PN-ACL-078
108434

MANUAL DE

MEDICAMENTOS Y ACCIONES ESENCIALES

PARA LA ATENCION DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO

«DEL PROBLEMA A LA ACCION»

Documento de apoyo
para la
atención de la madre y el recién nacido
en el primer y segundo niveles de atención

MotherCare Bolivia
febrero 2000

MOTHERCARE - BOLIVIA
Lisímaco Gutiérrez - Pasaje 490 N° 4 (Sopocachi)
Casilla N° 9288 - La Paz - Bolivia
Tel/Fax: 430949 - 434017

Esta publicación es posible gracias a la Oficina de Salud de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), bajo los términos de contrato N° HRN-C-00-98-00050-00 y de John Snow, (JSI).

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID y JSI/MothterCare

Depósito Legal: 4-1-219-00

Impreso en:
Stampa Gráfica Digital
Tel./Fax: 441705
E-mail stampa@ceibo.entelnet.bo
La Paz - Bolivia

Dirección Ejecutiva
Dr. Guillermo Seoane Flores

Dr. Miguel Angel Ugalde Castro
Investigador principal

Co-Investigadores:

Dr. Franz Conchari M.
Dr. José Seoane
Dr. Armando Claros
Dr. Freddy Jaldín P.
Dr. Víctor Hugo Jiménez V.

Colaboradores:

Dr. Gerardo Muñoz
Dr. Carlos Kraljevick
Dr. Eduardo Montellano
Dr. Juan Carlos Cruz
Dr. Carlos Fernandez V.
Dr. Carlos Romero M.

Equipo MotherCare Bolivia

Dr. Guillermo Seoane
Lic. Verónica Kaune
Dr. Miguel Angel Ugalde
Dr. Stanley Blanco
Dr. Juan Carlos Arraya
Lic. Liliana Medinaceli
Sec. Silvia Garvizú
Sr. Esteban Orihuela
Sr. Oscar Zuazo

Documento de apoyo
para la atención y manejo de las complicaciones maternas y perinatales
en el
I y II nivel de atención

MotherCare Bolivia
Año 2000

PRESENTACION

Este manual «de bolsillo» ha sido desarrollado, a partir del «estudio» de la Norma de Atención a la Mujer y el Recién Nacido para Puestos, Centros de Salud y Hospitales de Distrito (Norma Boliviana de Salud NB - SNS-02-96), con el objeto de dar al personal de salud una rápida llegada al uso del medicamento y la acción, una vez que identifica o diagnostica la causa y/o define el procedimiento a seguir.

No es nuestro deseo restringir ni mucho menos quitar al proveedor de servicios de salud la libertad de elegir el medicamento de su preferencia ni mucho menos encuadrar sus acciones, sólo deseamos aportar con una guía ágil y «recordatoria» de los medicamentos, acciones e insumos que le ayuden en su práctica clínica diaria.

«Del Problema a la Acción» traduce el uso de la metodología de resolución de problemas, método que nos ha servido para desarrollar los cuadros de acción por niveles de atención.

El uso de «medicamentos y acciones esenciales»,es un paso más importante para universalizar tratamientos necesarios que deben estar al alcance de la mano; responde también a las necesidades más cercanas que el proveedor requiere para tratar complicaciones o realizar procedimientos materno-perinatales más eficientes y eficacez.

El manual esta dividido en tres partes: la ***primera*** *trata sobre los medicamentos, insumos y acciones para una determinada complicación presente en la madre; la* ***segunda****, de aquellos utilizados para la atención de las complicaciones en el recién nacido. La* ***tercera****, sobre los insumos indicados habitualmente para desarrollar procedimientos y cuyo objetivo fundamental es dar un patrón básico de referencia para la solicitud o pedido de medicamentos («ayuda para realizar una receta») o bien para identificar al medicamento en el área de procedimiento específico. Muestra también tablas sobre algunos patrones normativos para el desarrollo de acciones definidas para el primer y segundo nivel de atención.*

Con esta breve introducción, ponemos a su consideración el presente manual cuyo contenido ha sido revisado y recomendado por personal especializado del segundo nivel de atención, para los cuales va nuestro sincero agradecimiento a sus valiosas contribuciones.

Dr. Guillermo Seoane Flores
Director MotherCare

INDICE

1. ATENCION DE LA MADRE (EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO) 17

ATENCION PRENATAL 17

CRITERIOS DE REFERENCIA DEL CONTROL PRENATAL DEL I AL II NIVEL DE ATENCION 18

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO 19

ANEMIA DEL EMBARAZO 19
FETO MUERTO Y RETENIDO 19
EMBARAZO PROLONGADO 20
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 21
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON INFECCION 22
INFECCION URINARIA BAJA Y ALTA 23
PRE-ECLAMPSIA LEVE, MODERADA Y SEVERA 25
ECLAMPSIA 27
AMENAZA DE PARTO PREMATURO 28

HEMORRAGIAS DE LA 1ª. MITAD DEL EMBARAZO 29

* AMENAZA DE ABORTO 29
* ABORTO INCOMPLETO 29
* ABORTO SEPTICO 30
* EMBARAZO ECTOPICO 31
* EMBARAZO MOLAR 32

HEMORRAGIAS DE LA 2ª. MITAD DEL EMBARAZO 33

* PLACENTA PREVIA 33
* DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE) 33
* ROTURA UTERINA 33

COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO 34

* TRABAJO DE PARTO PROLONGADO 34
* PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL 35
* PARTO PODALICO 35

ATENCION DEL PARTO **36**

COMPLICACIONES EN EL POST-PARTO ***37***

HEMORRAGIA POST-PARTO: 37

* RETENCION PLACENTARIA 37
* HIPOTONIA O ATONIA UTERINA POST-PARTO 38
* HEMATOMA VULVO-VAGINO-PERINEAL 38

ATENCION DEL PUERPERIO **39**

PUERPERIO INMEDIATO 39
PUERPERIO MEDIATO 39

INFECCIONES EN EL EMBARAZO, POST-PARTO O POST-ABORTO **40**

VULVO-VAGINITIS (CANDIDIASIS,TRICHOMONIASIS, GONORREA,
SIFILIS, CLAMIDIASIS) 40
VULVITIS, CERVICITIS 41
ENDOMETRITIS 41
ENDOMIOMETRITIS 42
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA (PARAMETRITIS) 43
ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO (PELVIPERITONITIS Y PERITONITIS) 44
SEPSIS PUERPERAL 44
CHOQUE SEPTICO 45
INFECCIONES DE LA MAMA 46
* MASTITIS AGUDA 46
* ABSCESO MAMARIO 46

2. ATENCION DEL RECIEN NACIDO **47**

CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO **49**

DURANTE LA PRIMERA HORA DE VIDA 49

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO ***50***

ASFIXIA GRAVE 50
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NEONATAL 51
* NEUMONIA 51-52
* MEMBRANA HIALINA 53
* ASPIRACION MECONIAL, APNEA RECURRENTE 53
RECIEN NACIDO PRETERMINO Y BAJO PESO AL NACER 54
ICTERICIA NEONATAL 55

INFECCIONES DEL RECIEN NACIDO **56**

ONFALITIS 56
CONJUNTIVITIS NEONATAL 57
* MANEJO PREVENTIVO 57
* INESPECIFICA 57
* GONOCOCICA 57
* POR CLAMIDEA TRACOMATIS 57
SIFILIS CONGENITA Y PRECOZ 58
* ASINTOMATICA 58
* SINTOMATICA CON LCR NORMAL 58
* SINTOMATICA CON LCR ANORMAL 58
SEPSIS NEONATAL 59

3. TECNICAS E INSUMOS PARA LA ATENCION DE LA MADRE Y EL R. NACIDO **61**

ANESTESIA GENERAL 63
CESAREA 63

USO DE METODOS NATURALES Y ARTIFICIALES DE PLANIFICACION FAMILIAR TEMPORALES Y DEFINITIVOS **65**

INDICADORES CLINICOS Y LABORATORIALES **66**

PIRAMIDE DE ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO POR NIVELES DE COMPLEJIDAD **67**

INTERVENCIONES DEL PAQUETE MADRE-BEBE (OPS/OMS) **68**

BIBLIOGRAFIA **69**

1. ATENCION DE LA MADRE

Previous Page Blank

PROCEDIMIENTO / COMPLICACION	MEDICAMENTOS	ACCIONES
ATENCION PRENATAL	**Sulfato Ferroso c/Ac. Fólico** 1 tableta (200 mg) VO, 1/2 hora después del almuerzo o por la noche, con jugo de naranja, limón u otro cítrico o con aporte de vitamina C o agua, durante todo el embarazo ***Efectos Colaterales*** * Náuseas, constipación (estreñimiento). Se recomienda tomar la tableta después de las comidas. No con té ó café ya que disminuyen su absorción. * Pirosis (ardor estomacal), diarrea. * Cambio del color de la heces «heces oscuras» ***Si la embarazada acude en el ultimo trimestre del embarazo, se recomienda:*** **Sulfato Ferroso c/Ac. Fólico** 400 mg/día (2 tabletas VO) hasta el final del embarazo **Toxoide Tetánico (DT)** 1 dosis, vía IM ***Nota: La vacuna DT viene en frascos para 20 dosis***	**I y II Niveles** ⇨ Llenar correctamente la HCPB y el Carnet Perinatal ⇨ Asegurar un ambiente de privacidad ⇨ Explicar los procedimientos a realizar ⇨ Medición del peso y Talla ⇨ Toma de la Presión Arterial ⇨ Examen físico general ⇨ Determinar la edad gesta-cional ⇨ Diagnosticar vitalidad fetal ⇨ Diagnosticar presentación fetal ⇨ Evaluación de la Pelvis ⇨ Clasificación del Riesgo ⇨ Hemograma ó Hemoglobi-nemia (determinación de Hemoglobina en sangre) ⇨ Grupo Sanguíneo y Rh ⇨ Examen general de orina ⇨ RPR, Glicemia, ⇨ Orientar sobre aspectos fundamentales: * Consumo de medicamentos * Visitas de control * Entrega y uso de materiales de IEC/O * Preparación para el parto * Prevención de ETS * Planificación familiar * Lactancia materna * Próxima consulta * Uso del Carnet Perinatal ⇨ Entrega del **Carnet Perinatal** **Nota: En el I Nivel deben establecerse cuales son los exámenes que pueden realizarse y cuales están al alcance de la mano.**

Previous Page Blank

CRITERIOS DE REFERENCIA PARA EL CONTROL PRENATAL (DEL I AL II NIVEL)

⇨ Toda embarazada con los siguientes antecedentes debe ser referida al II Nivel:

ANTECEDENTES DE LA EMBARAZADA	
Edad y paridad	* Nulípara de 15 años o menos * Nulípara de 35 años o más * Multípara (+ de 5 hijos) de35 años o más
Partos anteriores	* Antecedentes de muertes fetales * Antecedentes de 2 nacidos muertos durante el parto * Antecedentes de hijos muertos a la 1ª. semana * Antecedentes de cesárea anterior * Antecedentes de hemorragia post-parto * Antecedentes de sufrimiento materno o fetal * Antecedentes de enfermedad asociada al embarazo * Antecedentes de malformaciones congénitas en el recién nacido
Fecha de última menstruación (FUM)	* FUM desconocida o con DUDAS y fondo uterino sin relación al tiempo de embarazo probable * FUM conocida y fondo uterino sin relación al tiempo de embarazo
Complicaciones maternas y perinatales ocurridas durante el embarazo según los protocolos presentes en las normas de atención	* Cualquiera de ellas según la evaluación y definición del problema

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO		
ANEMIA DEL EMBARAZO	**Sulfato Ferroso c/Acido Fólico**, 1 tableta 2 ó 3 veces al día (Dosis Total=400 a 600 mg/día) por 30 días, 1/2 hora después de las comidas, idealmente con jugo de naranja o limón u otro cítrico o con aporte de vitamina C o agua. ***Post-tratamiento:*** ***(En caso de que la hemoglobina haya aumentado)*** **Sulfato Ferroso c/Ac. Fólico**, 1 tableta diaria hasta el final del embarazo.	**I y II Niveles** ➪ Informar, orientar y explicar los riesgos de la anemia en el embarazo. ➪ Indicar consumo de alimentos ricos en hierro. ➪ Controles de Hemoglobina Sérica Rápida y controles de Hb mensual **Criterios de referencia:** ➪ Si la Hemoglobina no se incrementó durante el mes de tratamiento, refiera a un nivel superior para otros estudios. ➪ Si hay signos de falla cardíaca. ➪ Si los recursos son insuficientes para manejar el caso. ***Nota:*** *Toda anemia moderada o severa cerca del parto o durante el parto debe ser referida de inmediato al II o III Nivel*
FETO MUERTO Y RETENIDO	**Suero fisiológico ó Suero Glucosado** al 5 % 500 ó 1000 cc **Ocitocina** 5 ,10, 20,40 UI (disueltas en el Suero) dependiendo de la edad gestacional **Prostaglandinas** 1 o 2 tabletas colocadas en fondo de saco vaginal posterior ó intracervical, 6 Hrs previas a la conducción ***Inhibición de la lactancia postparto:*** **Bromocriptina** 2.5 mg VO cada 12 Hrs por 14 días ***Nota:*** *Se debe evaluar las condiciones cervicales para realizar inductoconducción*	**I Nivel** ➪ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de referencia a realizar **II Nivel** ➪ Hospitalización. ➪ Reposo absoluto. ➪ Control de signos vitales Hemograma, Tiempo de Coagulación y sangria. Hemoglobina, Grupo Sanguíneo y Rh ➪ Fibrinógeno Plasmático, cuantificación de plaquetas y TP de Tromboplastina (si fuera posible) ➪ Examen general de orina ➪ Test de embarazo, Ecografía ➪ Valorar situación y presentación fetal, estado del cervix. ➪ Indicar cesárea si las modificaciones cervicales «NO son desfavorables» o falta de respuesta al tratamiento

