



Ministerio de Salud
y Deportes

NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-MSD-02-2000

ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO

**EN PUESTOS DE SALUD
CENTROS DE SALUD
Y HOSPITALES BÁSICOS DE APOYO**

Dirección de Servicios de Salud

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Dirección de Servicios de Salud

ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO

**EN PUESTOS DE SALUD, CENTROS DE SALUD
Y HOSPITALES BÁSICOS DE APOYO**

NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-MSD-02-2000

La Paz - Bolivia
Noviembre 2000

La publicación de la tercera versión, edición actualizada, fue posible gracias a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes.

La publicación de la primera edición fue posible gracias a la Oficina de Salud de USAID.

La publicación de la segunda edición fue posible gracias al PROSIN/DTSSR y UNAP

©MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES 2003
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Primera Edición, octubre 1996
Segunda Edición, noviembre 2000
Tercera Edición, agosto 2003

Depósito legal:
Xxx

Impreso en:
Xxx

La Paz - Bolivia

Esta obra está dedicada a:

*Los múltiples esfuerzos de normalización
de la DSS y el MSD,
en bien de la calidad de atención
a la mujer y al recién nacido ...*

Presentación

Las normas para el cuidado de la salud son indispensables para la programación de actividades de todos los niveles de atención y para la organización de los recursos, por lo que la Unidad Nacional de Atención a las Personas del Ministerio de Salud y Previsión Social como nivel normativo cumple con la elaboración de esta segunda edición de la Norma Boliviana de Salud para la Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos y Centros de Salud y Hospitales de Distrito, después de cumplir con el proceso completo de normalización que exige la actualización.

Pese a estar completamente discutido que las mismas no pueden ser el resultado de criterio personal, de alguna escuela de formación o de un grupo de profesionales, sino de un proceso largo de acumulación de experiencias con la participación activa de miembros de equipos multidisciplinarios de salud que sientan la necesidad y hayan trabajado con la misma, favoreciendo la aplicación efectiva y práctica, aumentando el grado de compromiso de todos con el proceso normativo por que es participativo y esta enmarcado en un contexto organizacional del que no puede sustraerse el nivel que corresponde como tal. La norma por lo tanto es amplia y abarca todo lo que se debe hacer para todas las prestaciones de servicios,

por lo tanto tiene que ser mucho mas que las estrategias, planes y programas que se implementan, debe tener flexibilidad ante diversas circunstancias que permitan su cumplimiento en la totalidad de los casos y de igual grado de riesgo.

Las normas deben asegurar un nivel mínimo de atención y su aplicación evidenciada por el conocimiento científico actualizado; el nivel adecuado de atención debe garantizar la calidad de la misma, ya que ciertos establecimientos por la escasa capacitación de su personal ya sea por falta de recursos o por estar desactualizados aunque se les solicite, no formulan observaciones que faciliten su revisión, y no pueden brindar los niveles mínimos normatizados, esta circunstancia no justifica la modificación de la norma, por el contrario, estos deben entrar dentro de las prioridades de adecuación de efectos, a fin de que puedan operar la norma mínima que garantice la calidad de las prestaciones, no con carácter punitivo sino de ética y conciencia profesional.

El conocimiento científico actualizado de ningún modo significa mayor complejidad de las actividades propuestas. Muchas veces por el contrario, el adelanto científico esta dado por la simplificación de las tecnologías y la adecuada formulación de normas y procedimientos.

Dr. Enrique Paz Argandoña
MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

Participaron en la revisión y actualización de la segunda edición
(2ª versión actualizada)

Lic. Luz Lafuente	Dr. Rolando Iriarte	Dra. Addy Rivera
Dra. Miriam López	Lic. Piedad Villegas	Dr. Emilio Aguilar
Dra. Ruth Calderón	Dr. Freddy Hirsuta	Dra. Jacqueline Reyes
Dra. Silvia Villarroel	Dr. Franz Conchari	Dr. Miguel A. Ugalde
Lic. Norma Quispe	Dr. Ramiro Pando	Dra. Nancy Terceros
Lic. Adriana Zubieta	Dr. Abel Ruiz	Lic. Gloria Peñaranda
Lic. María Luisa Salinas	Dr. Gonzalo Córdova	Dra. Ana María Suxo
Dr. Federico Urquizu	Dr. Desiderio Aguilar	Dr. Roberto Urquizu
Lic. Carmen Mollinedo	Lic. Marcia Ramos	Dra. Susana Asport
Dra. María Glays Sejas	Lic. Susana Arce	Dr. Oscar Viscarra

