciente se administra insulina regular a una dilución de 0,1U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 2U/hora.
14. Si la paciente será sometida a cirugía programada deberá suministrarse insulina hasta la tarde del día anterior.
15. En el posparto la paciente debe continuar una dieta para diabético y se debe alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico; seis semanas después del parto deberá someterse a una prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas (para determinar una posible diabetes preexistente). En caso de ser anormal (2% de los casos) un valor elevado a la hora 1 se controla con la limitación de azúcares simples, si el valor está elevado a la hora 2 se requiere disminución de peso y aumento de la musculatura abdominal.
16. A las pacientes con diabetes gestacional en general se les indicará el control de glicemia en ayunas anual y de colesterol
17. La hiperglicemia y cetoacidosis se tratan de la misma forma que en la paciente no embarazada.

## **6.2. APENDICITIS**

**CODIFICACIÓN CIE 10**      Apendicitis K35.9

**CODIFICACIÓN CIAP 2**      Apendicitis D88

### **DEFINICIÓN**

Inflamación del apéndice cecal.

### **EPIDEMIOLOGÍA.**

Rara en lactantes, aumenta durante la infancia y alcanza la incidencia máxima en la adolescencia y entre los 20 y los 25 años. Es producida por la obstrucción de la luz del apéndice: 60% Hiperplasia de los folículos linfoides de la submucosa, 35% fecalitos, 4% cuerpos extraños, 1% estenosis tumores, 1% parásitos.

### **DIAGNOSTICO**

Generalmente comienza con dolor cólico epigástrico o periumbilical, anorexia, náuseas y vómitos aparecen después del comienzo del dolor. Posteriormente dolor persistente en la fosa ilíaca derecha. Tan frecuente es la presencia en alguna medida, de anorexia o nauseas, que la existencia de hambre debe cuestionar seriamente el diagnóstico de apendicitis. La anorexia puede faltar en niños. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en las edades extremas de la vida y en pacientes que toman analgésicos, esteroides o antibióticos.

Al examen físico pueden existir los siguientes signos positivos: Mc Burney, Blumberg, Rousing, Lanz, obturador.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

Leucocitosis con desviación izquierda, no siempre. No hay signos patognomónicos en

la apendicitis precoz.

La ecografía es útil en manos expertas, y necesaria en mujeres jóvenes. Rx y TAC de abdomen: en casos muy seleccionados de complejidad diagnóstica.

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

**Niños pequeños:** Gastroenteritis aguda, Adenitis mesentérica, Diverticulitis de Meckel, Intususcepción, Neumonía posterobasal, Traumatismo cerrado desapercibido.

**Adultos** Enfermedad renal y de las vías urinarias, patología útero y anexos, adenitis mesentérica, traumatismos, enfermedades de hígado y vías biliares, enfermedades gastrointestinales, neumonía basal y tumores.

#### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Exploración y apendicetomía inmediatas vía abierta o laparoscópica.

Tratamiento del dolor y Antibióticoterapia por razones necesarias.

#### **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**

NIVEL I: Diagnóstico y referencia a nivel II Observación hasta confirmar diagnóstico y referir a nivel II

NIVEL II: Ingreso, confirmación del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y contrarreferencia para control de herida, curaciones y retiro de puntos, dieta y reposo en el nivel I.

### 6.3. COLECISTITIS

**CODIFICACIÓN CIE 10** Colelitiasis - K80.2

**CODIFICACIÓN CIAP 2** Colecistitis colelitiasis D 98

Enfermedad de la vesícula biliar relacionada con la presencia de cálculos.

#### EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la litiasis biliar aumenta con la edad, especialmente en la mujer, sobrepasando el 50% en los individuos mayores de 70 años. 15- 20% de los adultos tienen cálculos biliares. La probabilidad de presentar manifestaciones clínicas es inferior al 25% a los 10 años del diagnóstico. De estos pacientes, del 3-7% desarrollarán complicaciones. La incidencia del desarrollo de síntomas en pacientes con cálculos asintomático es del 15 – 30 % en 15 años.

Aproximadamente, el 10%-15% de los pacientes con colelitiasis sintomática presentan asociados cálculos silentes en el colédoco. La migración silenciosa de las litiasis, desde la vesícula al colédoco, es un fenómeno relativamente común.

#### DIAGNÓSTICO

El cólico biliar o hepático es el síntoma principal de la colelitiasis, localizado en epigastrio-hipocondrio derecho que irradia a dorso y escápula, de horas de duración, suele acompañarse de náusea y vómito. Los síntomas dispépticos también son frecuentes pero inespecíficos y difíciles de atribuir a la colelitiasis existente.

No hay fiebre asociada. Puede haber moderada sensibilidad en el hipocondrio derecho o en epigastrio.

La presencia de fiebre, ictericia, masa palpable, dolor persistente pueden ser evidencia de complicaciones.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con Pancreatitis, enfermedad ulcerosa péptica, hernia del hiato con reflujo, gastritis, dispepsia nerviosa, carcinoma de la flexura hepática, carcinoma de hígado o vesícula, enfermedad cardiopulmonar.

### **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

La ecografía de vesícula y vías biliares es el examen primordial para el diagnóstico.

Si en la ecografía se evidencia dilatación de la vía biliar (más de 7 mm) o cálculo, son necesarios exámenes de laboratorio TGO, TGP, GGT, bilirrubinas, amilasa, fosfatasa alcalina, si existiese alteración de estas pruebas, será imprescindible la práctica preoperatoria de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La exploración se completará, de confirmarse la sospecha, con la esfinterotomía de la papila de Vater para la extracción de la(s) litiasis por técnicas endoscópicas.

Si, por el contrario, el grado de sospecha es moderado o discreto, para ponerla en evidencia podemos recurrir a métodos alternativos, como son la colangiopancreatografía por resonancia magnética en el preoperatorio y la colangiografía transcística, transoperatoria y/o coledoscopia.