		Postparto: ⇨ Vendaje compresivo en mamas por 3 a 5 días **Criterios de referencia:** ⇨ Toda paciente con sospecha o confirmación de muerte fetal debe ser referida al II o III nivel. ⇨ Si los recursos son insuficientes. ⇨ Si existen complicaciones sobreagregadas.
EMBARAZO PROLONGADO	***Si las condiciones materno-fetales son buenas realizar inducto-conducción del parto con:*** **Suero Fisiológico** 1000 cc **Ocitocina** 1 a 5 UI (disueltas en el Suero) a 10 gotas/min iniciales. Aumentar la dosis al doble del goteo y sucesivamente cada 20 minutos, hasta obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40 segundos de duración. ***Se dbe realizar Test de tolerancia a las contracciones (Prueba de Posse).***	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de referencia a realizar **II Nivel** ⇨ Ecografía obstétrica para determinar edad gestacional, grado de maduración placentaria, volumen de líquido amniótico. ⇨ Perfil Biofísico Fetal (PBF) ⇨ Amniocentesis ⇨ Amnioscopia **Criterios de referencia:** ⇨ Toda paciente con sospecha o confirmación de embarazo prolongado debe ser referida al II o III nivel. ⇨ Si los recursos son insuficientes. ⇨ Si existen complicaciones sobreagregadas. **Indicar Cesárea si existen riesgos materno-fetales**

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	***Con gestación menor a 26 semanas:*** **Ampicilina** 1 g IV ó IM de inicio y luego 1 g VO cada 6 Hrs. ***Con gestación entre 27 a 35 semanas:*** **Betametasona** 12 mg IM de inmediato, repetir la dosis a las 24 horas y cada 7 días hasta el parto si es necesario **Ampicilina** 1 g IV ó IM de inicio y luego 1 g VO cada 6 Hrs. ***Elija el antibiótico sugerido en el antibiograma no tóxico para el embarazo.*** ***Con gestación de 36 semanas o más semanas:*** * ***Si el trabajo de parto no se ha iniciado a las 6 Hrs o si aparecen signos de infección se debe iniciar inducto-conducción del parto con:*** **Suero Fisiológico** 1000 cc **Ocitocina** 1 UI (diluida en el Suero) a 10 gotas/min y aumente la dosis al doble del goteo hasta obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40 segundos de duracion. **Ampicilina** 1 g IV ó IM de inicio y luego 1 g VO cada 6 Hrs.	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de referencia a realizar. **II Nivel** **Conducta expectante:** ⇨ Reposo relativo (bajo hospitalización) ⇨ Control de signos vitales maternos cada 4 a 6 Hrs en busca de taquicardia o fiebre. ⇨ Leucograma diario, velocidad de eritrosedimentación, Proteína C reactiva cuantitativa (el resultado negativo sugiere ausencia de infección) ⇨ Verificar variedad de posición, la situación y la presentación fetal ⇨ Aseo perineal al ingreso y diariamente, proteger los genitales con apósito estéril y cambiarlo frecuentemente. ⇨ Toma de muestra al inicio y semanalmente, del cérvix y vagina para cultivo y antibiograma ⇨ Control ecográfico, PBF ⇨ Test de Clements ⇨ Evaluar maduración cervical para inducto-conducción. ⇨ No realizar tactos vaginales frecuentes ⇨ No inhibir el trabajo de parto ⇨ Verificar variedad de posición, la situación y la presentación fetal ⇨ Cuando la evaluación cervical es NEGATIVA y/o la inducto-conducción fracasa o hay signos de sufrimiento fetal, debe indicarse: **Cesárea**.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS "CON INFECCION"	***Esquema 1 (biasociado):*** **Ampicilina** 1 g. IV cada 6 Hrs las primeras 4 o 5 dosis, luego continuar vía IM por 7 a 10 días **Gentamicina** 80 mg IM cada 8-12 Hrs por 7 a 10 días ***Ante sospecha de Sepsis:*** ***Esquema 2 (triasociado)*** **Penicilina Sódica 5.000.000 UI IV lenta de início y cada 6 horas** **Cefotaxima** 1 a 2 g IV cada 8 horas **Gentamicina** 80 mg IM cada 8-12 Hrs por 7 a 10 días ***Esquema 3 (triasociado)*** **Metronidazol** 500 mg IV por prefusión IV para 30 minutos. Continuar la misma dosis a goteo lento para 8 horas y cada 8 horas. **Cefotaxima 1 a 2 g IV cada 8 horas** **Gentamicina 80 mg IM cada 8 a 12 horas por 7 a 10 días** ***Nota:*** * ***Considerar el uso de antimicóticos ante la falta de respuesta al tratamiento*** * ***Utilizar aminoglucósidos sólo si existe buena función renal*** * ***Ajustar el antibiótico al resultado del cultivo y AB***	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de referencia a realizar. **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ Informar a Neonatología las condiciones del embarazo. ⇨ Reposo absoluto ⇨ Control de signos vitales maternos cada 2 Hrs ⇨ Leucograma, velocidad de eritrosedimentación, Proteína C reactiva cuantitativa (el resultado negativo sugiere ausencia de infección) ⇨ Examen obstetrico y evaluación de las condiciones cervicales ⇨ Aseo perineal y proteger los genitales con apósito estéril y cambiarlo frecuentemente. ⇨ Toma de muestra para cultivo y antibiograma de cérvix y vagina ⇨ Control ecográfico **Criterios de referencia:** ⇨ Toda RPM con infección debe ser trada en II o III nivel **Nota: Terminar el embarazo en un plazo no mayor a 8 Hrs, mejor si es por vía vaginal, independientemente de la edad gestacional.**

INFECCION URINARIA	**INFECCION URINARIA BAJA** ***Esquema 1 (hasta las 28 semanas)*** **Nitrofurantoína** 100 mg c/8 horas por 10 a 14 días. Si se establece recurrencia repetir el tratamiento ***Esquema 2*** **Ampicilina** 500 mg a 1 g VO cada 6 Hrs por 10 a 14 días, después de las comidas Esquema 3 **Amoxicilina** 1 g VO c/8 horas por 10 a 14 días ***Esquema 4(desde las 13 semanas de embarazo)*** **Trimetoprima** 100 mg c/12 Hrs. VO por 10 días **Paracetamol** 500 mg, 1 tableta cada 6 Horas **Vitamina C 1 g VO cada dia** ***Nota:*** Si se realizo cultivo y antibiograma de orina realizar Tratamiento antibiótico dirigido. **INFECCION URINARIA ALTA** **Esquema completo:** **Gentamicina** 80 mg IM cada 8 Hrs. por 15 días ***(suspender su uso cerca del parto para prevenir posible ototoxicidad fetal) o 280 mg IM en dosis única.***	**I y II Niveles** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos a realizar. ⇨ Controlar signos vitales ⇨ Indicar ingesta abundante de líquidos (3 a 4 L al día) ⇨ Indicar analgésicos-antipiréticos ⇨ Examen de sedimento urinario y presencia de Nitritos ***Se recomienda cultivo y antibiograma de la orina si existe más de 100.000 colonias bacterianas/ml (en exámen general de orina o por recuento de bacterias en orina)*** **II Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos a realizar. ⇨ Reposo absoluto ⇨ Controlar signos vitales cada 6 horas ⇨ Indicar ingesta abundante de líquidos (3 a 4 L al día) o vía parenteral ⇨ Indicar analgésicos-antipiréticos ⇨ Hemograma, NUS, creatinina sérica ⇨ Examen general de orina ⇨ Cultivo y antibiograma ⇨ Ecografía de control **Criterios de control:** ⇨ Sedimento urinario, cultivo y antibiograma a la semana, al mes y a los tres meses de ocurrida la infección.

	Ampicilina 1 g VO cada 8 Hrs. por 15 días **Paracetamol** 500 mg, 1 tableta VO cada 6 Horas **Suero Fisiológico ó Ringer Lactato** para hidratación forzada (3 a 4 L/día) ***Si se realizo cultivo y antibiograma de orina:*** *Tratamiento antibiótico dirigido.* ***Terapia supresiva:*** **Nitrofurantoína 50 mg**, 2 o 3 veces al día hasta completar los 30 días o hasta el parto según el cuadro y la tolerancia del paciente.	**Criterios de referencia:** ⇨ Toda Infección Urinaria Alta debe ser referida a un II o III Nivel ⇨ Si no se cuentan con los recursos adecuados para su tratamiento. ⇨ Toda sospecha de complicación o agravamiento del cuadro debe ser referida al II o III nivel. ⇨ Toda infección urinaria baja recurrente debe ser referida al nivel superior. ⇨ Toda infección urinaria alta debe ser tratada en el II o III nivel.

PRE-ECLAMPSIA	**PRE-ECLAMPSIA LEVE Y MODERADA** **Metildopa** 500 mg c/6 a 12 Hrs. vía oral hasta el final del embarazo, y evaluación de respuesta al tratamiento **PRE-ECLAMPSIA SEVERA** **Diazepam** 5 mg. vía oral o 10 mg IV/IM **Suero Fisiológico** 1000 cc **con Sulfato de Magnesio al 10 % (1 g)** 6 a 10 g (disuelto en el Suero Fisiológico) a dosis de 1 g/hora ó a 32 gotas/minuto. ***En caso de disminución de reflejos y depresión respiratoria*** producida por Sulfato de Magnesio, administrar: **Gluconato de Calcio al 10 % (10 cc)** 1 ampolla IV lentamente, como antídoto. ***Antihipertensivos*** ***Esquema 1:*** **Nifedipino** 10 mg Sublingual (SL) o VO. Bajo control de Presión Arterial a los 10 y 20 minutos de su administración. Si la presión arterial no desciende a los 20 minutos de su administración, debe repetirse la dosis. Máximo 3 dosis. ***Nota:*** *Si se consiguió bajar la PA, se debe administrar 10-20 mg. cada 12 Hrs de acuerdo a respuesta. Se puede añadir 10 mg SL si la PA diastólica sube a más* de 100 mmHg (en cualquier momento).	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos a realizar. ⇨ Reposo domiciliario, en decúbito lateral izquierdo ⇨ Controles semanales de PA y exámen obstétrico en consulta externa **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ Dieta hiperproteica normosódica ⇨ Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo ⇨ Control de PA cada 20 minutos ***Nota:****En ningún caso la PA diastólicadebe bajar a menos de 40 mmHg* ⇨ Control de actividad uterina y FCF cada 4 horas ⇨ Control de reflejos osteotendinosos ⇨ Diuresis horaria ⇨ Hemograma, Examen completo de orina ⇨ Proteinuria en orina recolectada durante 24 Hrs. ⇨ Ac Urico, Creatinina y Nitrógeno ureico ⇨ Ecografía, PBF ⇨ Evite estímulos fuertes(luz, ruidos o procedimientos bruscos) ⇨ Evite esfuerzos potentes como pujo ⇨ Test de clements(amniocentesis) **Criterios de interrupción del embarazo:** ⇨ Pre-eclampsia severa con gestación mayor o igual a 35 semanas ⇨ Deterioro de la unidad fetoplacentaria previa maduración pulmonar ⇨ Inminencia de eclampsia (eclampsismo)

	Esquema 2: **Hidralazina Sulfato** 50 mg IV lento, con controles de presión cada 5 minutos. Si a los 20 minutos no existe respuesta se debe administrar a 10 mg IV lento y posteriormente 15 mg IV lento. ***Dosis de mantenimiento:*** **Hidralazina** 50 mg (1 ampolla) en 500 cc de **Dextrosa al 5 %** ó Fisiológico (6 a 12 mg/hora) según respuesta, ***continuar:*** 25 a 50 mg vía oral c/6 horas. ***Para inducto-conducción:*** (Siga el protocolo de manejo correspondiente) ***En caso de taquicardia:*** **Propanolol** 20 a 40 mg tres veces al día. ***Si la PA cae en 20 mmHg en los primeros 10 minutos, se debe administrar:*** **Suero Fisiológico** 500 cc a 60 gotas/minuto (vía sola) ***Nota: No utilizar ergonovínicos en el post-parto. Use ocitocina según protocolos.*** ***Para maduración pulmonar:*** **Betametazona** 12 mg IM (3 amp de 4 mg) cada 24 Hrs sólo dos dosis.	**Criterios de referencia:** ⇨ Si no se dispone de los recursos necesarios ⇨ Sospecha de preclampsia severa o signos de eclampsismo bajo tratamiento indicado