Unidad Nacional de Atención a las Personas

Dr. Jaime Tellería Guzmán
Dr. Renato Yucra Lizarazu
Dr. Oscar Landívar

Elaboraron la primera versión de las Normas y Protocolos:

Dr. Ramiro Pando
Dr. José Seoane
Dr. Oscar Viscarra
Dr. José Larrea
Dr. Corsino Aguilar

Dr. Guillermo Seoane
Lic. Verónica Kaune
Mat. Gloria Metcalfe

MotherCare Bolivia

***Marco Normativo
para la
Atención a la Mujer
y al Recién Nacido***

MARCO NORMATIVO GENERAL CONCEPTOS, DEFINICIONES Y REGLAS DE SALUD DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

INTRODUCCIÓN

Este capítulo contiene las definiciones, las reglas, los lineamientos y las características de oferta básicas para el trabajo en los establecimientos de salud, mediante las cuales, el personal docente y/o asistencial podrá contribuir al mejoramiento, la prevención y la recuperación de la salud de mujeres y niños menores a 5 años, y apoyar así a la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Las reglas, definiciones y protocolos de atención que en este libro se presentan, constituyen el cuerpo normativo de aplicación técnica-obligatoria, cuya elaboración ha seguido etapas de consulta, preparación de propuestas a cargo de especialistas, conformación de equipos de trabajo para la revisión de las mismas, reuniones de validación con personal de salud de niveles locales, pruebas piloto, la edición primaria y su correspondiente actualización para la 2a. versión actualizada.

El mejoramiento de los protocolos de atención en el proceso normativo sirve para enfrentar con éxito los problemas y los procesos que causan morbilidad y mortalidad de mujeres y niños en nuestro país. El proceso normativo

NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-MSPS-02-00. Esta norma actualizada concuerda con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Componente de Salud Materna y Neonatal y Salud del Niño Menor de 5 años y con los lineamientos de IBNORCA, OPS/OMS, CLAP, FIGO, FHI, MOTHERCARE.

continuo es fundamental, porque otorga al proveedor de servicios, la consistencia y la seguridad necesaria durante la atención.

El mejorar el proceso normativo continuamente, nos permitirá a futuro mejorar la calidad en la atención. Las relaciones humanas, la solidaridad, la empatía, el respeto y la amistad entre el(la) proveedor(a) y el(la) usuario(a), es fundamental para este logro.

La atención que se brinda a las(los) usuarias(os) de los servicios de salud no debe ser considerada rutinaria y debe contemplar todos los elementos de calidad y de ética.

La atención debe estar destinada a prevenir y/o detectar las complicaciones oportunamente y resolverlas, parcial o totalmente. Se pretende con la atención de calidad, reducir los efectos de las enfermedades y evitar así las secuelas, la incapacidad y la muerte.

“Se pretende en este libro, recuperar la dignidad de los establecimientos de salud, a través de la oferta de servicios con oportunidad, diligencia, calidez, respetando los valores culturales (interculturalidad) y condición igualitaria de género.”

Los protocolos de atención deben ir acompañados necesariamente con el mejoramiento de la calidad de los recursos humanos, el mejoramiento de la infraestructura, y la utilización adecuada de los equipos, medicamentos y suministros, el trabajo de equipo integrado en la red de servicios (atención de complejidad creciente), el mejoramiento de los medios de transporte y de la comunicación, la participación activa de la comunidad, el trabajo coordinado con las organizaciones de base y los consejos de salud donde cada integrante asume la responsabilidad de mejorar la calidad de la atención.

A continuación se presentan objetivos generales y específicos de esta norma, los mismos que pueden ayudar a que los equipos de salud de la red local alcancen su misión, en cada establecimiento de salud.