### **COMPLICACIONES**

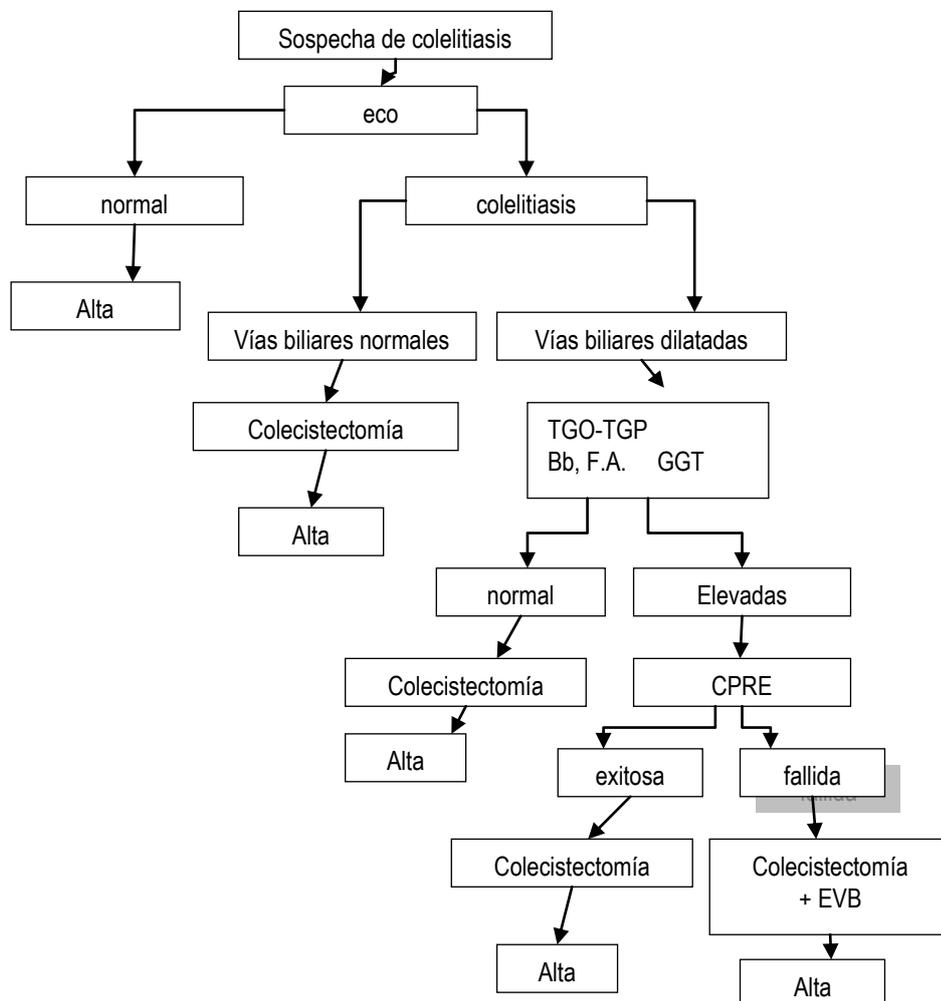
Colecistitis aguda, piocolecisto, gangrena vesicular, ictericia-obstructiva, plastrón vesicular, biliperitoneo, coledocolitiasis, colangitis, fístulas biliares, íleo biliar y pancreatitis.

### **TRATAMIENTO**

- La colecistectomía es el tratamiento de elección de la colelitiasis. Se indicará de forma electiva en el cólico biliar simple y de forma urgente o precoz en el complicado.

- La colecistectomía puede practicarse por vía laparoscópica o a través de la incisión en la pared abdominal.
- En algunos casos complicados se considerará las esfinterotomías, derivaciones bilio-digestivas y exploración de vías biliares abiertas o endoscopias
- Tratamiento del dolor y antibióticoterapia por razones necesarias.

### ALGORITMOS DE MANEJO DE COLELITIASIS



## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

NIVEL I: Diagnóstico, tratamiento sintomático y referir a nivel II y/o III.

NIVEL II y III: Tratamiento definitivo electivo o de emergencia de litiasis biliar o sus complicaciones.

Contrarreferencia a nivel I de pacientes que no tuvieron complicaciones para control postoperatorio de herida, curaciones, retiro de puntos, dieta y reposo.

## 7. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

### 7.1. VAGINITIS

**CODIFICACIÓN CIE-10** N76 Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva.

**CODIFICACIÓN CIAP-2** Vaginitis (X 84).

### DEFINICIÓN

Entendemos como vaginitis los diferentes grados de inflamación de la vagina, y de la parte vaginal del cervix caracterizada principalmente por la presencia de leucorrea, irritación vulvar, prurito y dispareunia. Pueden ser infecciosas o no; entre las infecciosas destacan las causas bacterianas, candidiasica y tricomoniasica y las no infecciosas como reacciones alérgicas (espermicidas, ropa interior), hipoestrogenismo y menstruación.

### DIAGNOSTICO

Características de la Leucorrea: abundancia; aspecto, color, olor, relación con el ciclo menstrual.

- Síntomas asociados: escozor, prurito, dolor pélvico, disuria, fiebre.

- Evaluación de hábitos higiénicos: uso de tampones, duchas vaginales, frecuencia en el lavado vulvar.
- Abuso sexual, Antecedentes de infección de enfermedades de transmisión sexual propias o de su pareja.
- Tratamientos ya prescritos y su resultado (evaluar recurrencia).
- Presencia de síntomas en la pareja.

#### DIFERENCIA ENTRE LEUCORREA FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA.

	LEUCORREA FISIOLÓGICA	LEUCORREA PATOLÓGICA.
<u>Flujo</u>	Transparente (clara de huevo) o aspecto lechoso, sin olor fuerte.	Abundante, color variable y olor fuerte.
<u>Mucosa vaginal</u>	Aspecto normal.	Hiperémica con secreciones adheridas.
<u>Aparición</u>	En el curso del ciclo y ausencia de factores ginecológicos desencadenantes.	Tras relaciones sexuales, parto, maniobras intrauterinas.
<u>Síntomas</u>	Ausencia de síntomas patológicos asociados.	Síntomas asociados: prurito vulvar, escozor, dispareunia, dolor pélvico.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS VAGINITIS.

	BACTERIANA	CANDIDIASICA	TRICOMONIASICA
SÍNTOMAS	Leucorrea maloliente Olor a pescado No dispareunia.	Leucorrea Prurito Dispareunia.	Leucorrea purulenta. Maloliente. Dispareunia.
SIGNOS	Secreción espesa. Adherente Blanco grisácea	Eritema vulvar edema fisuras. Secreción grumosa. Blanquecina	Eritema vaginal. Secreción espumosa amarillo verdosa

#### APOYOS COMPLEMENTARIOS

1. Varios extendidos de la muestra de secreción vaginal para realizar las siguientes pruebas:
  - Medición del pH.

- Test de aminas.
  - Examen en fresco con una gota de solución salina.
  - Examen con hidróxido de potasio (KOH) al 10%.
2. Cultivo de acuerdo al caso
  3. Colposcopía en casos recurrentes

### CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO PARA VAGINITIS

	FLORA NORMAL	BACTERIANA	CANDIDIASICA	TRICOMONIASICA
Ph	4,0-4,5	> 4,5	4,0-4,5	5,0-6,0
Test de Aminas	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
Examen en fresco Solución salina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice PMN/CE: &lt;1.</li> <li>• Abundantes bacilos</li> <li>• Células escamosas +++</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice PMN/CE:&lt;1.</li> <li>• Ausencia de bacilos.</li> <li>• Incremento de Coco bacilos.</li> <li>• Células Clave (guía)&gt;90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice PMN/CE: &lt;1.</li> <li>• Células escamosa: +++.</li> <li>• Seudo hifas:40%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMN: ++.</li> <li>• Ausencia de bacilos.</li> <li>• Incremento de cocos, coliformes y células parabasales.</li> <li>• Presencia de tricomonas</li> </ul>
Test de KOH 10%	Negativo	Negativo	Seudohifas: 70%	Negativo.

PMN: Polimorfonucleares; CE: Células epiteliales

### TRATAMIENTO

Nivel I y si es necesario en el II o III.

### TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE VAGINITIS

	TRATAMIENTO AGUDO	RÉGIMEN ALTERNATIVO	TRATAMIENTO EN MUJER GESTANTE
CANDIDIASIS	<b>Tópicos vaginales:</b> Clotrimazol 1 % crema vaginal 5 gramos intravaginal al día	Candidiasis recurrente:  Inducción: Igual al tratamiento inicial por 10 a 14	Clotrimazol óvulo vaginal 100mg cada 24h / 7 días.  El tratamiento oral esta

	<p>durante 7-14 días. Clotrimazol, tabletas vaginales, 100 mg, uno al día durante siete días. Clotrimazol, tabletas vaginales, 100 mg, dos al día durante tres días. Clotrimazol, tabletas vaginales, 500 mg, uno sola aplicación. Nistatina, tabletas vaginales de 100.000 unidades; una tableta al día durante 14 días. <b>Orales.</b> Fluconazol, 150 mg por vía oral; una sola dosis. Itraconazol, 200 mg dos veces al día durante tres días.</p> <p>TRATAMIENTO A LA PAREJA SINTOMÁTICA</p>	<p>días</p> <p>Mantenimiento: *Fluconazol 150 mg VO cada mes por 6 meses.</p> <p>TRATAMIENTO A LA PAREJA SINTOMÁTICA</p> <p>Eliminar factores de riesgo</p>	<p>contraindicado en embarazadas.</p> <p>TRATAMIENTO A LA PAREJA SINTOMÁTICA</p>
BACTERIANA	<p>Metronidazol oral 500mg cada 12h / 7días. ó Metronidazol 2g oral dosis única.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinidazol 2gr. VO dosis única</li> <li>• Clindamicina oral 300mg cada 12h / 7días, Clindamicina</li> <li>• intravaginal crema u ovulos cada 24h por 7días.</li> </ul>	<p>Metronidazol vaginal por 7 días</p>
TRICOMONIASICA	<p>Metronidazol oral 2 g. dosis única. Metronidazol oral 500mg Cada 12h por 7días</p> <p>TRATAMIENTO A</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinidazol 2gr. VO dosis única</li> <li>• Clindamicina oral 300mg cada 12h / 7días, Clindamicina</li> </ul>	<p>Clotrimazol óvulo vaginal 100mg cada 24h / 2días. (Primer trimestre).</p> <p>Metronidazol vía vaginal crema u</p>

	LA PAREJA SIEMPRE	intravaginal crema u ovulos cada 24h por 7dias.  TRATAMIENTO A LA PAREJA SIEMPRE	ovulo 7 días.  TRATAMIENTO A LA PAREJA SIEMPRE
--	-------------------	--	--

### RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:

1. Lavado de genitales solo con agua.
2. Evitar uso de jabones, antisépticos y productos perfumados íntimos.
3. Uso de ropa interior de algodón evitando fibra y humedades.
4. Si existe sospecha de ABUSO SEXUAL REFERIR al hospital para atención con equipo profesional especializado y asesoramiento legal.

## 8. TUMORES

### 8.1 CÁNCER DE CUELLO UTERINO

#### CÓDIFICACIÓN CIE 10: C539

#### DEFINICIÓN

Cáncer que se desarrolla en células de las capas intraepiteliales del cuello uterino, a partir de un cambio displásico de alto grado o carcinoma in situ (neoplasia intraepitelial cervical), con progresión gradual en un período de varios años. El 80 al 90 % de los carcinomas son de células escamosas y del 5% al 20% corresponden a adenocarcinoma.

#### CLASIFICACIÓN

Neoplasia intraepitelial

**Cuadro 1.** Correlación entre displasia/ Ca in situ, NIC y Bethesda

<b>Terminología de displasia</b>	<b>Terminología NIC original</b>	<b>Terminología NIC modificada</b>	<b>Sistema Bethesda</b>
Normal	Normal	Normal	Dentro de límites normales Cambios reparativos benignos
Atipia			ASCUS - AGUS
Atipia	Atipia coilocítica, condiloma plano sin cambios celulares	NIC bajo grado	LIE BG
Displasia leve	NIC 1	NIC bajo grado	LIE BG
Displasia moderada	NIC 2	NIC alto grado	LIE AG
Displasia grave	NIC 3	NIC alto grado	LIE AG
Carcinoma in situ	NIC 3	NIC alto grado	LIE AG
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

NIC: neoplasia intraepitelial cervical

LIE: lesión intraepitelial escamosa

BG: bajo grado

AG: alto grado

ASCUS: atipia de células escamosas de origen indeterminado

AGUS: atipia de células glandulares de origen indeterminado

## **CÁNCER CERVICAL**

La clasificación clínica por etapas de la Federation of Gyencology and Obstretics (FIGO) es la más utilizada en todo el mundo.

**Cuadro II.** Clasificación de la FIGO del Cáncer cervical (Informe anual 1998)

<b>Etapas</b>	<b>Definición</b>
Etapas 0	Carcinoma in situ
Etapas I	Lesión limitada al cuello uterino
IA1	Invasión estromal no más de 3mm de profundidad y no mayor de 7mm de extensión horizontal

	IA2	Invasión mayor de 3mm pero menor de 5mm y no mayor de 7 mm de extensión horizontal
	IB1	Lesión limitada al cérvix no mayor a 4cm
	IB2	Lesión limitada al cérvix mayor a 4cm
Etapa II		Se extiende más allá del cuello uterino pero no involucra la pared lateral de la pelvis ni el tercio inferior de la vagina
	IIA	Compromiso de los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial
	IIB	Compromiso parametrial sin extensión a las paredes laterales de la pelvis
Etapa III		Todos los cánceres que invaden la pared lateral de la pelvis, hidronefrosis o afectación del tercio inferior de la vagina
	IIIA	Compromiso del tercio distal de la vagina sin extensión a la pared lateral de la pelvis
	IIIB	Extensión a la pared lateral de la pelvis y/o hidronefrosis
Etapa IV		Extensión más allá del la pelvis verdadera o mucosa del recto y vejiga
	IVA	Extensión a órganos adyacentes
	IVB	Metástasis distantes

**DIAGNÓSTICO:****SÍNTOMAS Y SIGNOS:**

Las etapas 0 y I son asintomáticas con un cérvix de apariencia normal a la exploración (etapa preclínica), puede encontrarse aceto-positividad a la inspección visual con ácido acético (IVA) o una reacción yodo negativa a la aplicación de lugol (Schiller positivo).

El cáncer invasor puede presentar los siguientes hallazgos clínicos:

- Hemorragia vaginal poscoital, manchado escaso o sangrado franco.
- Flujo genital sanguinolento, fétido, a veces purulento, no pruriginoso.
- Dolor pélvico, a menudo unilateral irradiado a cadera y muslo.
- Salida involuntaria de orina y heces por fístulas.
- Debilidad, pérdida de peso y anemia.
- Crecimiento irregular del cuello uterino.
- Consistencia firme del cuello.
- Cuello en forma de barril (crecimiento endofítico).

- Lesión friable hemorrágica con apariencia de coliflor.
- Ulceración necrótica con bordes indurados y superficie friable hemorrágica.
- Engrosamiento nodular de los ligamentos uterosacos y cardinales con pérdida de la movilidad del cérvix (compromiso parametrial), es recomendable el examen bajo anestesia.