ECLAMPSIA	**TRATAMIENTO ANTI-CONVULSIVANTE** **Sulfato de Magnesio** 4 g IV lento (en 4 a 5 minutos) dosis inicial. **Suero fisiológico** 1000 cc. ó **S. Fisiologico**, con **Sulfato de Magnesio** 4 a 6 g (dosis de 1 g/hora ó a 32 gotas/minuto). ***Continuar hasta 24 horas después del parto.*** ***En caso de disminución de reflejos y depresión respiratoria*** producida por el Sulfato de Magnesio administrar. **Gluconato de Calcio al 10 % (10cc)** 1 ampolla IV lentamente, como antídoto. ***Nota:*** *Sólo cuando no exista Sulfato de Magnesio puede utilizarse Diazepam 10 mg IV lento y referir de inmediato. El Diazepam puede aumentar el riesgo de broncoaspiración materna y producir depresión respiratoria del RN al nacimiento.* *ATENDER EL PARTO EN PERIODO EXPULSIVO O EN MULTIPARAS CON MAYOR A 8 CM DE DILATACION, ROMPIENDO LA BOLSA AMNIOTICA* *REFERENCIA EN COMPANIA DE PERSONAL ENTRENADO*	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de referencia a realizar ⇨ Iniciar tratamiento y referir con el cuadro controlado **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ NPO ⇨ Colocar cánula de Mayo en boca ⇨ Limpiar y aspirar secreciones ⇨ Colocar a la usuaria en decúbito lateral izquierdo si es posible con almohadas ⇨ Oxígeno húmedo ⇨ Control de PA cada 20 minutos ⇨ Control de actividad uterina y FCF cada 20 minutos ⇨ Control de FR y reflejos osteotendinosos ⇨ Diuresis horaria por sonda Foley ⇨ Hemograma, Examen completo de orina ⇨ Proteinuria en orina recolectada durante 24 Hrs. ⇨ Ac Urico, Creatinina y N.Ureico ⇨ Ecografía obstétrica ⇨ Evite estímulos fuertes(luz, ruidos o procedimientos bruscos) ⇨ Evite esfuerzos potentes como pujo ⇨ Valorar la interrupción del embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional previa estabilización del cuadro **Criterios de referencia:** ⇨ Si no se dispone de los recursos necesarios ⇨ Patología agregada ⇨ Agravamiento del cuadro ⇨ Necesidad de terapia intensiva en el III nivel

AMENAZA DE PARTO PREMATURO	**Ringer Lactato, Fisiológico o Dextrosa al 5 %,** 1000 cc a 30-60 g/min como expansor volumétrico que puede inhibir la actividad uterina **Oxigeno** Húmedo con máscara: 2 a 5 l/min si hay disponibilidad. ***Tratamiento: (de las 27 a las 35 semanas de gestación) SIMILAR en el primer y segundo niveles de atención:*** ***Esquema a seguir:*** **Suero Fisiológico o Glucosa-do al 5%,** 500 cc con **Ritodrina** 10 -15 mg (1 amp) Iniciar goteo a 20 g/min, incrementando el goteo, cada 20 minutos, de 10 en 10 gotas hasta inhibir las contracciones uterinas. No sobrepase las 60 g/min. ***Inhibidas las contracciones:*** se puede indicar 1 tableta de 10 - 50 mg cada 6 horas de mantenimiento 1 ó 2 horas antes de terminar la inhibición por venoclisis. ***Nota:*** *La Ritodrina puede producir: taquicardia, vasodilata-ción, hipotensión arterial, náuseas, vómitos y escalofríos El pulso materno no debe sobrepasar los 120 latidos/min. Dosis:0.05 a 0.30 mg/min. No usar antes del las 20 semanas de gestación.* **Diazepam** 5 a 10 mg VO c/12 Hrs **Betametasona** 12 mg (3 ampollas de 4 mg) IM cada 24 Horas por dos días, luego, 12 mg cada 7 días hasta las 35 semanas ó **Dexametasona** a la misma dosis **Indometacina** 100 mg VR cada 24 Hrs por 3 a 7 días)dosis máxima hasta antes de las 34 semanas de gestación	**I y II Niveles** ⇨ Informar a la madre y los familiares sobre el caso, riesgos y los procedimientos a realizar ⇨ Investigar la FUM real ⇨ Descartar infección urinaria por clínica ⇨ Medir altura de fondo uterino ⇨ Investigar actividad uterina ⇨ Evaluar tamaño de la cabeza fetal ⇨ Evaluar frecuencia cardiaca fetal ⇨ Reposo absoluto ⇨ Decúbito lateral izquierdo ⇨ Controlar la actividad uterina, signos vitales. FCF cada 20 minutos ⇨ Hemograma, Ex. General de Orina, Grupo y Rh ⇨ Controlar el efecto inhibitorio cada 2 Hrs. **Criterios de referencia:** ⇨ Si los recursos son insuficientes para el manejo de caso ⇨ Si no hay respuesta al tratamiento ***Notas:*** *Se debe iniociar tratamiento de maduración pulmonar antes de realizar la referncia* *No realizar uteroinhibi-ción en: rotura prematura de membranas, diabetes descompensada, nefropatía, cardiopatía, feto muerto retenido, preeclampsia severa o eclampsia, dilatación mayor a 4 cm, retardo en el crecimiento fetal intrauterino, ano malía congénita incompatible con la vida.*

HEMORRAGIA DE LA 1ª. MITAD DEL EMBARAZO		
AMENAZA DE ABORTO	**Indometacina** 100 mg. 1 supositorio VR cada 24 Hrs por 3 a 7 días (dosis máxima recomendada)a partir de las 8 semanas Diazepam 5 mg VO cada 8 a 12 horas (por encima de las 8 semanas de gestación solamente) ***Nota:*** *Se debe realizar tratamoiento del cuadro etiológico desencadenante según protocolos respectivos.*	**I y II Niveles** ➪ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos y procedimientos a realizar. ➪ Reposo absoluto ➪ Apoyo psicológico ➪ Control de signos vitales y hemorragia genital ➪ Hemograma completo, Grupo Sanguíneo y Rh. ➪ Ex. general de orina ➪ Ecografía ➪ Test de embarazo, prueba inmunológica o biológica (determinación de gonadotrofinas) en caso necesario. **Criterios de referencia:** ➪ Si continúa la hemorragia pese al tratamiento. ➪ Si el cuadro se agrava o se sospecha de complicación derive al II o III nivel.
ABORTO INCOMPLETO	**Suero Fisiológico ó Ringer Lactato** 1000 cc para mantrener vía permeable. ***Una vez producida la expulsión del producto y sus anexos:*** **Maleato de Metilergonovina** (Methergin) **ó Maleato de Ergometrina** 0.2 mg, 1 ampolla IM la primera dosis, luego 1 gragea VO cada 8 Hrs. por 5 días en caso de necesidad. Ampicilina 500 mg a 1 g VO cada 6 a 8 horas por 5 a 7 días ó... Amoxicilina 500 mg VO cada 6 a 8 horas por 7 días	**I y II Niveles** ➪ Informar a la usuaria y sus familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos a realizar ➪ Autorización para procedimientos (usuaria y familiares) ➪ NPO (6 a 8 hrs previas a la anestesia general) ➪ Control de signos vitales ➪ Reposo absoluto ➪ Hemograma completo, Grupo Sanguíneo y Rh. ➪ Ex. general de orina ➪ Ecografía de control **II Nivel** ➪ Preparar Aspiración Manual Endouterina ó el Legrado Uterino evacuador bajo anestesia general **Criterios de referencia:** ➪ Si continúa la hemorragia pese al tratamiento.

ABORTO SEPTICO	**Oxígeno** húmedo a 4 litros por minuto por máscara **Suero fisiológico o Ringer Lactato** 1000 cc a 30 o 60 gotas/min **Ocitocina** 20 a 40 UI (diluída en el Suero Fisiológico) a 10 gotas por minuto para ayudar a la expulsión de restos **Paracetamol** 500 mg. 1 a 2 tabletas VO cada 6 Hrs o **Acetaminofeno** en la misma dosis. **Terapirol** 1 amp. Se puede utilizar la vía IM ***Esquema 1 (biasociado)*** **Penicilina G Sódica** 5.000.000 UI , IV lenta, cada 4 Hrs(previa sensibilización alérgica) **Gentamicina** 80 mg. cada 8 o 12 Hrs IM ***Esquema 2 (triasociado)*** **Penicilina G Sódica** 5.000.000 UI , IM cada 4 Hrs **Gentamicina** 80 mg cada 8 o 12 Hrs IM **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas ***Esquema 3(triasociado)*** **Ampicilina** 1 g IV cada 4 o 6 Hrs **Gentamicina** 80 mg cada 8 o 12 Hrs IM **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas **Maleato de Metilergonovina** 0.2 mg, 1 ampolla IM cada 8 Hrs con todos los esquemas	⇨ Si el cuadro se agrava o se sospecha de complicación derive al II o III nivel. **Todo aborto incompleto debe ser referido al II o III nivel** **I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos de atención o referencia a realizar **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ NPO ⇨ Control de signos vitales cada 15 minuto o de acuerdo a la gravedad del caso y hemorragia genital ⇨ Reposo absoluto en posición semisentada(semiFowler) ⇨ Control de la fiebre por medios físicos. ⇨ Hidratación parenteral y PVC ⇨ Sonda Foley y control de diuresis horaria (no debe ser menor a 30 cc/Hr) ⇨ Hemograma completo, Tiempo de Coagulación y Sangría, PCR, VES, Grupo Sanguíneo y Rh ⇨ NUS, Creatinina, Urea, Glicemia ⇨ Ex. general de Orina ⇨ Balance hidroelectrolítico ⇨ Ecografía de control ⇨ Legrado uterino post-inicio de tratamiento antibiótico después de las 8 - 24 Hrs ⇨ Cultivo y AB de flujo genital y examen histopatologico de restos

	Esquema 4(biasociado) (resistencia o alergia a la penicilina) **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas **Cefotaxima** 1 g IM cada 8 ó 12 horas por 7 días ó IV cada 4 a 6 horas	**Criterios de referencia:** ⇨ Toda paciente con sospecha de aborto séptico debe ser referida al II o III nivel con quirófano. ⇨ Si los recursos son insuficientes para manejar el caso.
EMBARAZO ECTOPICO COMPLICADO	**Oxigeno** Húmedo 4 a 6 litros/minuto por mascara en caso necesario **Venoclisis** c/aguja mariposa No 19, **Venocath, Cavafix** **Ringer Lactato** 1000 cc a goteo continuo ***En caso necesario:*** **Suero Fisiológico**, añadir infusión de 1000 cc (en doble vía en caso necesario) ***En caso de anemia aguda:*** **Sangre fresca o Plasma**, transfusión de unidad (es)bajo tipificación de grupo. ***Nota:*** *Puede utilizarse expansores plasmáticos tipo* **Haemacel, *si se cuenta con el mismo a 40 gotas por minuto.***	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, la gravedad del caso y procedimientos inmediatos de referencia a realizar ⇨ Identificar en la familia posible donante de sangre. **II Nivel** ⇨ Hospitalización. ⇨ Reposo absoluto ⇨ Control de signos vitales cada 15 o cada hora de acuerdo a la gravedad del caso. ⇨ Instalación de Sonda Foley. ⇨ Hemograma, Hematocrito y Hemoglobina, Grupo Sanguíneo y Rh ⇨ Examen general de orina ⇨ Test de embarazo ⇨ Ecografía ⇨ Examen ginecológico minucioso ⇨ Punción del Fondo de saco de Douglas si fuera posible. ⇨ Identificación de Grupo y Rh sanguíneos de posible donante **Criterios de referencia:** ⇨ Toda paciente con sospecha o confirmación de embarazo ectópico debe ser referida al II o III nivel con quirófano para **Laparotomía** con venoclisis indicada