OBJETIVO GENERAL

1. Normar la atención para las mujeres gestantes y los recién nacidos en el primer y segundo nivel de atención en el marco del sistema nacional de salud y en el ámbito de su aplicación, apoyar a la disminución de la morbilidad materna y perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Normar las actividades de vigilancia y detección para el embarazo, parto y puerperio, a fin de prevenir y tratar oportunamente las complicaciones, bajo el enfoque de que toda embarazada conlleva riesgo y disminuir así, la morbi-mortalidad materna.
2. Normar las actividades de aplicación técnica para la vigilancia y la detección de los riesgos perinatales, a fin de tratar oportunamente la morbilidad en los recién nacidos (etapa neonatal).
3. Proporcionar a los establecimientos de salud y los proveedores de servicios de salud los enunciados escritos correspondientes a la capacidad resolutive antes de cumplir con la referencia.
4. Proporcionar al personal de salud los procedimientos de atención correspondientes para la referencia oportuna.
5. Proporcionar al personal de salud, los protocolos de apoyo en la atención de la madre y el recién nacido, y promover mediante mensajes de orientación y el uso de técnicas de comunicación interpersonal, el acercamiento de la madre, la familia y la comunidad a los servicios de salud.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS GENERALES

EL PROCESO DE NORMALIZACION

La norma es un conjunto de reglas, lineamientos y características explícitas y escritas, destinada a:

- **Uniformar** el desempeño del equipo de salud para mejorar la calidad de atención y hacer comparables los resultados.
- **Establecer** bases técnicas y legales de respaldo, tanto para el desempeño del equipo de salud como para garantizar a las personas una atención segura y de calidad.

- **Asignar** responsabilidades por niveles de atención y, cuando es pertinente, por nivel de complejidad y por tipo de personal.
- **Identificar** los parámetros para dar inicio a las actividades de auditoría médica y formulación de la política de la calidad de atención.

Norma: “Documento, establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado”¹. Ejemplo: Atención a la mujer y al recién nacido en institutos de maternidad y hospitales departamentales.

Calidad de atención: Relación entre los medios o recursos disponibles o necesarios, su utilización pertinente y los resultados, traducidos en las mayores mejoras posibles en salud y en una atención solidaria. Son componentes básicos de la calidad de atención: la privacidad, la confidencialidad, la atención individualizada, el respeto a la cultura, el trato respetuoso, la confianza y la resolución del problema.

Atención integral: Conjunto de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud ofrecidas de una sola vez o de forma secuencial y periódica, tanto en el ámbito de los establecimientos de salud que conforman una red de servicios como en el de la familia o la colectividad.

Consulta integral de salud: Conjunto de prestaciones, otorgadas por personal de salud, que permiten la identificación y evaluación de la salud, a partir del cumplimiento de las tareas establecidas para la consulta, con fines de promoción, prevención y/o recuperación de la salud.

Salud Sexual y Reproductiva: “Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la Salud Reproductiva entraña la capacidad de disfru-

1. IBNORCA. *Gestión de calidad y aseguramiento de la calidad. Vocabulario*. La Paz: IBNORCA; 1995 (Norma Boliviana NB-ISO-8402).

tar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.²

“La anterior condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”³

Atención de la salud reproductiva: “Conjunto de técnicas, métodos y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la Salud Reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”⁴

Crecimiento y desarrollo: Proceso continuo, dinámico y único para cada niño, que se inicia desde la concepción. Significa un cambio de la estructura (crecimiento) y de las funciones psicosociales del niño (desarrollo).

Alimentación al pecho: Cuando el niño recibe leche materna de forma directa o por expresión. Es exclusiva cuando no recibe otros líquidos ni alimentos, excepto vitaminas o medicamentos.

Alojamiento conjunto: Cuando madre y niño permanecen en el mismo ambiente durante todo el tiempo que permanecen internados u hospitalizados. Puede ser iniciado inmediatamente después del parto o a las pocas horas.

Anticoncepción/Planificación familiar: Derecho de las parejas a decidir de forma libre e informada el número de hijos y el momento para concebirlos.

2. *Definición aprobada en la Conferencia Internacional de El Cairo, 1994.*

3. *Conferencia Internacional de El Cairo, 1994.*

4. *Conferencia Internacional de El Cairo, 1994.*

Concepto de género: “La red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres.”⁵ Es, también, el conjunto de atributos simbólicos, sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales asignados a las personas de acuerdo a su sexo. No se nace con género, sino que se lo desarrolla a partir de un aprendizaje que es a la vez social, político e histórico.⁶

Enfoque de género en salud: Relaciones entre la biología y el medio social aplicadas al análisis de la salud de la mujer y a las desventajas que tienen las mujeres en lo económico, lo social y en el acceso a los recursos básicos de promoción y protección de la salud, en comparación con los hombres. En lo aplicativo, implica satisfacer las necesidades y expectativas de salud de las mujeres, en función de sus propias características.