## **APOYOS COMPLEMENTARIOS**

1. Diagnóstico de **neoplasia intraepitelial cervical (NIC)** y **cáncer no invasor**:
  - Citología Exocervical y cepillado endocervical: a partir de los 18 años de edad o antes si la mujer es sexualmente activa. El examen se realizará cada año, en las pacientes de riesgo (citologías anormales previas, inmunodeficiencia) deberán realizarse el examen cada 6 meses como máximo.
  - Colposcopia del tracto genital inferior; si el cuello es de aspecto sospechoso, reporte de citología anormal (ASCUS - AGUS, LIES BG, LIES AG), NIC 1 persistente por 12 a 18 meses, infección por virus del papiloma humano, acetopositividad a la inspección visual con ácido acético (IVA), resultado positivo al test de Schiller.
  - Biopsia exocervical (bajo control colposcópico) de toda zona sospechosa (Schiller positivo, ulceración, lesión granular o nodular), sin importar si el resultado citológico previo es normal.
  - Pruebas para virus del papiloma humano; su utilidad está en evaluación para el seguimiento de pacientes con citologías anormales.
  - Conización; esta indicada cuando una biopsia revela un cáncer in situ o microinvasor, resultados negativos en una colposcopia pero con reporte citológico de anormalidades importantes. No está indicado este procedimiento si se sospecha de cáncer invasor clínicamente evidente.
  - Legrado endocervical; procedimiento complementario de una conización
  - **EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO ES DEFINITIVO.**
2. Estudios complementarios para **cáncer invasor**:
  - Procedimientos endoscópicos:

- Conización en mujeres adultas mayores o postmenopáusicas con base más amplia.
- Histeroscopia.
- Cistoscopia.
- Rectoscopia.
- Estudios radiológicos:
  - Pielografía intravenosa.
  - Enema baritado.
  - Radiografía de tórax.
  - Radiografía de esqueleto.
  - TAC simple y contrastada de pelvis.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Se debe realizarlo con:

- Ectropion cervical.
- Cervicitis aguda o crónica.
- Ulceraciones por sífilis, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, cancroide.
- Embarazo cervical.
- Coriocarcinoma metastático.
- Actinomicosis y esquistosomiasis.

#### **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

##### **Nivel I**

La identificación y diagnóstico de las etapas tempranas y preinvasivas de la enfermedad a través de la toma de citología cervical e inspección visual del cervix son actividades que se deben realizar en este nivel. Los pacientes con citología anormal y/o lesiones sospechosas deben ser derivados al nivel II para la realización de colposcopia y otros exámenes complementarios.

Si se atiende por emergencia a una paciente con hemorragia genital por cáncer cervicouterino en el Nivel 1 se debe indicar:

- Controlar signos vitales cada 15 minutos.
- Evaluar signos de pre-shock o shock.
- Suspender vía oral.
- Canalizar una vena de buen calibre e instalar líquido EV (solución salina, lactato Ringer).
- Taponamiento vaginal con gasa.
- Referir de forma inmediata a la paciente al Nivel 3, con acompañamiento.

## **Nivel II**

1. Manejo integral de las lesiones premalignas y malignas preinvasivas.
2. El seguimiento posterior de las pacientes debe realizarse en este nivel hasta la obtención de resultados normales.
3. Los casos de cáncer microinvasor e invasor deben ser referidos al Nivel 3.

## **Nivel III**

Manejo integral y seguimiento de la enfermedad microinvasiva e invasiva deberá realizarse en este nivel.

## **TRATAMIENTO**

### **Prevención**

- Identificación y control de factores epidemiológicos de riesgo.
- Se sugiere vacunación tetravalente (cepas 6,11,16,18 ) contra el papiloma virus en mujeres de 9 a 26 años de edad que no hayan iniciado vida sexual activa; con tres dosis: 0, 2 y 6 meses. Esta inmunización no cubre otras cepas oncogénicas.
- Seguimiento de las pacientes con neoplasia intraepitelial de bajo grado.

### **Tratamiento de la enfermedad neoplásica de alto grado Ca. In situ**

- a) Cono LEEP; constituye el procedimiento de elección por su costo, facilidad de ejecución y porque provee de tejido para estudio histopatológico. La profundidad mínima de escisión es de 7 mm., a menudo se acompaña de una escisión complementaria del canal endocervical. Para su indicación la lesión no deberá extenderse más de 1cm en el conducto endocervical.
- b) Histerectomía total extrafascial (en pacientes con paridad satisfecha).

### **Tratamiento de enfermedad neoplásica de bajo grado persistente**

- Destrucción local mediante quimioterapia, electrofulguración y/o crioterapia (se emplea óxido nitroso o CO<sub>2</sub> como refrigerante, la sonda debe cubrir la totalidad de la lesión, la misma que no debe extenderse más de 2 a 3mm en el conducto endocervical. Se recomienda aplicar dos ciclos de congelación para mejorar la eficacia del tratamiento).
- Cono LEEP.

### **En etapa temprana (IA a II A)**

#### **Histerectomía**

Etapa IA1: histerectomía radical tipo I (histerectomía extrafascial) o conización cervical en pacientes que desean conservar la fertilidad.

Etapa IA2: histerectomía radical tipo II (radical modificada) que incluye: ligadura de la uterina en el punto que cruza el uréter; los ligamentos uterosacros y cardinales se cortan en la parte media de su trayecto, y se reseca el tercio superior de la vagina.

Etapa IB y II A: histerectomía radical tipo III que incluye: ligadura de la arteria uterina en su origen; se elimina los ligamentos uterosacros y cardinales desde su inserción en

el sacro y pared lateral de la pelvis respectivamente, y se reseca la mitad superior de la vagina. La linfadenectomía pélvica total y para-aórtica está indicada.

Radiación y quimioterapia adyuvante: en los siguientes casos:

- Ganglios linfáticos positivos.
- Márgenes de resección positivos (o cercanos).
- Invasión microscópica.

### **Enfermedad con Avance local (II B a IV A)**

Se indica radiación primaria (rayo externo más braquiterapia) con quimioterapia concomitante.

### **Enfermedad primaria diseminada y recurrente**

Se utiliza quimioterapia múltiple con cisplatino- paclitaxel o cisplatino- ciclofosfamida, a veces se indica radioterapia pélvica paliativa.

Exenteración pélvica total en casos de persistencia o recurrencia del cáncer después de un curso adecuado de radiación o cirugía radical, con ocupación de la parte central de la pelvis, sin metástasis.

### **Medidas paliativas**

Se debe fomentar la comodidad, dignidad, autonomía, desarrollo y rehabilitación personales.