EMBARAZO MOLAR (MOLA HIDATIFORME)	Venoclisis c/aguja **mariposa No 19, Venocath, Cavafix:** **Ringer Lactato** 1000 cc a 30 ó 40 gotas/min ***En caso de anemia aguda:*** **Sangre fresca o Plasma**, transfusión de unidad (es) de bajo tipificación de grupos. **Prostaglandina E2 (Misoprostol)** 1 o 2 tabletas de 10 o 20 mg endocervical ó intravaginal (Douglas) cada 4 horas. Mayor respuesta en embarazo de más de 28 semanas. No usar más de 2 días en tratamiento continuo. ***Iniciar inducto-conducción con:*** **Suero Fisiológico o Dextrosa al 5 %** 1000 cc **Ocitocina** 20 a 40 UI (disuelta en el Suero) a 10 gotas/min y aumentar según dosis respuesta ***Producida la expulsión de la Mola Hidatiforme:*** **Metilergonovina** 0.2 mg IM de inmediato y 1 gragea VO cada 8 horas	**I Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, los procedimientos de atención o referencia a realizar. ⇨ Autorización para procedimientos. ⇨ Identificar en la familia posible donante de sangre. **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ NPO ⇨ Reposo absoluto ⇨ Control de signos vitales ⇨ Hemograma, Hematocrito y Hemoglobina, Grupo Sanguíneo y Rh. ⇨ Examen general de orina ⇨ Test de embarazo, dosificación de ganadotrofina coriónica humana. ⇨ Ecografía ⇨ Examen ginecológico minucioso ⇨ Tallo de laminaria (si fuera posible, según técnica) **Producido el aborto:** ⇨ Legrado instrumental según técnica (ver manual de procedimientos) **Criterios de referencia:** ⇨ Toda paciente con sospecha o confirmación de Mola debe ser referida al II o III nivel con quirófano para Legrado Instrumental o AMEU ⇨ Ante sospecha de complicación

HEMORRAGIAS DE LA 2a. MITAD DEL EMBARAZO		
* *PLACENTA PREVIA* * *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA* * *ROTURA UTERINA*	**Ringer Lactato por venoclisis** 1000 cc a chorro en 2 vías si es necesario o **Haemacel** a 40 gotas /minuto. **Sangre o Plasma.** ***Con gestación menor a 36 semanas:*** **Betametasona** 12 mg IM de inmediato **Oxígeno** húmedo a 4 a 6 L/ minuto Nota: Hemorragia leve antes de las 36 semanas debe seguir tratamiento expectante. Por encima de 36 se debe terminar el embarazo por cesárea.	**I y II Nivel** ⇨ Informar a la usuaria y a los familiares los riesgos, los procedimientos de atención o referencia a realizar. **I nivel** ⇨ **NO REALIZAR TACTO VAGINAL** ⇨ Oxígeno húmedo a 4 litros por min. ⇨ Buscar un posible(s) donador(es) acompañante para posible transfusión previo Grupo y Rh ⇨ Canalíce vena y refiera en posición de Trendelemburg **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ Reposo absoluto ⇨ Control de signos vitales , frecuencia cardíaca fetal y hemorragia genital para evaluar el cuadro ⇨ Control de diuresis horaria ⇨ Decúbito lateral izquierdo o Trendelemburg ⇨ No tactos vaginales ⇨ Hemograma, Hemoglobina, Hematocrito, Plaquetas ⇨ Grupo Sanguíneo y Rh ⇨ Buscar donador para posible transfusión ⇨ Ecografía para confirmar el diagnóstico, PBF ⇨ Preparar cirugía en caso de emergencia **En caso de desprendimiento prematuro de placenta:** ⇨ Prueba de coagulación y sangría (prueba de retracción del coágulo en tubo de ensayo). **En caso de rotura uterina:** ⇨ En caso de mujer joven y sin hijos debe evaluarse la posibilidad de conservar el útero. **Criterios de referencia:** ⇨ Si existe duda ante el diagnostico y no tiene recursos disponibles ⇨ Si existen otras complicaciones sobreañadidas en la madre y el feto.

COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO		
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	**Oxígeno** húmedo a 4 a 6 L/min con máscara: 2 a 5 l/min si hay disponibilidad. **Ringer lactato ó Suero fisiológico 500 cc**, por venoclisis para hidratación de la usuaria. ***Si las membranas están rotas más de 6 Hrs:*** **Ampicilina** 1 gramo IV o IM y luego 1 g VO cada 6 Hrs Nota: se debe realizar inductoconducción sólo y previa valoración de los riesgos materno-fetales	**I Nivel** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ⇨ Tranquilizar a la embarazada. **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ Líquidos azucarados VO ó vía parenteral. ⇨ Estimular micción espontánea ⇨ Decúbito lateral Izquierdo ⇨ Valorar actividad uterina y FCF ⇨ Valorar condiciones pelvianas, tamaño fetal, presentación o variedad de posición ⇨ Realizar partograma ⇨ Si no existe buena dinámica, realizar inducto-conducción según normas. ⇨ Realizar RAM con 7 o más de dilatación (prueba de parto) **Criterios de referencia:** ⇨ Sospecha diagnóstica y falta de recursos para su manejo. ⇨ Falta de descenso, meconio, sufrimiento fetal con DIP II, derivar para cesárea. ⇨ Membranas rotas y trabajo de parto activo con partograma anormal (la línea de acción sobrepasa la curva de alerta) ⇨ Si la dilatación progresa a menos de 1 cm de dilatación por hora con trabajo de parto activo. ⇨ Trabajo de parto activo mayor a 12 Hrs en primíparas u 8 Hrs en multíparas.

PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL	***Canalizar vena: (con feto vivo)*** **Suero Glucosado al 5 % ó Suero Fisiologico** 500 cc, con... **Ritodrine** (Materlac) 10 a 15 mg, 1 amp (disuelta en el Suero) a 20 gotas/minuto. Iniiciar goteo a 20 g/min y aumentar cada 20 minutos de 10 en 10 gotas. No pasar de 60 gotas/min **Oxígeno** húmedo a 5 litros/ minuto.	**I Nivel** ⇨ Evaluar la vitalidad fetal con ***Doppler*** si es posible *(recuerde que el soplo placentario es indicativo de vitalidad fetal)* ⇨ Brindar la información adecuada a los familiares sobre la gravedad del caso. **Si el feto esta vivo:** ⇨ Desplazar la presentación con los dedos hacia arriba si el cordón esta saliendo fuera de los genitales, envolver el mismo sin hacer presión con apósitos húmedos en solución fisiológica. ⇨ **Referir inmediatamente a un hospital con quirófano en posición de Trendelemburg o mejor en posición genupectoral, mahometana ó decúbito lateral izquierdo, para Cesárea** **Si el feto esta muerto (muerte comprobada):** ⇨ Induzca y atienda el parto por vía vaginal
PARTO PODALICO	**Suero Fisiológico o Suero Glucosado** 500 o 1000 cc, con... **Ocitocina** 5 UI (disuelta en el Suero) a 10 ó 20 gotas/minuto ***en caso de necesidad para acelerar el período expulsivo solamente (dosis respuesta)***	**I y II Niveles** ⇨ Evaluar la vitalidad fetal. ⇨ Brindar la información adecuada a los familiares sobre los riesgos y los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ Valoración obstétrica ⇨ Ecografía (mientras sea posible) ⇨ En período expulsivo dejar evolucionar espontáneamente o atender el parto bajo inducto-conducción. Sobre todo cuando el caso ya no puede ser referido. **Criterios de referencia:** ⇨ Referir inmediatamente a un hospital con quirófano para cesárea si está indicado y si el tiempo requerido lo permite. ⇨ Toda primigesta podálica debe ser referida para **cesárea**

ATENCION DEL PARTO		
ATENCION DEL PARTO	**Maleato de Ergonovina** (Methergin) 0.2 mg/1 cc ó **Maleato de Ergometrina** 0.2 mg/cc, 1 ampolla IM inmediatamente de terminado el parto en caso de necesidad **Paracetamol** 1 tableta inmediatamente de terminado el parto y cada 6 Hrs por requerimiento necesario. ***Para episirrafia(sutura de episiotomía):*** **Xilocaína** 5 a 10 cc, al 2 % para anestesia infoiltrativa del periné **Catgut Simple o Cromado** 1, 0 ó 00. ***Para desgarros del canal del parto:*** **Xilocaina** 10 cc, al 2 % (con epinefrina) para anestesia paracervical. **Catgut Simple o Cromado** 1, 0 ó 00. **Ampicilina** 500 a 1 g VO cada 6 horas por 5 a 7 días en caso de contaminación de la herida	➪ **La episiotomía NO DEBE SER UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA.** ➪ Realizar la episiotomía sólo cuando el periné sea inelástico, donde exista peligro de desgarro.

COMPLICACIONES EN EL POST-PARTO		
HEMORRAGIA POST-PARTO * *HIPOTONIA UTERINA O ATONIA UTERINA* * *RETENCION PLACENTARIA* * *HEMATOMA VULVO-VAGINO-PERINEAL*	***Canalice vena con aguja No. 19. En caso de «choque hipovolémico» se puede abrir doble vía.*** **Ringer Lactato ó Suero Fisiológico** 1000 cc ó ambos para doble vía a 60 gotas por minuto	**I y II Niveles** ⇨ Identificar la causa de la hemorragia, para tratar el caso adecuadamente. ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ⇨ Solicitar apoyo y colaboración de otras personas (familiares, personal de salud). ⇨ Controlar signos vitales (PA, pulso). ⇨ Posición de Trendelemburg. ⇨ Vaciar la vejiga (micción voluntaria o sonda vesical) ⇨ Autorización para realizar el procedimiento. ⇨ Identificar donantes y toma de muestra para tipificación de grupo y transfusión de sangre fresca en caso necesario. ⇨ Analgesia o anestesia selectiva (local o general).
	RETENCION PLACENTARIA (Ver procedimiento de Extracción Manual de Placenta) **Diazepam** 7 a 10 mg IV lento antes de realizar el procedimiento (en caso de necesidad) **Atropina Sulfato** de 0.5 a 1 mg IV lento, una sola dosis. **Ampicilina** 500 mg a 1 g VO cada 6 horas. ***En caso necesario:*** **Sangre fresca** ***unidades a requerimiento según niveles de hematocrito y hemoglobina, bajo tipificación de grupo***	**Retención placentaria:** ⇨ Revisar adecuadamente la placenta y las membranas. Identificar la cantidad de sangre perdida. ⇨ Realizar revisión y limpieza de cavidad siguiendo el tratamiento indicado con Atropina previa la realización del procedimiento.

	HIPOTONIA UTERINA, ATONIA **Maleato de Metilergonovina** 0.2 mg IM si la PA diastólica es menor de 90 mmHg ***y sólo si se produjo el alumbramiento placentario.*** ***Nota: No utilice ergonovínicos en hipertensas ó cardiópatas.*** ***En hipertensas ó cardiópatas.*** **Ocitocina** 10 UI (disuelta en el Suero) y 5 UI / IM **HEMATOMA VULVO-VAGINO-PERINEAL** **Xilocaína** 10 cc, al 2 % (con epinefrina) para anestesia local infiltrativa. **Ampicilina** 500 a 1 g VO cada 6 horas por 5 a 7 días. **Paracetamol** 500 mg a 1g VO cada 6 horas ***En caso de hemorragia oculta que hace crecer el tumor:*** ***Canalízar vena con aguja No. 19*** **Ringer Lactato o Fisiológico** 1000 cc a 20 a 60 gotas/minuto. ***«El abrir un hematoma puede ser desencadenante de mayor dolor y hemorragia rebelde al tratamiento, de su infección o la formación de una fístula vulvo-perineal***	***Si el alumbramiento fue completo y la hemorragia persiste:*** ➪ Realizar «***masaje uterino***» o estimular los pezones o poner al recién nacido al pecho (lactancia precoz). ***Si el útero esta bien contraído y persiste la hemorragia:*** ➪ Revisar el segmento uterino y del canal del parto para descartar lesiones traumáticas ➪ Observación por 3 o 4 días, para ver remisión espontanea. ➪ Bolsa de hielo en el periné. ➪ Taponamiento con gasa ➪ Drenaje laminar en declive por el ángulo inferior de la herida. ➪ Orientación sobre el tratamiento efectuado y los cuidados que debe tener a la mujer con la aplicación de hielo local y sus controles necesarios. ***Si persiste la hemorragia en cualquier caso:*** ➪ Control de la PA c/15 minutos ➪ Pruebas de Coagulación y Sangría en caso necesario. ➪ Prueba de retracción del coagulo. **Criterios de referencia:** ➪ Referencia en compañía de personal entrenado, abrigada, en Trendelemburg y con taponamiento vaginal si existen lesiones en el canal del parto. ➪ Si no hay formación del globo de seguridad y persiste la hemorragia. ➪ Si no se cuenta con los recursos necesarios. ➪ Si requiere transfusión de sangre. ➪ Si existen compromisos colaterales o alteraciones de coagulación.

		⇨ Ante hematomas extensos o compromiso de otras estructuras. ⇨ Si no cede el cuadro pese al tratamiento ⇨ Si no conoce los procedimientos de atención

ATENCION DEL PUERPERIO		
ATENCION DEL PUERPERIO	**PUERPERIO INMEDIATO** **Sulfato Ferroso** 200 mg. **c/Ac. Fólico** 1 tableta, 1/2 hora después de las comidas ***Si la embarazada ha tenido hemorragia postparto, se recomienda:*** **Sulfato Ferroso** 400 mg/día c/Ac. Fólico (2 tabletas VO/día). Ver protocolo de anemia. **PUERPERIO MEDIATO** **Vitamina A** 200.000 UI, VO, dosis única	⇨ Traslado de la madre y el recién nacido al alojamiento conjunto. ⇨ Abrigar e hidratar a la madre. ⇨ Controlar signos vitales, estado general, confort, retracción uterina y cantidad de loquios al salir de la sala de partos, hasta las 3 horas postparto.