Elección informada: Es la decisión voluntaria de la persona para que se le realice un procedimiento médico o quirúrgico, con real conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones de ningún tipo.

Derechos: Consecuencias naturales del estado de una persona, o sus relaciones con respecto a otros.

Violencia Intrafamiliar: Agresión física, psicológica o sexual cometida por: el conyugue o conviviente; los ascendientes, hermanos, parientes, civiles o afines en línea directa o colateral; los tutores, curadores, encargados de custodia familiar.⁷

Interculturalidad: Relación en la cual dos o más personas difieren en su cultura, valores, forma de vida (Arredondo, Mcoavis 1992). La interculturalidad

5. *Organización Panamericana de la Salud. Género, Mujer y salud en las Américas. Washington Dc: OPS/OMS; 1993.*

6. *CIDEM. La Paz, 1995.*

7. *Legislación comparada de la subregión andina contra la violencia de la mujer y la familia. Ley 1674 (15/12/95) Comisión V – Parlamento Andino – UNFPA – Ecuador.*

se refiere a la conflictiva convivencia de distintas culturas en un mismo entorno.⁸

Cuidados Obstétricos Esenciales (COE): Servicios Obstétricos esenciales durante las 24 horas del día, incluyendo: cirugía obstétrica, anestesia, tratamiento médico para casos de septicemia, choque, eclampsia y problemas similares; reemplazo de sangre, procedimientos manuales y control del trabajo de parto; apoyo a la planificación familiar (incluidos métodos quirúrgicos), atención neonatal especial (OMS 1991a)⁹. (Funciones obstétricas esenciales. OPS/OMS 1990).

Defunción Materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta los 42 días (6 semanas) de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Atención Calificada del Parto: Es el proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, trabajo de parto, el parto y el periodo de post parto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud u hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.

Personal o Proveedor Calificado: Se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención del parto (por ejemplo, médicos, parteras profesionales o enfermeras) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto.

Parto Institucional: Se considera a todo aquel proceso del parto atendido en un servicio o por personal de salud o proveedor calificado en domicilio.

8. *Unidad didáctica. Dpto. de Orientación del IES, Madrid, España, 10/05/97.*

9. *Hacia una maternidad segura. Doc. Banco Mundial 202S. Tinker A, Koblinsky M. Washington DC. USA 1994. pp 16.*

REGLAS GENERALES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Regla 1

Difusión de la Norma. La difusión de la norma deberá ser realizada por el nivel nacional, a todos los departamentos, municipios y áreas del país, asegurando que todos los recursos humanos en los diferentes niveles de atención la conozcan y tengan a la mano para la prestación de servicios.

Regla 2

Capacitación de Recursos Humanos. La capacitación de los recursos humanos en el manejo y aplicación de la norma deberá ser realizada en las instancias que disponga el Ministerio de Salud y Deportes (Centros de Capacitación Integral, Escuelas Técnicas de Salud, Instituciones Formadoras de Recursos Humanos afines y acreditadas por el MSD).¹⁰

Regla 3

Responsabilidades asistenciales. Todo el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) tiene la obligación de otorgar atención integral a mujeres y recién nacidos, de acuerdo con la capacitación recibida y las funciones, actividades y tareas asignadas.

Regla 4

Continuidad de la atención. En los centros de salud y en los hospitales básicos de apoyo, las enfermeras y las auxiliares de enfermería asumirán la atención y/o referencia de pacientes en ausencia de médicos, de acuerdo con la capacitación recibida.

10. *Currículo de Capacitación. Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales y C1C. Libros I y II. UMSA (RCF 336/98) UMSS (RCF 132/98) - MSPS-MotherCare Bolivia 1998.*

Regla 5

Docencia en servicio. El desarrollo de más conocimientos y destrezas en las enfermeras y auxiliares de enfermería es parte de la responsabilidad del personal médico, que deberá promover la transferencia de ciertos conocimientos y habilidades, procedentes de la norma, para su aplicación supervisada.