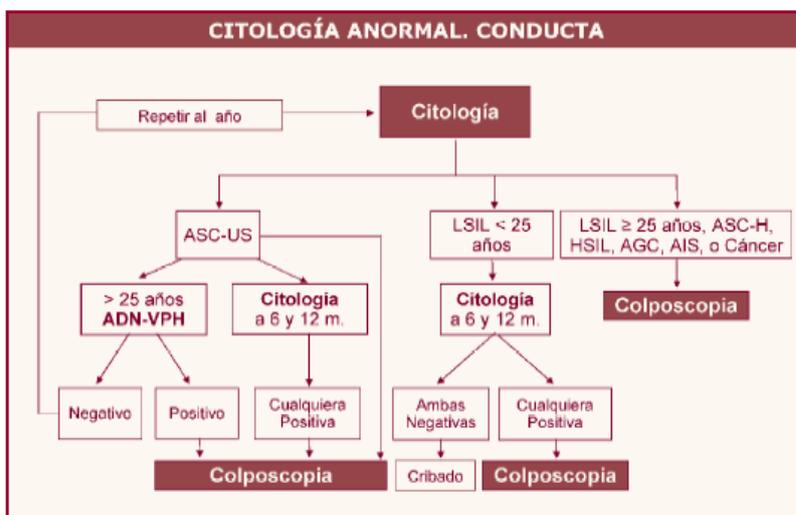
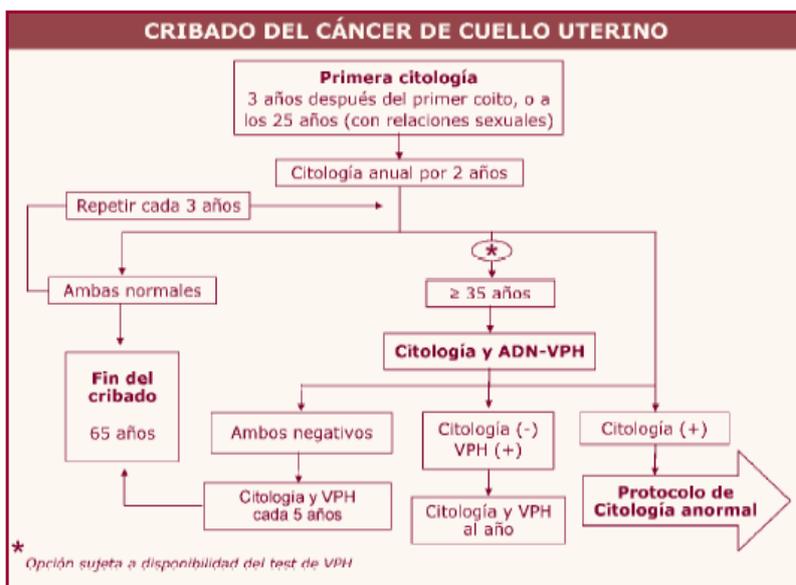
La secreción purulenta y fétida puede controlarse con cremas u óvulos antibióticos (clindamicina).

La hemorragia vaginal se indica taponos de gasa con un agente hemostático; a veces puedes estar indicada la radiación de emergencia.

Para el dolor se combina narcóticos de acción prolongada como morfina o parche transdérmico de fentanil, con narcóticos de acción corta más AINES. Si no responde a la terapia se puede instalar un catéter peridural para instilación continua de morfina.

## ALGORITMOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

(Puig-Tintoré LM et al. Prog Obstet Ginecol 2006; 49 Supl 2:5-62)



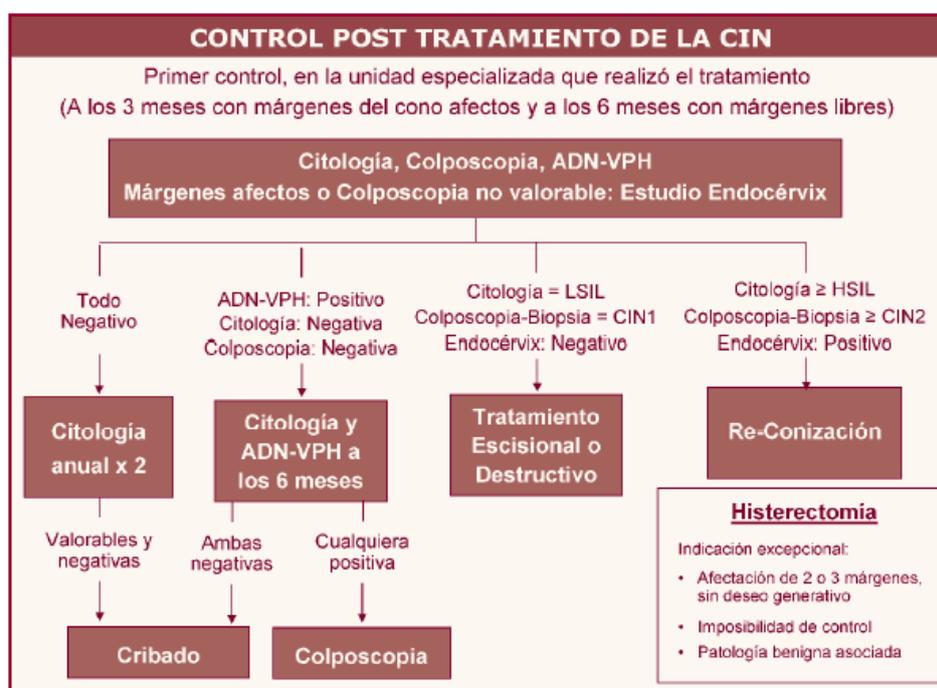
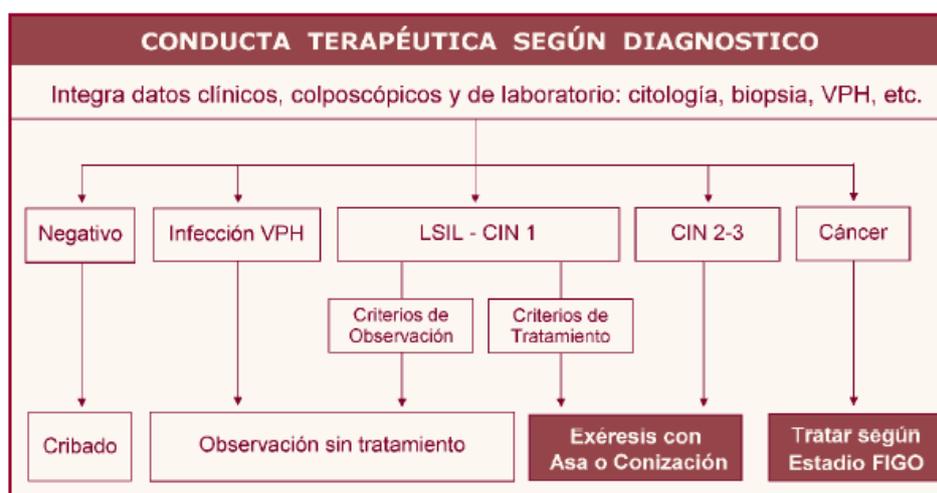
**Cribado con Citología y Test del ADN de VPH (a partir de los 35 años)  
Conducta según resultados**

Citología	ADN-VPH	Conducta	
Negativa	Negativo	Cribado a los 5 años	
	Positivo	Citología y ADN-VPH a los 12 meses	Ambas negativas: Cribado Alguna positiva: Colposcopia
ASC-US	Negativo	Citología al año	Si negativa: Cribado a 5 años
	Positivo	Colposcopia	
LSIL* HSIL, ASC-H AGC-AIS	Negativo o Positivo	Colposcopia	
* Alternativa LSIL	Negativo	Citología a los 6 y 12 meses	Ambas negativas: Cribado Alguna ≥ ASC-US: Colposcopia