INFECCIONES EN EL EMBARAZO, POST-PARTO O POST-ABORTO		
VULVO-VAGINITIS EN EL EMBARAZO	**CANDIDA ALBICANS** **Clotrimazol**, óvulos 100-200 mg. cada 24 horas por 7 a 10 días **TRICHOMONA VAGINALIS Y GARDNERELLA VAGINALIS** **Metronidazol** 2 g vía oral dosis única y óvulos intravaginales de 500 mg cada 24 horas por 10 días ***(solo debe usarse después del primer trimestre del embarazo)*** **NEISSERIA GONORRHAE (GONORREA)** ***Esquema 1*** **Penicilina Procaína** 5 millones IM, más 1 gramo de provenecid (1 g VO dosis única) ***Esquema 2*** ***Eritromicina*** 500 mg 1 cap VO c/6 horas por 7 a 19 días ***Esquema 3*** **Ceftriaxona** 1 g (1 amp) IM dosis única ***Esquema 4 (NO se recomienda su uso en el embarazo)*** **Ciprofloxacina** 500 mg 1 tab VO dosis única **SIFILIS RECIENTE** **Penicilina Benzatínica** 2.400.000 UI/IM una sola dosis **SIFILIS TARDIA(más de 1 año)** **Penicilina Benzatínica** 2.400.000 UI/IM cada semana por 3 semanas ***Para pacientes alérgicos a la penicilina:*** **Eritromicina** 500 mg VO cada 6 horas por 30 días **CLAMIDIASIS** **Doxiciclina** 100 mg 1 tab VO, 2 veces al día por 7 días	**I y II Niveles** ➪ Tratamiento a la pareja ➪ Abstinencia sexual durante el tratamiento. ➪ Tratamiento a la pareja ➪ No relaciones sexuales durante el tratamiento ➪ No ingerir alcohol durante el tratamiento. ➪ Control a la pareja ➪ Abstinencia sexual durante el tratamiento ➪ Control post-tratamiento ➪ Control de RPR cada 3 meses hasta los 9 meses inclusive ➪ Control de RPR hasta los 6 meses y el año inclusive **Nota: La Eritromicina no previene la sífilis congénita** Control de contactos y seguimiento postratamiento

VULVITIS, CERVICITIS POST-PARTO O POST-ABORTO	**Ampicilina** 500 mg a 1 g VO cada 6 Hrs. por 5 a 7 días **ó...** **Cotrimoxazol** 800 mg cada 12 Hrs durante 7 días **Paracetamol** 500 mg a 1g VO cada 6 horas ***En caso de curación local, utilizar:*** **Yodopovidona, Agua Oxigenada** o lavado con **Suero Fisiológico.** **Gasa furasinada**	**I y II Niveles** ⇨ Orientar a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. **Manejo preventivo:** ⇨ Tratamiento de infecciones locales antes del parto (prenatal) Aseo vagino-perineal pre-parto. ⇨ Asepsia durante el parto ⇨ Protección perineal adecuada. **Manejo curativo:** ⇨ Ususaria informada ⇨ Hemograma si es posible ⇨ Descarte la presencia de cuerpos extraños ⇨ Curación de heridas con solución no irritante ⇨ Retiro de punto si existe drenaje espontáneo de pus. ⇨ Cicatrización por segunda intensión si la lesión o dehiscencia es pequeña. **Criterios de referencia:** ⇨ Si la lesión es grande. ⇨ Si no existe mejoría en las 48 horas siguientes al tratamiento. ⇨ Si no cuenta con los recursos necesarios. ⇨ Si aparecen otras complicaciones.
ENDOMETRITIS	**Metilergonovina** 1 comprimido cada/8 Hrs por 5 a 7 días. **Paracetamol** 500 mg a 1g, 1 o 2 tabletas VO c/6 horas ***Si se realizo cultivo y antibiograma de flujos o secreciones anormales:*** *Tratamiento antibiótico dirigido*	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ⇨ Controlar fiebre con medios físicos y signos vitales cada 2 a 4 horas ⇨ Vigilancia 48 Hrs. **II Nivel** ⇨ Hidratación oral ⇨ Aseo perineal con agua tibia 3 a 5 veces al día ⇨ Cultivo y AB de flujo ⇨ Hemograma, VES, PCR, Glicemia, Grupo y Rh

		⇨ Hemocultivo seriado si existe fiebre persistente de más de 38º C ⇨ No suspender la lactancia. ⇨ Tratar si existe anemia según protocolos. **Criterios de referencia:** ⇨ Si el cuadro es persistente 3 a 5 días post-tratamiento. ⇨ Si existen otras complicaciones. ⇨ Si los recursos son insuficientes.
ENDOMIOMETRITIS	***Canalizar vena con aguja No. 19*** **Ringer Lactato ó Fisiológico** 1000 cc a 30 a 60 gotas/minuto. **Ocitocina** 20 a 40 UI diluidas en el Suero Fisiológico a goteo indicado ***Esquema 1 (Biasociado)*** **Penicilina G sódica** 5.000.000 UI por venoclisis cada 4-6 Hrs por 7 a 10 días **Gentamicina** 80 mg IM cada 12 Horas ***(después de las 12 semanas de gestación)*** ***Esquema 2 (Biasociado)*** **Metronidazol** 100 ml al 0.5 % (500 mg) en 30 min por venoclisis y luego c/8 Hrs ***(después de las 12 semanas de gestación)*** **Cefotaxima** 1 g IM c/8 a 12 Horas, o IV c/4 a 6 horas ***Esquema 3 (Triasociado)*** **Penicilina sódica** 5.000000 U I por venoclisis cada 4-6 Hrs **Metronidazol** 100 ml al 0.5 % (500 mg) en 30 min por venoclisis y luego c/8 Hrs ***(después de las 12 semanas de gestación)*** **Gentamicina** 80 mg IM cada 12 Horas	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia realizar ⇨ Reposo absoluto en posición semisentada ⇨ Controlar fiebre con medios físicos ⇨ Aplicar sonda Foley para cuantificar y valorar diuresis/Hr ⇨ Compensar el balance hidroelectrolítico. **II Nivel** ⇨ Solicitar hemograma, ex. de orina ⇨ Cultivo y antibiograma de secreciones cervico-uterinas. Restos para patología. ⇨ Ajustar el esquema según antibiograma si fuera posibles. ⇨ Ecografía de control **Criterios de referencia:** ⇨ Si el cuadro es grave y existe compromiso del estado general. ⇨ Si no se cuentan con los recursos necesarios. ⇨ Si tiene dudas en el diagnóstico y/o el tratamiento. ⇨ Si el cuadro no remite entre 48 a 72 Hrs.

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA **Parametritis**	***Canalizar vena con aguja No. 19*** *(para mantener vía permeable)* **Suero Fisiológico** 1000 cc a 30 a 60 gotas/minuto **Ringer Lactato** 1000cc a 30 a 60 gotas/minuto ***Esquema 1:*** **Penicilina G sódica** 5.000.000 UI por venoclisis cada 4-6 Hrs por 7 a 10 días **Gentamicina** 80 mg IM cada 12 Horas ***(después de las 12 semanas de gestación)*** ***Esquema 2:*** **Cefotaxima** 1 g IM c/8 a 12 Horas, o IV c/4 a 6 horas por 7 días **Doxiciclina** 100 mg VO c/12 horas por 14 días ***Esquema 3:*** **Penicilina sódica** 5.000000 U I por venoclisis cada 4-6 Hrs **Cefotaxima** 1 g IM c/8 a 12 Horas, o IV c/4 a 6 horas por 7 días **Metronidazol** 100 ml al 0.5 % (500 mg) en 30 min por venoclisis y luego c/8 Hrs ***(después de las 12 semanas de gestación)*** **Sulfato ferroso c/Ac. Fólico** en caso de anemia según el protocolo de anemia.	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ⇨ Internación ⇨ Control de signos vitales ⇨ Reposo en P. Semisentada ⇨ Líquidos parenterales para 24 Hrs. ⇨ Hemograma, VES, PCR ⇨ En caso de anemia, corregir la misma. **II Nivel** ⇨ Cultivo y antibiograma de flujo cervico-uterino. (En respuesta al cultivo y antibiograma, ajuste el tratamiento indicado) ⇨ Ecografía ⇨ Prueba de KOH ⇨ Cirugía en caso de necesidad ⇨ Parametritis baja: Colpotomía y drenaje ⇨ Parametritis alta: Laparotomía y drenaje **Criterios de referencia:** ⇨ Si el cuadro es grave o existe compromiso del estado general. ⇨ Si no se cuentan con los recursos necesarios. ⇨ Si tiene dudas en el diagnóstico y/o el tratamiento. ⇨ Si el cuadro no remite entre las 48 a 72 Hrs.

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO **Pelviperitonitis** **Peritonitis**	***Canalizar vena con aguja No. 19*** *(para mantener vía permeable)* **Ringer Lactato ó Fisiológico** 1000 cc a 40 a 60 gotas/minuto. ***Esquema 1 (Biasociado)*** **Penicilina Sódica** 5.000.000 U I por venoclisis cada 4-6 Hrs **Cloranfenicol** 1 g IV cada 8 Hrs. ***Esquema 2 (Triasociado)*** **Penicilina Sódica** 5.000.000 U IV cada 6 Hrs **Gentamicina** 80 mg IM c/8-12 horas **Metronidazol** 100 ml al 0.5 % IV cada 8 Hrs ***Esquema 3 (Triasociado)*** **Metronidazol** 100 ml al 0.5 % IV cada 8 Hrs **Cefotaxima** 1 a 2 g. IV cada 8 Hrs **Gentamicina** 80 mg IM c/8 horas ***Nota:Antes de referir, iniciar uno de los esquemas indicados arriba***	**I y II Nivel** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares la gravedad del caso, los procedimientos de atención o referencia realizar ⇨ Mantener NPO **II Nivel** ⇨ Hospitalización ⇨ NPO ⇨ Control de signos vitales c/15 min a 1 hora ⇨ Reposo en posición semisentada ⇨ Medios físicos para bajar fiebre ⇨ Líquidos parenterales para 24 Hrs. ⇨ Hemograma, VES, PCR ⇨ Electrolitos en sangre ⇨ Hemocultivo ⇨ Glicemia ⇨ Cultivo y antibiograma de flujo cervico-uterino. (En respuesta al cultivo y antibiograma, ajuste el tratamiento indicado) ⇨ Punción transperitoneal ⇨ Ecografía de control ⇨ En caso de anemia, corregir la misma. ⇨ Laparotomía **Criterios de referencia:** Ante sospecha del cuadro referir de inmediato al II o III nivel con quirófano
SEPSIS PUERPERAL (independiente de la causa)	**Oxígeno** húmedo a 4 litros por minuto por máscara **Suero fisiológico o Ringer Lactato** 1000 cc a 30 o 60 gotas/min (en doble vía si es necsario) **Ocitocina** 20 a 40 UI (diluída en el Suero Fisiológico) a 10 gotas por minuto para ayudar a la expulsión de restos ***Esquema 1 (biasociado)*** **Penicilina G Sódica** 5.000.000 UI , IV lenta, cada 4 Hrs(previa sensibilización alérgica) **Gentamicina** 80 mg. cada 8 o 12 Hrs IM	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ NPO ⇨ Reposo absoluto en posición semisentada ⇨ Bajar fiebre con medios físicos ⇨ Aplicar sonda Foley para cuantificación y valoración de diuresis/Hr

	Esquema 2 (triasociado) **Penicilina G Sódica** 5.000.000 UI , IM cada 4 Hrs **Gentamicina** 80 mg. cada 8 o 12 Hrs IM **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas ***Esquema 3(triasociado)*** **Ampicilina** 1 g IV cada 4 o 6 Hrs **Gentamicina** 80 mg. cada 8 o 12 Hrs IM **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas **Maleato de Metilergonovina** 0.2 mg, 1 ampolla IM cada 8 Hrs con todos los esquemas ***Esquema 4(biasociado) (resistencia o alergia a la penicilina)*** **Metronidazol** 500 mg IV inyección lenta en 30 minutos. Luego cada 8 horas **Cefotaxima** 1 g IM cada 8 ó 12 horas por 7 días ó IV cada 4 a 6 horas	**II Nivel** ⇨ Balance hidroelectrolítico ⇨ PVC ⇨ Hemograma, NUS, Creatinina, urea y ex. de orina ⇨ Cultivo y antibiograma de flujo cervico-uterino (Ajustar el esquema según antibiograma) ⇨ Ecografia de controil **Criterios de referencia:** ⇨ Si el cuadro es grave o existe compromiso del estado general. ⇨ Si no se cuentan con los recursos necesarios. ⇨ Si tiene dudas en el diagnóstico y/o el tratamiento. ⇨ Si el cuadro no remite entre las 48 a 72 Hrs.
CHOQUE SEPTICO	**Oxígeno** húmedo a 4 litros por minuto por máscara **Suero fisiológico o Ringer Lactato** 1000 cc a 30 o 60 gotas/min (en doble vía si es necesario)***canalizar vía mejor si es con bránula*** **Iniciar cualquiera de los esquemas descritos en sepsis pueperal y relizar la...** ***REFERENCIA AL II - III NIVEL CON PERSONAL ESPECIALIZADO***	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ Sonda Foley conectada a frasco o bolsa. ⇨ Abrigo ⇨ Acompañamiento por personal de salud y familiar. ⇨ Hoja de referencia con datos y procedimientos realizados. ***Nota: Todo estado de choque debe ser referencia inmediata al III nivel de atención, previa canalización de vía e inicio de esuqma indicado***