Regla 6

Solidaridad con los usuarios. Todas las mujeres y los niños que acudan a los establecimientos de salud, públicos y privados, tanto ambulatorios como de hospitalización, serán acogidas/acogidos y atendidas/atendidos como personas concretas, con nombre y apellidos, y no como un número de cama o de ficha de consulta.

Regla 7

Denuncia de casos de violencia familiar o doméstica. El personal de salud está obligado a reportar a la autoridad de salud inmediata los casos de violencia familiar o doméstica contra mujeres y/o niños detectados durante la atención. La autoridad del servicio de salud hará la denuncia a la instancia respectiva.

Regla 8

Inscripciones al Registro Civil. El personal de salud queda encargado de orientar a las familias, a los líderes locales y a la colectividad sobre la importancia del registro de nacimientos y de la notificación de defunciones de niños menores de 5 años y de mujeres de 12 a 54 años, en las Oficialías de Registro Civil.¹¹

11. *El registro de nacimientos y defunciones en las oficialías es gratuito, en tanto que la entrega del certificado de nacimiento o de defunción a la familia tiene un costo.*

REGLAS PRINCIPALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Regla 1

La siguiente constituye la oferta de servicios básica y obligatoria para atender a las mujeres en la red de servicios de un sistema local de salud:

- Control/consulta prenatal.
- Control/consulta del puerperio.
- Consulta ginecológica.
- Atención del parto institucional.
- Operación cesárea.
- Atención de la emergencia gineco-obstétrica, en consulta y en hospitalización.
- Atención inmediata del recién nacido.
- Promoción del alojamiento conjunto y de la lactancia materna.
- Detección del cáncer cérvico uterino (PAP) y mamario.
- Anticoncepción.
- Vacunación con Toxoide Tetánico, durante y fuera del embarazo.
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Referencia de mujeres con morbilidad obstétrica o ginecológica grave.
- Consejería/orientación (incluye entrega de material educativo).
- Laboratorio básico.

Regla 2

Los siguientes instrumentos de registro y monitoreo, relacionados con el Componente de Salud Materna y Perinatal, son de empleo obligatorio en la red local de servicios de salud:

- Historia clínica perinatal base (HCPB).
- Carnet perinatal (para el embarazo y parto).
- Partograma de la OMS modificado.
- Afiche para monitorear indicadores perinatales.
- Fichas epidemiológicas de la muerte materna. Parte I, II y III
- Historia clínica de la mujer no gestante.
- Carnet de la mujer no embarazada.
- Carnet del Seguro Universal Materno Infantil.
- Formularios del Componente de Cáncer de Cuello Uterino.
- Informe mensual de vigilancia epidemiológica (SNIS).
- Informe mensual de actividades en salud (SNIS).
- Formulario de referencia y contrareferencia.

Regla 3

Toda embarazada que tome contacto con un servicio de salud debe recibir cuatro consultas como mínimo. Además, se le abrirá una historia clínica perinatal y se le entregará el carnet para el embarazo y parto.

Regla 4

Las cuatro consultas prenatales deberán ser otorgadas preferentemente entre las siguientes semanas de embarazo: la primera, en algún momento de la primera mitad de la gestación; la segunda consulta, entre las semanas 22 y 29; la tercera, entre la 33 y 35; y la cuarta consulta prenatal, entre la 37 y 40 semana gestacional. El día y momento de las consultas prenatales será planeado con la embarazada o la pareja (Planeando mi parto).

Regla 5

Se debe reconocer los siguientes factores de riesgo obstétrico:

- Embarazada menor a 18 años o mayor a 35.
- Espacio intergestacional menor a 36 meses o mayor a 60 meses.
- Embarazada con antecedente de pérdida perinatal (mortinato o defunción neonatal precoz).
- Embarazada con cesárea anterior.

- Desnutrición materna/Anemia crónica en la gestación actual.
- Diabetes gestacional.
- Infecciones del tracto genitourinario.
- Gestación con presentación anormal.
- Hemorragia genital o eliminación de líquido amniótico en cualquier momento del embarazo actual.
- Hipertensión arterial (previa o preeclampsia, eclampsia).
- Cardiopatía (u otra enfermedad general grave).
- Gran multiparidad (5 más partos anteriores).

Regla 6

El riesgo obstétrico debe ser valorado en cada consulta prenatal y durante el trabajo de parto, en base de los hallazgos clínicos o complicaciones diagnosticadas, aplicando la historia clínica perinatal base.