(continúa en pág

(página anterior)

Criterios para orientar la Conducta Terapéutica en LSIL-CIN1		
	Observación	Tratamiento
Edad	< 35 años	≥ 35 años
Citología – Biopsia	Concordante	Discordante
Colposcopia	Satisfactoria	Insatisfactoria
Cambios colposcópicos	Menores	Mayores
Extensión lesión	Limitada	Extensa
Localización lesión	Periférica	Central
Endocérvix	Libre	Afectado
Seguimiento	Posible	Imposible
Persistencia > 2 años	No	Si



- 5. ACCIDENTES QUIRÚRGICOS DURANTE LAS CIRUGÍAS OBSTÉTRICAS**
  - a. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA POST QUIRURGICA**
  - b. MALTRATO**

**7. TRANSPORTACIÓN**

## BIBLIOGRAFÍA

- Abalos E, Villar J, Carroli G, Campodónico L. Pregnancy, Pre -Eclampsia and Diet. In: Encyclopedia of Food Sciences & Nutrition. A Revision of Encyclopedia of Food Science and Nutrition .2nd Edition. Eds: Caballero B, Trugo L & Finglas P. Elsevier Ltd, Oxford, UK 2003: 4745-4754.
- ADA (American Diabetes Association)
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2005; 28: 537 – 542.
- Apgar B, Brotzman G, Spitzer M. Colposcopia. Principios y práctica. Mc Graw Hill, 2003.
- Botet F, Cararach V, y Sentís J. Premature rupture of membranes in early pregnancy. Neonatal prognosis. J Perinat Med 1994; 22 45-51
- Cararach V, Botet F, Sentís J, Arimany MC and Iglesias X. The maternal and perinatal complications of premature rupture of membranes. Cont Rev Obstet Gynaecol 1993 5: 85- 89.
- Carrera, JM. Mallafre, J. Serra, B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ta. edición. 2006
- Cherney. Evolución y conducción del trabajo de parto y parto normales. En: diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno México 2003
- CPRE Colangiografía retrograda endoscópica
- Curso “Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO),” initially established by Mark Deutchman, MD, Denver, Colo. ALSO is a registered trademark of the American Academy of Family Physicians. En Ecuador: Apoyo Vital Avanzado en Obstetricia, Disponible en [www.alsoecuador.com](http://www.alsoecuador.com)
- De Cherney. Consideraciones perioperatorias en ginecología .En: Diagnóstico y tratamientos Gineco-Obstétricos .El manual Moderno, México 2003.
- De Cherney. Diabetes Mellitas y embarazo. En. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno. México 2003.
- De Cherney. Enfermedad Trofoblásticas Gestacionales. En: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 8va ed. Manual Moderno, 2003 De Cherney.

- Hemorragias de tercer trimestre. En: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 8va ed. Manual Moderno, 2003
- De Cherney. Hemorragia posparto y puerperio anormal. En: Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno. México 2003.
  - De Cherney. Hemorragias de tercer trimestre. En: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 8va ed. Manual Moderno, 2003.
  - De Cherney. Lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. En: diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétricos. Manual Moderno 2005.
  - De Cherney. Riesgos del embarazo temprano. En: Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno. México 2003
  - Diaz A.G y cols: Sistema Informático Perinatal, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Publicación científica CLAP Nro 1364.
  - DOCUMENTO DEL MSP
  - Duff P. Premature rupture of membranas. Clin Obstet Gynec. 1991; 34: (4).
  - Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  - Eckert L, Acute Vulvovaginitis. NEJM. 355; 12 September 21- 2006.
  - Escuela de Mississipi
  - Escuela de Tennessee
  - Estiú, María C., Temer, Cristina, Perrone Claudia, Campos Flores Jessica, Folqueira Alejandra, Juncos César y Ortega, Jorge en TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL Servicio de Urgencias. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
  - European Diabetes Policy Group 1999. A desktop guide to type 2 Diabetes Mellitus. Diabet. Med 1999; 16: 716-730 (Medline).
  - Garite TJ. Premature Rupture of the Membranes: The enigma of the obstetrician. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 1001-1005.

- Gibbs RS, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA and Sweet RL. A review of premature birth and subclinical infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; vol. 166, nr 5; 1517-1528.
- 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. Disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/PDF/Articulo%20partograma.pdf> Revisado 20 septiembre 2007.
- Granstrom L, Efman G and Ulmsten U. Cervical priming and labor induction with vaginal application of 3 mg PGE2 suppositories in term women with premature rupture of amniotic membranes and unfavorable cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66:429-431.
- Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnet ED, Myhr TL, Wang Eel, Weston JA, Willan AR. of the termpron Study Group. Induction of labor compared with expectant management for prelabo rupture of the membranes at term. *N Engl J Med* 1996; vol 334 (16): 1005-1010.
- IARC. Cáncer Uterino.
- López J, Martínez A, Blanco M: Vulvovaginitis. Servicio de Atención Primaria de Mariñamansa SERGAS España. *Guías Clínicas Fisterra* 2005; 5 (30).
- Magna E, Martín J. Preclampsia Eclmpsia postparto complicada. En: *Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales*. Vol 2, 1995
- Manejo de las Complicaciones del Embarazao y el parto: Guía para obstetrices y médicos, Manual IMPAC, OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial. 2002.
- Médicos Generales Colombianos. Guías de atención de las complicaciones hemorragias del embarazo. Sitio de Internet. Acceso 14 sep 06.
- Mercer BM et Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *The Lancet* 1995; 346 (nov. 11): 1271-1279.
- Mirchandani D; Hochster H; Hamilton A; Liebes L; Yee H; Curtin JP; Lee S; Sorich J; Dellenbaugh C; Muggia FM. Phase I study of combined pegylated liposomal doxorubicin with protracted daily topotecan for ovarian cancer. *Clin Cáncer Res*. 2005; 11(16):5912-9

- MSP. Normas y procedimientos para la atención de salud reproductiva .Ecuador 1999
- MSP. Prolapso de cordón. En: Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva. Ecuador 1999.
- MSP: Parto. En: Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva. Ecuador 1999.
- Ohlsson A. Treatment of preterm ruptura of the membranes: A metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 890-906.
- Ortega A, Cardona J, Prado M, Formación Medica Continuada en Atención Primaria Protocolos: Patología Ginecológica en Atención Primaria.Volumen 14 Protocolo 3 Julio 2007.
- Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, et al. Guidelines for Treatment of Candidiasis. Clinical Infectious Diseases 2004; 38:161–89.
- Pasquel Miguel. Manuales de Vida. Diabetes. Diagnóstico y control. 2004; 79-86.
- Pettersson, (1988) KASER ATLAS DE CIRUGIA GINECOLOGICA
- Protocolos de Obstetricia DEXEUS Barcelona 194
- Romero R, Avila C, y Sepulveda W. The role of the systemic intrauterine infection inpreterm labor. en Preterm Birth (2ª Edic). de Fuchs AR, New York, 1993.
- RxList. Sitio de Internet <http://www.rxlist.com/>
- SARA G., STEPHEN D., FONTAINE P, LEEMAN L: Dystocia in Nulliparous Women, Am Fam Physician 2007;75:1671-8.
- SEGO. Rotura Uterina. En: “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2 Vols. 1º ed. (CD ROM), 1993.
- SHIELDS S, RATCLIFFE S, FONTAINE P, LEEMAN L: Dystocia in Nulliparous Women, Am Fam Physician 2007;75:1671-8.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia del parto normal. En: “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2 Vols. 1º ed. (CD ROM).