INFECCIONES DE LA MAMA		
MASTITIS AGUDA	**Ibuprofeno** 400 a 600 mg, 1 comp. VO c/6 a 8 horas **Paracetamol** 500 mg. VO , 1 tableta c/6 horas. ***Esquema 1*** **Cloxacilina** 250 o 500 mg cada 6 Horas VO por 10 días ***Esquema 2*** **Eritromicina** 250 a 500 mg cada 6 Horas VO por 10 días	**I y II Niveles** ⇨ Reposo en cama por 24 a 48 Hrs. ⇨ Abundantes líquidos ⇨ Vaciamiento frecuente y completo de la mama. ⇨ No suspender la lactancia ⇨ Compresas frías al inicio dle cuadro y calientes en estado agudo **Criterios de referencia:** ⇨ Si no hay signos de mejoria después de 48 de tratamiento. ⇨ Si aparecen signos de compromiso del estado general. ⇨ Si no existen los recursos necesarios para su atención.
ABSCESO MAMARIO	***Después del drenaje del Absceso*** **Paracetamol** 500 mg VO cada 6 Horas ***Esquema 1*** **Cloxacilina** 250 o 500 mg cada 6 Horas VO por 10 días ***Esquema 2*** **Eritromicina** 250 a 500 mg cada 6 Horas VO por 10 días	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar ⇨ Insición y drenajes (Ver Manual de Técnicas y Procedimientos) ⇨ Colocación de drenaje laminar (según manual de procedimientos) ⇨ Cubrir adecuadamente la zona ⇨ Curación local diaria del absceso ⇨ Oierntación sobre Lactancia Materna ***Nota: Debe cortarse la lactancia sólo por el seno afectado en caso de salir pus por el pezón o los conductos galactóforos.***

2. ATENCION DEL RECIEN NACIDO

CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO	***Durante la 1ª. hora de vida:*** **Cloranfenicol** oftálmico 1 o 2 gotas en ambos ojos ó **Gentamicina** pomada oftalmica al 0.3 %, 1 aplicación en ambos ojos **Vitamina K** 1 mg. IM dosis única en la región anterolateral del muslo. En recién nacidos con bajo peso 0.5 mg. Se debe diluir 1 ampolla de 10 mg. con 9 cc de S. Fisiológico y luego sacar 1 cc que equivale a 1 mg y 0.5 cc a 1/2 mg. ***Durante las primeras horas a los 10 primeros días de nacido:*** **BCG liofilizada** 0.1 cc, aplicación intradérmica en hombro derecho (región deltoidea) **Antipolio (Sabin)** 2 gotas vía oral	**I y II Niveles** ⇨ Lavado de manos antes de atender al recién nacido. ⇨ Ambiente con la temperatura adeuada. ⇨ Limpieza o cuando sea necesario aspirado de secreciones ⇨ Ligadura y cuidado aséptico del cordón ⇨ Equipo estéril para la atención, uso de guantes. ⇨ Ropa y paños previamente calentados ⇨ Identificación del R.N. ⇨ Contacto precoz al seno y alojamiento conjunto. ⇨ Vigilar adecuadamente el proceso de adaptación del R.N. ⇨ Aseo general diario del R.N. ⇨ Lactancia a libre demanda. ⇨ Orientación adecuada sobre: Nutrición de la madre, cuidado y aseo del cordón, controles y vacunas del R.N. ⇨ Signos de alerta para detectar complicaciones en la madre y R.N. (hemorragias, fiebre, dolor, cambios de coloración, rechazo al seno materno, etc) ⇨ Cita para el control entre los 7 y 10 días del parto. **(consulte la Norma de Atención para la Mujer y el Recién Nacido)**

Previous Page Blank

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO		
ASFIXIA GRAVE	**Oxígeno** húmedo a presión positiva a requerimiento por ambú o máscara para recién nacidos a 4 a 6 L/min. **Adrenalina (Epinefrina)** Solución acuosa al 1:10.000. La dosis es de O.1 cc/Kg si la frecuencia cardíaca es menor de 60/min IV, transumbilical o endotraqueal. Se deben diluir la ampolla de 1 cc (1 mg) de adrenalina con 9 cc de suero fisiológico y administrar: * R.N. con peso menor a 1500 g = 0.25 cc * R.N. con peso entre 1500-2500 g = 0.5 cc * R.N. con peso mayor a 2500 g =1 cc **Bicarbonato de Sodio** 1 a 3 mEq/Kg IV diluído en 4 cc de agua destilada, inyección lenta De 1 ampolla de 10 cc al 8 % , se debe tomar 1 cc que equivale a 1 mEq. ***La administración rápida de Bicarbonato puede producir hemorragia intracraneana y aumentar la dificultad respiratoria.*** ***En caso de Choque:*** **Ringer Lactato** 10 cc/Kg por venoclisis u onfaloclisis en 10 minutos (40 a 50 gotas/min.). Si hay hipovolemia por hemorragia transfundir **Sangre** fresca compatible a 10 cc/Kg. **Glucosa** al 10 % 4cc/Kg IV directo en bolo y luego continuar con 80 cc/Kg/día	**I y II Niveles** ⇨ Realizar la renimación de acuerdo al manual de normas o de técnicas y procedimientos ⇨ Informar y orientar a la madre y los familiares el estado del RN y los riesgos derivados. Þ Evitar hipotermia en caja térmica o medios físicos (mantener la temperatura entre 36.5 y 37.0 oC) ó abrigrar adecuadamente al RN. ⇨ Secar y cubrirla cabeza del RN. ⇨ Aspirar secreciones. ⇨ Posición de Rossiere. **II Nivel** **Bajo hospitalización:** ⇨ Hemograma completo, VES y recuento plaquetario. ⇨ Rx. de Tórax ⇨ Glicemia ⇨ Electrolítos (Na, K, Cl) ⇨ Bilirrubinas séricas ⇨ Calcemia ⇨ Sangre oculta en heces (Labstix) ⇨ Valoración de Silverman cada hora o menos de acuerdo a la gravedad del caso. **Ante mejora del cuadro:** ⇨ Se debe iniciar la administración de leche materna en forma gradual o líquidos por vía oral a través de sonda orogástrica, e ir disminuyendo las soluciones parenterales. **Criterios de referencia:** ⇨ En caso de agravamiento del cuadro. ⇨ Si no se cuenta con los recursos humanos entrenados, insumos, equipos necesarios para atender el caso

	Ante persistencia de bradicardia: **Atropina** 0.01 mg/Kg/dosis cada 20 minutos en caso de necesidad. ***Para la apnea post-parto por uso de narcóticos:*** **Naloxona** 0.1 mg/kg por cánula endotraqueal o IV **Gluconato de Calcio** al 10 % , 0.5 a 1 cc/ Kg IV lento. Diluir 1 ampolla de 10 cc de Gluconato de Ca al 10% con 9 cc de agua destilada o suero. Retirar 0.5 ó 1 cc para la dosis establecida.	
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NEONATAL * **Neumonía,** * **Sindrome de Dificultad Respiratoria ó Membrana Hialina** * **Sindrome de Aspiración Meconial** * **Apnea Recurrente y Taquipnea Transitoria**	**Oxígeno** húmedo por casco cefálico bien adaptado a la superficie a: * 2 a 3 L/min en casos leves * 4 a 5 L/min en casos moderados * 6 a 7 L/min en casos severos **ANTE SOSPECHA DE NEUMONÍA** **Ampicilina** 50 mg/Kg/dosis IM o IV cada 12 horas en RN menor a 7 días y cada 8 horas en mayores a 7 días y... **Gentamicina** 2.5 mg/Kg/dosis IM cada 12 horas en RN menores a 7 días y cada 8 Horas en mayores a 7 días. ***En respuesta al hemocultivo:*** ***NEUMONIA POR ESTREPTOCOCO*** **Penicilina Sódica** 50.000 UI/Kg/dosis IV o IM cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 Horas en mayores de 7 días.	**I y II Niveles** **Acciones:** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ Evitar hipotermia en caja térmica o medios físicos (mantener la temperatura entre 36.5 y 37.0 oC) ó abrigrar adecuadamente al RN. ⇨ Secar y cubrir la cabeza del RN. ⇨ Vigilancia cardiorespiratoria ⇨ Evitar aspiraciones bruscas, flexión o extensión excesiva del cuello, alimentación oral, etc) ⇨ Aspirar secreciones. ⇨ Posición de SemiFowler-Rossiere. **Medidas preventivas para evitar Neumonia:** ⇨ Tratamiento oportuno de vulvovaginitis en la madre. ⇨ Evitar amniotomía precoz. ⇨ Evitar tactos vaginales frecuentes. ***Nota:*** *Todo recién nacido con Rotura prematura de membranas de más de 6 a 12 Hrs. o trabajo de parto prolongado de más de 18 Horas deben ser tratados inicialmente como potencialmente infectados.*

	NEUMONIA POR ESTAFILOCOCO **Cloxacilina** 50 mg/Kg/dosis IM, IV o VO cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 Hrs en mayores de 7 días y... **Cefotaxima** 50 mg/Kg/dosis IM, IV o VO cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 Hrs en mayores de 7 días. ***En caso de Acidosis Metabólica:*** **Bicarbonato de Sodio** 1 a 3 mEq/Kg IV diluído en 4 cc de agua destilada, inyección lenta por vía periférica. De 1 ampolla de 10 cc al 8 % , se debe tomar 1 cc que equivale a 1 mEq. ***La administración rápida de Bicarbonato puede producir hemorragia intracraneal y aumentar la dificultad respiratoria.*** ***Uso de Soluciones Parenterales:*** ***En las primeras 48 Horas:*** **Dextrosa** al 10 % a 80/100 cc/Kg/día ***(no se debe administrar soluciones al 10 % por varios días sin la administración de electrolitos)*** ***Al tercer día:*** Incrementar a 80 CC/Kg/día ***Agregar:*** **Sodio** 2 a 3 mEq/Kg/día **Potasio** 1 a 2 mEq/Kg/día * ***Mejor si se dosifica de acuerdo a electrolitos séricos.*** * ***El aporte calórico debe cubrir un mínimo de 30 a 40 calorías/Kg/día.***	**II Nivel** **Bajo hospitalización:** ⇨ Hemograma completo, VES, PCR y recuento plaquetario. ⇨ Rx. de Tórax ⇨ Glicemia ⇨ Electrolitos (Na, K, Cl) ⇨ Bilirrubinas séricas ⇨ Calcemia ⇨ Sangre oculta en heces (Labstix) ⇨ Valoración de Silverman cada hora o menos de acuerdo a la gravedad del caso. **Ante mejora del cuadro:** ⇨ Se debe iniciar la administración de leche materna en forma gradual o líquidos por vía oral a través de sonda orogástrica, e ir disminuyendo las soluciones parenterales. ***Nota:*** *La onfaloclisis es un procedimiento de especialidad y sólo debe ser utilizada por personal entrenado*

	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O DE MEMBRANA HIALINA (SDR) ***Medicación a la Madre:*** ***Manejo preventivo (24 a 48 horas antes del parto)*** ***Esquema 1:*** **Betametasona** 12 mg IM cada 24 Hrs por 2 días **ó** ***Esquema 2:*** **Dexametasona** 5 mg IM cada 12 Hrs por 4 veces *Nota: La dosis de Betametasona o Dexametasona debe ser aplicada, en todo caso y de inmediato previa referencia.* ***Si el parto no se produce las 48 Hrs:*** **Betametasona** 12 mg IM cada semana hasta las 34 semanas de gestación.. **APNEA RECURRENTE NEONATAL** ***Esquema 1:*** **Teofilina** 5 a 6 mg/Kg Oral. Dosis de mantenimiento: 1 a 2 mg/Kg cada 8 a 12 horas de acuerdo a respuesta **ó** ***Esquema 2:*** **Aminofilina** 5 a 6 mg/Kg IV Dosis de mantenimiento: 1 a 2 mg/Kg cada 8 a 12 horas de acuerdo a respuesta. (suspender medicación en caso de taquicardia, irritabilidad, temblores, convulsiones, distensión abdominal, vómitos o hemorragia digestiva)	**I y II Niveles** **Criterios de referencia:** ⇨ En caso de agravamiento del cuadro. ⇨ Si no se cuenta con los insumos, equipos o recursos humanos entrenados, necesarios para atender el caso. ⇨ Todo recién nacido pretérmino con sospecha de SDR debe ser referido de inmediato al II o III nivel de atención con ventilador mecánico ⇨ SDR Severo con Silverman de 6 o más. ⇨ SDR Moderado con Silverman de 4 a 6 y peso del RN menor a 1500 g ⇨ Insuficiencia Respiratoria persistente y refractaria al tratamiento al III nivel con ventilador mecánico y recursos humanos adecuadamente suficientes y capacitados. ***Nota:*** *Debe tratarse la patología desencadenante del cuadro según protocolos (anemia, septicemia, hipoglicemia, otros)*