Regla 7

La historia clínica y el carnet perinatal de las embarazadas de Alto Riesgo Obstétrico aparte de ser identificadas para su seguimiento y control domiciliario y/o comunitario, se puede señalar con una LANA ROJA, para ver la magnitud del problema en el servicio de salud

Regla 8

Toda referencia será hecha utilizando la hoja o formulario de referencia y contrareferencia del SUMI, adjuntando a ella el carnet perinatal o el no gestacional, según corresponda, conteniendo los siguientes datos:

- Identificación del Servicio de Salud.
- Identificación y edad de la(el) usuaria(o).
- Fecha y hora de la consulta (o tiempo de hospitalización).
- Signos vitales.
- Hallazgos (signos y síntomas).
- Indicaciones y tratamiento efectuado.

- Proposición diagnóstica (incluir edad gestacional y vitalidad fetal).
- Condiciones del traslado.
- Quién la acompaña.
- Sello institucional, nombre y apellidos del responsable.

Regla 9

Promover y proteger la lactancia materna. Para la atención ambulatoria y/o de hospitalización:

- Se adoptará el documento relativo a, o basado en la política nacional sobre lactancia materna, el mismo que deberá ser conocido por todo el personal del establecimiento, incluido el administrativo y de apoyo.
- La dirección del establecimiento organizará la capacitación del personal para que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- El personal de salud promoverá entre las embarazadas los beneficios de la lactancia materna y orientará sobre la manera de ponerla en práctica.
- En los servicios con camas de maternidad, el personal de salud ayudará a las madres a iniciar el amamantamiento durante la media hora siguiente al parto o cesárea. Se procederá de igual manera durante los partos domiciliarios atendidos por personal de salud y por parteras empíricas adiestradas.
- El personal de salud explicará a las madres la técnica del amamantamiento, y orientará a las que trabajan cómo mantener la lactancia natural incluso si tienen que separarse de sus hijos.
- No se dará ni prescribirá a los recién nacidos más que la leche materna, excepto en situaciones estrictamente indicadas.
- En los servicios con camas de maternidad, las madres y sus bebés permanecerán en alojamiento conjunto las 24 horas del día, excepto en situaciones estrictamente indicadas.
- El personal de salud, el administrativo y el de apoyo fomentará la lactancia materna/natural cada vez que sea solicitada.

Regla 10

Las actividades de detección del cáncer cérvico-uterino serán focalizadas en mujeres comprendidas entre los 20 y 64 años. Mujeres de otras edades serán

beneficiadas, cuando soliciten el PAP, o sean sexualmente activas cuando presenten signos de alarma (hemorragia postcoital, cervicitis, cuello uterino macroscópicamente sospechoso).

Regla 11

Los Puestos y Centros de Salud, deben realizar la toma de muestras citológicas de las mujeres en el grupo etareo correspondiente. En caso de existir casos con citología anormal, debe referirse a un nivel de mayor complejidad, recomendando a la usuaria llevar consigo el resultado de la citología. En este nivel debe realizarse una buena orientación para que la usuaria continúe con los exámenes necesarios a realizarse en el hospital de referencia. Las usuarias que en el resultado de su prueba citológica tengan un informe de negatividad a células neoplásicas, deben ser controladas como se establece en la regla 14.

Regla 12

Las Unidades de Patología de Cuello Uterino que se encuentran en los **Hospitales Básicos de Apoyo**, serán los responsables de recibir a la mujer portadora de "PAP positivo ó citología anormal", evitándose que deba ir en múltiples ocasiones. La atención debe ser inmediata para un examen colposcópico. De encontrarse imágenes sospechosas debe tomarse una biopsia dirigida y debe citarse a la mujer máximo a 15 días para el resultado. En la siguiente visita de la mujer debe definirse el diagnóstico y de acuerdo a la alteración encontrada el tipo de tratamiento. Una vez tratada la mujer, deberá ser remitida nuevamente al centro donde fue evaluada inicialmente, con nota de contrareferencia del SUMI en la que se indique el tipo de tratamiento recibido y las recomendaciones para el seguimiento posterior.

Regla 13

La lectura de los especímenes citológicos será hecha en laboratorios de referencia reconocidos por el Ministerio de Salud. Otros, de instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales, deberán acreditar su competencia ante la autoridad respectiva del Ministerio de Salud.