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo Molar. En: "Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción" 2 Vols. 1º ed. (CD ROM).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragias del primer trimestre. En: "Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción" 2 Vols. 1º ed. (CD ROM) 1998.
- South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Vaginitis. En: Diagnostico y Tratamiento en Medicina Familiar. Mexico: Editorial El Manual Moderno, 2005 p.206-208.
- The College of Physicians & Surgeons of Manitoba. Guidelines Women's Health Screening and diagnosis of diabetes in pregnancy. Enero 2000.
- The Sanford Guide2006
- Vásquez A, Kñallevsky G.; Utilidad de la clínica en el diagnóstico de vaginitis. Evid. actual. práct. ambul. 2005; 8:13.
- [www.aafp.org/afp/20040401/1707.html](http://www.aafp.org/afp/20040401/1707.html)



**FICHA DE CONTROL DE LA BASE DEL PROYECTO DE ACCION.**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Maricela Suárez Delgado

**CENTRO UNIVERSITARIO:** Universidad Técnica Particular de Loja.

**“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE”, MARZO – AGOSTO 2011”**

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTE DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA						OBS.
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	
<b>RESULTADOS</b> 1. Guías y normas de control prenatal adaptadas al servicio y aplicándose	1.- Hasta el 30 de marzo del 2011, el 100% de las guías y normas adaptadas al servicio. 2.- Hasta el 30 de julio del 2011, el 100% de las guías y normas aplicándose al servicio.	100%						
2. Equipo de salud capacitado sobre guías y normas de control prenatal a usuarias.	Al 30 de abril del 2011, 100% del personal capacitado.	50%	100%					
3. Embarazadas y familiares informados sobre su rol en los controles prenatales.	Al 30 de agosto del 2011, el 100% de las embarazadas y familiares informados sobre su rol en los controles prenatales.				50%	80%	100%	

Tutora: Mg. Marcela Viteri

**DIRECTORA DE TESIS**

**ENCUESTAS**



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO  
LOCAL**

**CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE" DE MANTA**

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTO AL PERSONAL**

1. ¿Edad?

\_\_\_\_\_

2. ¿Grado de instrucción?

- Primaria ( )  
Secundaria ( )  
Superiores ( )  
Otros ( )

3. ¿Estado civil?

- Soltera ( )  
Casada ( )  
Unión libre ( )

4. ¿Conoce cuántos controles prenatales se debe realizar durante el embarazo?

Si ( ) No ( )

5. ¿Conoce los signos y síntomas de emergencia en el embarazo?

Si ( ) No ( )

6. ¿Conoce usted la importancia de la talla durante el embarazo?

Si ( ) No ( )

7. ¿Conoce usted cuáles son los exámenes que debe realizarse en el embarazo?

Si ( ) No ( )

8. ¿Conoce qué es la psicoprofilaxis en la embarazada?

Si ( ) No ( )

**OFICIOS ENVIADOS Y  
RECIBIDOS**

Manta, marzo 04 del 2011

**Lcda.**  
**Ramona Lucas**  
**Directora del Centro de Salud Cuba Libre**  
**Manta.-**

Señora Lcda.

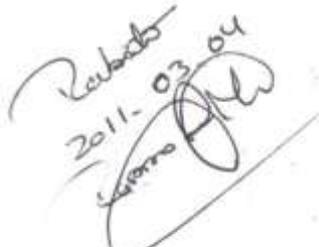
Como Maestrante de la Universidad de Loja, previo al título de Magister, llevaré a cabo un proyecto de **Mejoramiento de la Calidad de Atención a las Embarazadas**, período 2011, en este Centro de salud, por lo que solicito la respectiva autorización para llevarlo a cabo, siendo también prioridad brindar una actualización al personal acerca de educación a la embarazada y su Familia, solicito a usted de la manera más gentil se gestione la autorización para realizar la Inauguración de la jornada de Capacitación sobre Guías de atención prenatal en el auditorium de la institución con el personal de la institución para el día 7 de marzo del presente año, en horas de la mañana.

En caso de que esta solicitud tenga favorable acogida es necesario que a través de su despacho se realice las invitaciones al Equipo de Salud del Centro de Salud, le estaré eternamente agradecida.

Por la atención que le brinde a la presente me suscribo de usted.

Atentamente,

  
**Obst. Maricela Suarez Delgado**  
**Maestrante de gerencia en salud**  
**Universidad técnica de loja**

  
2011-03-04  
Ramona Lucas

**CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE”  
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**

**Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo  
Local**

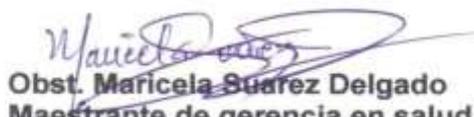
**ACTA DE COMPROMISO**

En la ciudad de Manta a los 4 días del mes de Marzo del 2011, la Lic. Lucas Ramona. Directora del Centro Salud 24 Horas “Cuba Libre” de Manta luego del análisis y reflexión profunda de nuestra realidad, conocida a través del **Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención a las Embarazadas** organizado por la Obst. Maricela Suarez Delgado, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, nos comprometemos como institución a Contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias Embarazadas que asistan a nuestra institución a través de la capacitación de actualización de las guías y normas prenatales al equipo de salud, que se dictará como complemento del proyecto.

Nos comprometemos a cooperar permanentemente con el mejoramiento continuo de los procesos preventivos, con el único fin de prevenir complicaciones en la embarazada y su hijo y contribuir a la sociedad futuros profesionales de éxito, por ende se mejorará la productividad económica y social del país.

Firmamos en forma conjunta por duplicado.

  
Lic. Ramona Lucas  
Directora Centro de Salud

  
Obst. Maricela Suarez Delgado  
Maestrante de gerencia en salud  
Universidad técnica de loja

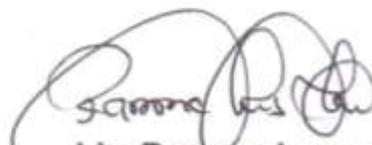
# CENTRO DE SALUD 24 HORAS “CUBA LIBRE”

## CERTIFICACION

A PETICION DE PARTE INTERESADA, la Directora del Centro de SALUD

Certifica: Que la **Obst. Maricela Suarez Delgado**, Maestrante de UPTL, luego de contar con el apoyo del Equipo de salud (Ginecólogo, Estadística, Laboratorio), elaboró-actualizó GUÍAS para Embarazadas, mismas que han sido revisadas y debidamente aprobadas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.