RECIEN NACIDO PRETERMINO Y DE BAJO PESO AL NACER	**Sólo para el II Nivel** ***Recién Nacido con Hipoglicemia:*** **Dextrosa** al 10 % a 80/100 cc/Kg/día **Tira de Destrostix** (para evaluar glicemia) ***Recién Nacido con Hipocalcemia:*** **Gluconato de Calcio** al 10 % , 0.5 a 1 cc/ Kg IV lento. Diluir 1 ampolla de 10 cc de Gluconato de Ca al 10% con 9 cc de agua destilada o suero. Retirar 0.5 ó 1 cc para la dosis establecida. ***Recién Nacido que no succiona adecuadamente:*** **Calostro o Leche Materna** por sonda orogástrica. El incremento debe ser realizado de acuerdo a tolerancia del recién nacido. Nota: El aporte calórico debe cubrir hasta 150 Kcal/Kg/día	**I y II Niveles** **Manejo Preventivo:** ➪ Hacer el diagnóstico precoz ➪ Tratar amenaza de parto prematuro de acuerdo a normas ➪ Dar orientación adecuada a la madre ante parto pretérmino ➪ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ➪ Preparar ambiente con temperatura adecuada ➪ Preparar equipo de reanimación ➪ Calentar la ropa del RN ➪ Preparar incubadora o caja térmica para traslado del RN ➪ Evaluar posibilidades de usar la técnica de «Madre Canguro» **II Nivel** ➪ Evaluar glicemia ➪ Ayuno y soluciones parenterales de acuerdo a requerimiento ➪ Hematocrito (para Dx. de anemia o policitemia) **Criterios de Manejo: (I y II Niveles)** ➪ RN de 1500 a 1800 o menor a 35 semanas = incubadora o caja térmica ➪ RN de 1800 a 2000 g o mayor de 35 semanas comprobada regulación de temperatura, buena respiración y succión = «alojamiento conjunto» **Criterios de referencia:** ➪ Patología agregada ➪ RN menor a 32 sem. ó peso menor a 1500 g ➪ Falta de insumos, equipos o recursos humanos entrenados ***Nota:*** *A veces el RN requiere de ventilador mecánico, por lo que se recomienda referir al III Nivel.*

ICTERICIA NEONATAL	***Ictericia leve o moderada:*** ***Exposición Solar:*** * Recién Nacido desnudo (en ambiente cerrado para evitar hipotermia) expuesto al sol por 20 minutos, 2 a 3 veces al día. * Cambiar de posición cada 10 minutos para prevenir quemadura solar por sobre- exposición. ***Fototerapia:*** * Recién Nacido desnudo en cuna o incubadora * Cubrir los ojos con protector oscuro * Exposición contínua y permanente por un mínimo de 48 horas * Control estricto de: temperatura ambiente y del RN, deposiciones, signos de deshidratación o eritema cutáneo. * Aporte de **líquidos** 100 a 150 cc/Kg/día * Cambio de posición cada 2 horas * Lactancia a libre demanda o leche materna por sonda orogástrica	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ***Criterios de manejo:*** **Ictericia Fisiológica** ⇨ Ictericia clínica en RN que aparece después de las 48 horas de vida ⇨ No bebe durar más de 2 semanas ⇨ RN con peso mayor a 2000 g ⇨ Bilirrubina Sérica (menor o igual a 13 mg/dL) **II Nivel** **Ictericia Patológica:** ⇨ Ictericia clínica en RN que aparece antes de las 24 horas de vida ⇨ RN de 1501 a 1999 g ⇨ Bilirrubina sérica (igual o mayor de14 mg/dL) ⇨ Hemograma Completo ⇨ Determinación de Grupo Sanguíneo y Rh del RN y ambos Padres ⇨ Prueba de Coombs directa **Criterios de referencia:** ⇨ Necesidad de Fototerapia ⇨ Necesidad de exanguineo-transfusión ⇨ Sepsis o Insuficiencia Respiratoria asociada (s) ⇨ Falta de recursos humanos o materiales ***Nota:*** *Todo RN con ictericia persistente o evolutiva debe ser tratada en II o III nivel*

INFECCIONES DEL RECIEN NACIDO		
ONFALITIS	***Sólo en presencia de* ABSCESO, CELULITIS O SOSPECHA DE SEPSIS:** ***Esquema 1:*** **Gentamicina** 2.5 mg/Kg/dosis IM cada 12 horas en RN menores a 7 días y cada 8 Horas en mayores a 7 días ó... ***Esquema 2:*** **Ampicilina** 50 mg/Kg/día cada 12 Hrs en menores de 7 días y cada 8 Hrs en mayores de 7 días. ***Esquema 3:*** **Cloxacilina** 50 mg/Kg/dosis IM, IV o VO cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 Hrs en mayores de 7 días. ***Nota:*** *No aplicar antibióticos localmente sobre la infección*	**I y II Niveles** **Manejo preventivo:** ➪ Higiene adecuada de la región umbilical ➪ Evitar onfaloclisis ➪ Mantener el cordón umbilical seco ➪ Usar guantes y material estéril para el corte y ligadura del cordón. **Manejo curativo:** ➪ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ➪ Aseo diario del cordón con agua y jabón ➪ Curación diaria con Povidona Yodada. ➪ Hemograma, VES, PCR, Recuento plaquetario. ➪ Cultivo de secreción umbilical ➪ Hemocultivo **Criterios de referencia:** ➪ Si no mejora con el tratamiento indicado ➪ Agravamiento del cuadro ➪ Sospecha de sepsis u otra complicación (de inmediato) al II o III nivel.

CONJUNTIVITIS NEONATAL	**MANEJO PREVENTIVO** **Cloramfenicol** oftálmico 1 o 2 gotas en ambos ojos, inmediatamente despúes del parto (ver cuidados inmediatos del RN) ó... **Gentamicina** pomada oftalmica al 0 3 %, 1 aplicación en ambos ojos ***En caso de Conjuntivitis Química producida por Nitrato de Plata:*** Realizar lavado o aseo ocular con **agua hervida entibiada o Solución Fisiológica** 3 veces al día **CONJUNTIVITIS INFECCIOSA INESPECIFICA** **Cloramfenicol** oftálmico en el ángulo interno del ojo 1 o 2gotas cada 2 a 4 horas por 3 o 4 días. *Realizar lavado o aseo ocular con **Solución Fisiológica** 3 o 4 veces al día.* **GONOCOCICA:** **Penicilina Sódica** 50.000 UI/Kg/ Dosis IV ó IM cada 12 Horas en menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días, por 7 a 10 días ó... **Penicilina procaínica** 50.000 UI/Kg/ Día cada 24 Hrs por 7 a 10 días. ***En caso de resistencia a la Penicilina:*** **Ceftriaxona** 50 a 80 mg/Kg IV cada 24 Horas durante 5 días. **POR CLAMIDEA TRACHOMATIS:** **Eritromicina** 40 mg/Kg/día VO, cada 6 horas por 2 semanas ó... **Solución oftálmica de Sulfacetamida** 1 a 2 gotas cada 2 a 4 horas.	**I y II niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos a realizar y los riesgos. ⇨ Cultivo y antibiograma de secreción ocular. ⇨ Frotis y tinción Gram ⇨ Frotis con tinción Giemsa **Criterios de referencia:** ⇨ Toda conjuntivitis leve debe resolverse en el I Nivel. ⇨ Conjuntivitis moderadas a severas deben ser tratadas en el II o III nivel. ⇨ Referir inmediatamente si el cuadro se agrava. ⇨ Toda conjuntivitis de aparición precoz, durante la primera semana de vida debe ser referida al II o III nivel.

SIFILIS CONGENITA Y PRECOZ	**LUES ASINTOMÁTICA (LATENTE)** **Penicilina Benzatínica** 50.000 UI/Kg IM, en dosis única ó... **Penicilina Procaína** 50.000 UI/Kg/día cada día, por 10 días **LUES SINTOMÁTICA CON LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO «NORMAL»** **Penicilina Sódica** 50.000 UI/Kg IV c/12 horas en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días por 10 días, ó ... **Penicilina Procaína** 50.000 UI/Kg/día IM cada día, por 10 a 14 días **LUES SINTOMÁTICA CON LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO «ANORMAL»** **Penicilina Sódica** 50.000 UI/Kg IV cada 12 horas en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores por 14 a 21 días **Penicilina Procaína** 75.000 UI/Kg/día IM cada día, por 14 días	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ Deben investigarse contactos y realizar pesquisa familiar, según normas. ⇨ Aislar al RN infectado. ⇨ Exámen de lesiones con guantes estériles. ⇨ Hemograma completo ⇨ RPR **II Nivel** ⇨ Examen de Campo Oscuro (si hay posibilidad) ⇨ Examen de Líquido Cefalorraquídeo de control ⇨ Rx de Tórax y huesos largos ⇨ ***Todo RN de madre sero-positiva (RPR +) debe ser tratado aunque no presente síntomas.*** **Criterios de referencia:** ⇨ Todo recién nacido con factores de riesgo ó manifestaciones clínicas ó diagnóstico comprobado, debe ser referido al II o III nivel ⇨ Si no se cuenta con los recursos suficientes para el manejo adecuado del RN.

SEPSIS NEONATAL	**Sales de Rehidratación Oral** VO entre tetadas. **Oxígeno** Húmedo a requerimiento en caso de cianosis o estado de choque. ***Esquema 1*** **Ampicilina** 50 mg/Kg/Dosis IM o IV cada 12 horas en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días por 10 a 14 días y... **Gentamicina** 2.5 mg/Kg/dosis IM cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días por 10 días. ***Esquema 2*** **Cefotaxima** 50 mg/Kg/Dosis IM cada 12 horas en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días por 10 a 14 días y... **Amikacina** 7.5 mg/Kg/dosis IM cada 12 Horas o 15 mg/Kg IM cada 24 Hrs ***Si se sospecha que la puerta de entrada de la infección es la Piel:*** **Cloxacilina** 50 mg/Kg/dosis VO c/6 a 8 horas, IV cada 4 a 6 Hrs por 14 días y... **Gentamicina** 2.5 mg/Kg/dosis IM cada 12 Hrs en RN menores de 7 días y cada 8 horas en mayores de 7 días por 10 días. ***(Ajustar el antibiótico al resultado del cultivo y AB)*** ***Nota:*** *Debe tratarse toda infección detectada o foco de infección primaria (onfalitis, conjuntivitis, abscesos, y otros) según protocolos respectivos.*	**I y II Niveles** ⇨ Informar adecuadamente a la madre y los familiares sobre el caso, los procedimientos de atención o referencia a realizar ⇨ Lactancia materna a demanda ⇨ Ayuno en caso necesario ⇨ Manejo del RN con técnicas asépticas ⇨ Evitar la hipotermia del RN en incubadora. ⇨ Aislar al RN infectado. ⇨ Examen de lesiones con guantes estériles. **II Nivel** ⇨ Corregir la deshidratación y los electrolitos ⇨ Hemograma completo, VES, PCR, Plaquetas ⇨ Examen general de orina ⇨ Electrolitos séricos ⇨ Cultivo y AB de focos infecciosos ⇨ Hemocultivo en tres oportunidades ⇨ Examen de Líquido Cefaloraquídeo ⇨ Glicemia cada 8 horas (mejor con destrostix) ⇨ Bilirrubinas Séricas en caso de Ictericia ⇨ Rx de Tórax **Criterios de referencia:** ⇨ RN de riesgo, estado de choque, clínica de sepsis ó diagnóstico comprobado y peso menor de 2000 g ***Necesidad de:*** ⇨ Ventilación mecánica ⇨ Necesidad de Exanguineotransfusión ⇨ Si no se cuenta con los recursos para el manejo ⇨ Agravamiento y complicaciones agregadas. **Nota:** *Si se sospecha de sepsis se debe solicitar cultivo y antibiograma e iniciar el tratamiento. Si no existe posibilidad de cultivo y AB iniciar el tratamiento por esquemas propuestos.*

3. TECNICAS E INSUMOS PARA LA ATENCION DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO

Previous Page Blank

ANESTESIA GENERAL (Para toda intervención obstétrica o ginecológica que requiera su uso)	**Oxígeno** Húmedo a requerimiento **Suero Fisiológico** 1000 cc (goteo e indicación a requerimiento) **Ringer Lactato** 1000 cc (goteo e indicación a requerimiento) **Equipo de Venoclisis c/aguja Mariposa No. 19** **Bránula No. 19**, 1 unidad **Tiopental Sódico** 1g IV (dosis y uso indicado por personal especializado) **Fentanyl (Citrato de Fentanilo)** 0.05 mg/cc, 1 ampolla (cuando existe la posibilidad) a dosis y uso indicado por personal especializado **Atropina Sulfato** 0.5 a 1 mg por dosis (Ampolla de 1 cc) **Jeringa Descartable** de 5 ó 10 cc con aguja No. 21	La necesidad de contar con otros medicamentos son de absoluta indicación y prescripción del especialista.
CESAREA	**Suero Fisiológico** 1000 cc (goteo e indicación a requerimiento) **Ringer Lactato** 1000 cc (goteo e indicación a requerimiento) **Suero Glucosado** al 5 % 1000 cc (goteo e indicación a requerimiento) **Equipo de Venoclisis** **Aguja mariposa No. 19,** 1 unidad **Bránula No. 19**, 1 unidad **Lidocaína Clorhidrato** al 2 % 10 cc **Jeringa descartable** de 5 ó 10 cc con aguja No. 21 **Marcaine C/Epinefrina** 20 cc/dosis a requerimiento del especialista.	