Regla 14

Se establece la frecuencia del Papanicolaou a partir de un primer informe ci-

tológico negativo; el segundo será realizado al año, y, si es negativo, los subsiguientes cada tres años.

Regla 15

Las mujeres con citología de cuello uterino dudosa o positiva serán sometidas a estudios adicionales de confirmación diagnóstica, por lo que no será realizado ningún tratamiento con base exclusiva en el reporte citológico.

Regla 16

La conducta en los servicios de salud a partir del informe citológico deberá basarse en lo siguiente:

INFORME CITOLÓGICO (Bethesda/NIC)	CONDUCTA
Frotis inadecuado/insuficiente para informe citológico.	Repetir la muestra.
Frotis negativo para células neoplásicas.	En caso de ser 1 er. PAP, control al año. En caso de ser 2do. PAP negativo, control a los 3 años. Tratamiento de la causa inflamatoria.
Frotis atípico, sin características definidas. Frotis sugerente de "Lesión Intraepitelial de Bajo Grado" (LIE bajo grado) (NIC I), (Displasia Leve), de Patología Cervical. Frotis sugerente de "Lesión Intraepitelial de Alto Grado" (LIE alto grado), (NIC II), (Displasia Moderada). Frotis sugerente de "Lesión Intraepitelial de Alto Grado" (LIE alto grado), (NIC III), (Carcinoma in situ). Frotis sugerente de carcinoma invasor.	Tratamiento en hospital de referencia ó donde exista consultorio de Patología de Cuello Uterino.

Regla 17

Todo tumor mamario, independientemente de su tamaño, debe ser examinado e investigado. Por tanto, el examen mamario a toda mujer que acude a un establecimiento de salud es obligatorio a cualquier edad.

Regla 18

El examen clínico de mamas debe ser completado a nivel axilar, supraclavicular

y hepático. Las mujeres con sospecha o certeza de cáncer mamario deben ser tratadas en los hospitales de referencia departamental o regional.

Regla 19

El esquema de vacunación antitetánica a mujeres entre 15 y 49 años de edad, embarazadas o no, es el siguiente:

Nº DOSIS	APLICACIÓN	PROTECCIÓN
1ª dosis	Al primer contacto	No protege
2ª dosis	1 mes después de la 1ª	Por 3 años
3ª dosis *	6 meses después de la 2ª	Por 5 años
4ª dosis *	1 año después de la 3ª	Por 10 años
5ª dosis *	1 año después de la 4ª	De por vida

* en el próximo embarazo

Regla 20

Los métodos anticonceptivos aprobados para su oferta en los servicios de salud públicos y sin fines de lucro son:

Métodos Temporales:

- Anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Anticonceptivos hormonales inyectables de larga duración (DepoProvera).
- Dispositivos intrauterinos (TCu 380A).
- Métodos de barrera y espermicidas (condón masculino).
- Métodos de abstinencia periódica: Naturales (temperatura basal, moco cervical, sintotérmico), Ritmo y métodos de los días fijos.
- MELA.

Métodos Definitivos:

- Ligadura de trompas.
- Vasectomía.

Regla 21

En las mujeres o parejas que demanden espontáneamente un método anticonceptivo:

- Se deberá asegurar la orientación que permita a la usuaria o a la pareja, elegir el método anticonceptivo más apropiado, por una elección informada.
- Se le deberá otorgar una consulta médica de evaluación para descartar contraindicación al método elegido.
- Se deberá programar los controles necesarios para evaluar el adecuado uso del método y/o pesquisar oportunamente complicaciones derivadas de su uso, las que deben ser tratadas oportunamente, incluida la opción de cambio de método.

Regla 22

En caso de patología en la mujer, la elección del método anticonceptivo se basará en los criterios de la OMS, es decir:

Clase 1: Condición en la que no hay restricción para el uso de un método anticonceptivo: **use el método en cualquier circunstancia.**

Clase 2: Condición en la que los beneficios del uso del método generalmente son mayores que el riesgo teórico o potencial: **generalmente se puede usar el método.**

Clase 3: Condición en la que el riesgo teórico o potencial es mayor que los beneficios de uso del método: **el uso del método no es recomendable, a no ser que otro método no esté disponible o no sea aceptado.**

Clase 4: La condición representa un inaceptable riesgo a la salud cuando se asocia al uso del método: **el método no debe ser utilizado.**

Regla 23

Toda mujer que acuda a un establecimiento de salud debe recibir el siguiente esquema de suministro de nutrientes:

Durante el control prenatal 90 tabletas de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C. En caso de anemia durante el embarazo 180 tabletas de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C.