Lic. Ramona Lucas  
Directora Centro de Salud

## **FOTOGRAFÍAS**

CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE" DE MANTA



**REUNIÓN CON LA DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD,  
LIC. RAMONA LUCAS PARA QUE EMITA LA AUTORIZACIÓN RESPECTIVA**



**REUNIÓN CON LA PERSONAL DE SALUD SOLICITÁNDOLES EL APOYO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.**



**REUNIÓN CON LA PERSONAL DE SALUD SOLICITÁNDOLES EL APOYO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.**



**CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE GUÍAS Y NORMAS DE CONTROL PRENATAL.**



**APLICACIÓN DE LAS GUÍAS Y NORMAS PRENATALES.**





**EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD SOBRE GUÍAS Y  
NORMAS DE CONTROL PRENATAL.**



## EVALUACIÓN INICIAL A EMBARAZADAS



## PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO COLABORANDO EN LA TOMA DEL PRE TEST A EMBARAZADAS



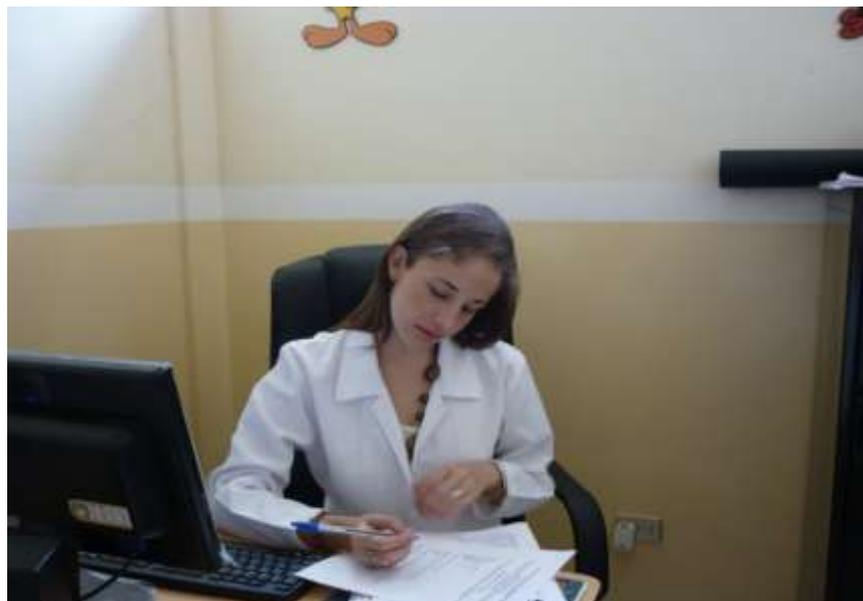
**MAESTRANTE APLICANDO EL PRE TEST DE EVALUACIÓN A EMBARAZADA**



**EMBARAZADA EFECTUANDO EL PRE TEST DE EVALUACIÓN**



**NUTRICIONISTA DEL CENTRO COLABORANDO CON LA ELABORACIÓN DEL  
PRE TEST DE EVALUACIÓN A EMBARAZADAS**



**INTEGRANTES DEL CLUB DE EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA LIBRE" CUANDO RECIBÍAN LAS CHARLAS ACERCA DEL CONTROL PRENATAL**



**LISTADOS DE  
ASISTENCIA**

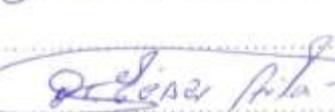
**NÓMINA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN DE GUÍAS Y NORMAS DE  
CONTROL PRENATAL**

LCDA. RAMONA LUCAS 

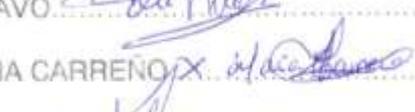
DRA. CELIA FARFAN 

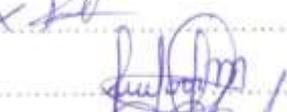
Dr. JORGE FARFÁN 

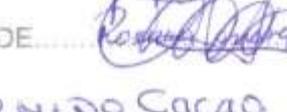
DR. HUGO TOALA 

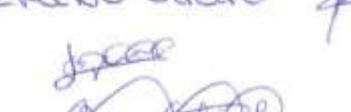
DRA. MARIA NIETO 

DRA. VITA FRANCO 

DR. CESAR AVILA 

OBS. MARICELA SUAREZ 

DRA. NATHALY BRAVO 

DRA. MARIA CECILIA CARREÑO X 

DR. DIEGO MENDOZA X 

LCDA. KATUSKA LOOR 

LCDA. ROXANA ANDRADE 

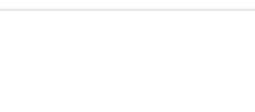
Lic. Genny PARNEDO CACAO 

VICTOR LOZANO 

Juliano Diano Codécor 

Juliano Monic Solórzano 

Ing. Teresita Farfan 

Mónica Laureano Cobos 

## LISTADO DE EMBARAZADAS

Item	Nombres y Apellidos	C.C.	FIRMAS
1	ALAVA CASTRO MERCY JOHANNA	130627486-9	
2	ARTEAGA MERO MARY ELIZABETH	130465897-3	
3	BARRIOS CENTENO ELENA ROSA	131698724-3	
4	BOWEN DELGADO CELIA MARIA	090104565-6	
5	BASTIDAS CAGUA CARMEN VIOLETA	131066678-9	
6	CEDEÑO CASTRO FLOR MARIA	130698754-4	
7	CIFUENTES MACIAS DIANA MARIA	130458777-3	
8	CABRERA CARRANZA DENIS ELIZABETH	130446773-1	
9	CALERO SALAZAR ERICA PAOLA	131216598-3	
10	DELGADO MORA SILVIA SUSANA	130987454-9	
11	DELGADO PARRALES MARTHA CECILIA	131465987-3	
12	ESMERALDAS CANTOS DIANA CAROLINA	130828456-9	
13	FARFAN MIRANDA NICOLLE PAMELA	131659874-2	
14	GARCIA BURGOS YOLANDA ELIZABETH	130666589-3	
15	GARCIA CUENCA GILMA MONSERRATE	131698746-8	
16	HARO HARO LIDIA MALENA	098754626-9	
17	INTRIAGO MENDOZA FATIMA LISBETH	130698744-6	
18	INTRIAGO MOREIRA MARIA EUNIDES	130456987-0	
19	LOPEZ LOPEZ MAYRA BEATRIZ	094658768-0	
20	LAGOS MERO SENIA MARIA	136498561-0	
21	MACIAS GARCIA ELSY MARIA	019456987-3	
22	ZAMBRANO ZAMBRANO CARLA SUSANA	130659845-3	

**INVITACIÓN**

*Estás embarazada.....?*



**CENTRO DE SALUD 24 HORAS "CUBA  
LIBRE"**  
**TE INVITA A QUE FORMES PARTE DEL  
"CLUB DE MADRES"**, en el cual se realizarán  
diferentes actividades que mejorará tu calidad de vida, la de tu  
hijo/a y la de tu familia.

*Inscríbete ya ¡Ahora!!!.....*

*Lugar: Centro de Salud 24 Horas Cuba Libre  
Fecha: 1 de Abril del 2011  
Hora: 10h00*