Previous Page Blank

	Fentanyl (Citrato de Fentanilo) 0.05 mg/cc, 1 ampolla (cuando existe la posibilidad) a dosis y uso indicado por personal especializado **Atropina Sulfato** 0.5 a 1 mg por dosis (Ampolla de 1 cc) a requerimiento del especialista **Ampicilina** 1 g IV cada 6 Horas por las primeras 24 horas **Ampicilina** 1 g VO cada 6 horas por 5 a 6 días. **Maleato de Ergonovina** (Methergin) 0.2 mg/ 1 cc **ó Maleato de Ergometrina** 0.2 mg/cc, 1 ampolla IM inmediatamente de terminado el procedimiento y 1 ampolla cada 8 horas en caso de necesidad ***Nota:*** *No usar en caso de preeclampsia o eclampsia)* **Maleato de Ergonovina** (Methergin) 0.2 mg **ó Maleato de Ergometrina** 0.2 mg VO, 1 gragea c/8 Hrs, por requerimiento necesario, 3 a 5 días post-cesárea **Catgut Simple** No 1 (2 sobres) **Catgut Cromado** No. 0 , 1 (2 sobres) **Dexon** No. 1 (1 sobre) **Acetaminofeno** 1 g IM inmediatamente terminado el procedimiento y luego cada 6 horas el primer día. **Paracetamol ó Acetaminofeno** 500 mg VO cada 6 horas por requerimiento necesario. **Ocitocina** de 5 o 10 UI, 1 amp diluída en suero y otra para vía IM	

USO
DE METODOS NATURALES Y ARTIFICIALES
DE PLANIFICACION FAMILIAR
TEMPORALES Y DEFINITIVOS

METODO	DURANTE EL PARTO	2 SEMANAS DESPUES	6 SEMANAS DESPUES	6 MESES DESPUES
PRIMERA OPCION				
MELA (Método de Lactancia y Amenorrea)		SI	SI	SI
Condón		SI	SI	SI
Espermicida		SI	SI	SI
DIU	SI		SI	SI
Oclusión Tubaria Bilateral	SI		SI	SI
SEGUNDA OPCION				
Mini píldora		SI	SI	SI
Inyectable		SI	SI	SI
Norplant		SI	SI	SI
TERCERA OPCION				
Píldora combinada				SI

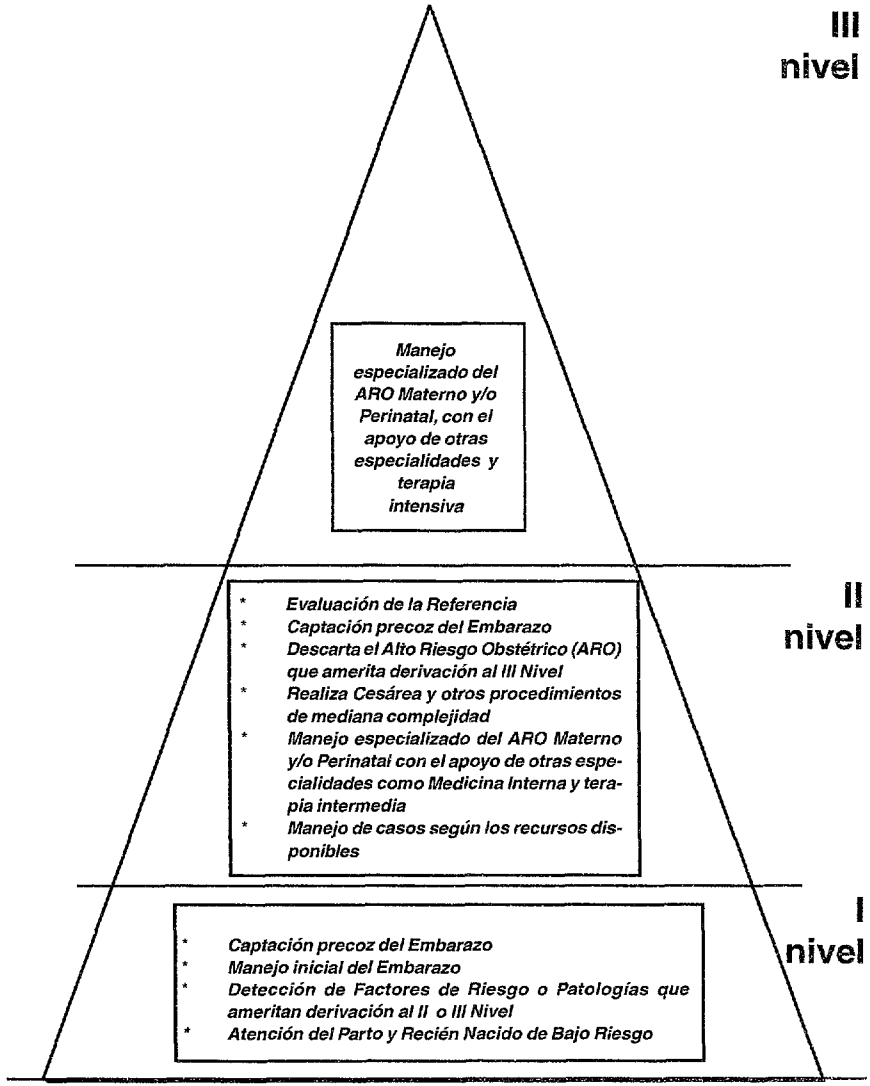
Cuadro
Clasificación de Anemias en el Embarazo
Relación a la Altura y niveles de Hemoglobina

NIVEL DE ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR (m.s.n.m.)	MODERADA	SEVERA
a nivel del mar	8 a 11 g/dl	menos de 8 g/dl
a 2700 m.s.n.m.	9.4 a 12.6 g/dl	menos de 9.4 g/dl
a 3800 m.s.n.m.	11 a 14 g/dl	menos de 11 g/dl
a 4000 m.s.n.m.	11.4 a 14.4 g/dl	menos de 11.4 g/dl
a 4500 m.s.n.m.	12.4 a 15.4 g/dl	menos de 12 4 g/dl

Cuadro
Clasificación de la Pre-eclampsia
Signos y sintomas clínicos y niveles de proteinas en la orina

SIGNOS Y SINTOMAS	MODERADA (a partir de las 34 semanas)	SEVERA (a partir de las 20 semanas)
Presión Arterial	Mayor a 140/90 mmHg e inferior 160/110 mmHg	Igual o Mayor a 160/110 mmHg
Proteínas en orina de 24 Hrs.	0 5 a 2 9 g c/Urostix (tira) + o ++	más de 3 g c/Urostix (tira) +++ o más
Edemas	Edema en miembros inferiores, cara y manos	Edema en miembros inferiores, cara y manos
Reflejos	Normales	Aumentados

PIRAMIDE DE ATENCION
DE LAS COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO
Y ELRECIEN NACIDO



INTERVENCIONES DEL PAQUETE MADRE-BEBE
(Publicación: OMS 1996)

ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

- Información y servicios de planificación familiar
- Prevención y manejo de enfermedades de transmisión sexual y SIDA(VIH)
- Inmunización con toxoide tetánico
- Registro y cuidados prenatales
- Tratamiento de enfermedades prevalentes (ej: malaria y anquilostomiasis)
- Asesoramiento de aportes nutricionales y dieta
- Suplementación de sulfato ferroso
- Reconocimiento temprano y manejo de complicaciones (ej: anemia, aborto, pre-eclampsia/eclampsia, hemorragia)

DURANTE EL PARTO

- Parto limpio y seguro (atraumático)
- Reconocimiento y detección temprana de complicaciones en centros de salud y hospitales (hemorragia, eclampsia, parto prolongado u obstruido)

DESPUES DEL PARTO EN LA MADRE

- Reconocimiento, detección temprana y manejo de complicaciones en el postparto en centros de salud y hospitales (ej: hemorragia, eclampsia, sepsis)
- Cuidados en el post parto (promoción y soporte de la lactancia y el manejo de complicaciones de la mama)
- Información y servicios de planificación familiar
- Prevención y manejo de enfermedades de transmisión sexual y SIDA(VIH)
- Inmunización con toxoide tetánico

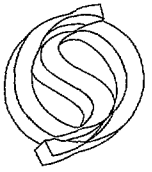
DESPUES DEL PARTO EN EL RECIEN NACIDO

- Resucitación
- Prevención y manejo de la hipotermia
- Lactancia precoz y exclusiva
- Prevención y manejo de infecciones incluyendo la oftalmía neonatal y las infecciones del cordón

BIBLIOGRAFIA

1. Atención a la Mujer y el Recién Nacido, en Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospitales de Distrito. Norma Boliviana de Salud (NB-SNS-02-96). MotherCare Bolivia. Stampa Gráfica Digital. Bolivia 1996.
2. D. Beck, S. Buffington, J. McDermott, K. Berney. Healthy Mother and Healthy Newborn Care. A guide for Caregivers. Copyright, American College of Nurese Midwives. MotherCare/JSI/ USAID. USA 1998.
3. Luis Cabero, Masson. Riesgo Obstétrico Elevado. I.U. Dexeus. Reimpresión. Barcelona España 1999.
4. F Arias. Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2a. Edición. Mosby/Doyma Libros. España 1994.
5. P. Blumenthal, N. MacIntosh. JHPIEGO Corp. Baltimore USA 1995
6. M. Ugalde, G. Peñaranda, C. Paredes. Manual de Técnicas y Procedimientos. Mothercare Bolivia, UMSA/UMSS/MPSSP/USAID. Stampa Gráfica Digital. Bolivia 1998.
7. Currículo de Capacitación. Manejo de Complicaciones Obstétricas y Perinatales. Tomo I y II Stampa Gráfica Digital. Bolivia 1998
8. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 8va. Ed. Panamericana. Mexico 1995
9. Schwarcz, Sala, Duverges, Obstetricia. 5a. Ed. El Ateneo, Argentina 1997.
10. Guías Técnicas para la Atención del Seguro Básico. 1a. Ed. MSPS/Unidad de la Reforma de Salud. Ed. Garza Azul. Bolivia 1999.
11. Seguro Básico de Salud (Decreto Supremo 25265). Documento de Prestaciones del SBS. Bolivia.
12 Texto de Referencia, Salud Sexual y Reproductiva. 1a. y 2a. Ed., SNS JHPIEGO/USAID/ OPS/OMS. Bolivia 1994/1996.
13. Arteaga, Seoane, Rodríguez, Cuidados intensivos en Pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo del niño en estado crítico. Gráfica Latina, La Paz, 1993.
14. Martell, Estol , Martínez et al. Atención inmediata del Recién Nacido. Pub., Científica CLAP/ OPS/OMS No 1253.Uruguay 1990.
15. Physicians Desk Reference (PDR), Medical Economics, Ed. 51. USA 1997.
16. Informe estudio sobre distribución de suplementos (Sulfato Ferroso). MotherCare Bolivia. Artes Gráfica Latina 1998.
17. Prevención y Control de la Sífilis Materna y Congénita. Manual de Capacitación para proveedores de servicios de atención a la mujer y el niño. Módulos de Capacitación. MotherCare Bolivia/MSPS/OPS/OMS/USAID. Stampa Gráfica Digital 1998.
18 B. Kwast, S. Miller, C. Conroy Management of Life Threatening Obstetrical Emergencies. MotherCare/USAID. Arlington, Virginia USA.
19. Marshall, Buffington. Life Savings Skills Manual for Midwives. The American College of Nurse-Midwives. USA 1991.
20. A. De la Gálvez, R. Pando, E. Padilla. Obstetricia Práctica, Temas de ginecología y obstetricia. MEDICOM. Stampa Gráfica Digital. Bolivia 1997.

La presente edición
se terminó de imprimir
el mes de febrero/2000 en



Av. Villazón Pje. Bernardo Trigo 447
Tel./Fax: 441705 - 8114724
E.mail stampa@ceibo.entelnet.bo
La Paz - Bolivia