En el puerperio inmediato una perla de vitamina A.

Durante el control del puerperio 90 tabletas de sulfato ferroso. ácido fólico y vitamina C.

REGLAS PRINCIPALES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL NIÑO MENOR DE 2 MESES

En este acápite, las normas tienen el propósito de promover un mejor crecimiento y desarrollo de los niños a través de la atención integral del recién nacido. La prevención a través de la orientación, el diagnóstico y tratamiento oportunos de las patologías prevalentes, deben realizarse de manera intensiva en los servicios de salud y en la comunidad.

Regla 1

Las siguientes prestaciones de salud son base para atender de forma integral a los niños menores de 2 meses, y constituyen la oferta obligatoria en la red de servicios de un sistema local de salud.

- * Atención inmediata del recién nacido
- * Alojamiento conjunto (establecimientos con oferta de parto hospitalario)
- * Lactancia materna exclusiva
- * Orientación para el cuidado del recién nacido en el hogar:
- * Promoción de la lactancia materna
- * Detección temprana de enfermedades
- * Estimulación temprana
- * Esquema de inmunización completa
- * Atención de los problemas respiratorios del recién nacido (asfixia, insuficiencia respiratoria)
- * Atención de las infecciones bacterianas locales
- * Atención de las infecciones graves
- * Atención de la diarrea del recién nacido

- * Atención de la ictericia del recién nacido
- * Referencia de recién nacidos con enfermedad grave
- * Laboratorio básico
- * Hospitalización del recién nacido grave
- * Consulta regular

Regla 2

Los siguientes instrumentos de registro y monitoreo, relacionados con el Programa de Atención Integral al Niño, son de empleo obligatorio en la red local de servicios de salud:

1. Historia clínica del recién nacido (S.I.P)
2. Carnet de salud del niño
3. informe mensual de actividades en salud, del Sistema Nacional de Información en Salud

Regla 3

Los servicios de salud deben ofrecer facilidades para que los recién nacidos tengan contacto precoz con su madre inmediatamente después de nacer, durante 5-10 minutos si las circunstancias lo permiten, e inicien la lactancia materna dentro de la primera hora luego del parto, o cesárea. En los nacimientos domiciliarios atendidos por personal de salud, el amamantamiento debe ser iniciado en la media hora siguiente al parto.

Regla 4

El control del crecimiento y desarrollo debe ser iniciado lo más pronto posible a partir del nacimiento. El personal de salud en todas sus categorías, queda encargado de promover la inscripción de los niños menores de 5 años en los servicios de salud locales, así como de la apertura y entrega del carnet de salud infantil.

Regla 5

En las maternidades y servicios de salud donde nacen niños, es obligatoria la apertura y entrega del carnet de salud infantil.

Regla 6

- * Los controles de salud de los recién nacidos (niños menores de 2 meses) deben ser realizados cada 15 días.
- * Los recién nacidos pretérmino y/o con bajo peso al nacer, deben ser controlados una vez por semana durante el primer mes de vida. Deben completar seis controles en el año (1 control cada 2 meses).
- * Si el niño no ha ganado peso entre dos controles o ha perdido peso, controlarlo cada 15 días hasta que reinicie su ganancia de peso (ver Regla 10). Cuatro controles en el año (1 control cada 3 meses).

Regla 7

El personal de salud queda encargado de promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, edad en la que el niño deberá iniciarla alimentación complementaria. La madre será orientada en las técnicas de amamantamiento adecuadas (con énfasis en ‘posición y agarre’), pueda prolongar el amamantamiento hasta los 24 meses de edad del niño, y también para que **NO** lo suspenda en caso de enfermedad del niño.

Regla 8

El carnet de salud infantil debe ser utilizado por el personal de salud como un instrumento educativo para la familia, a partir de cierta información clave que tiene que ser registrada en el mismo: peso al nacer, fechas y dosis de vacunas, duración de la lactancia materna, inicio de la alimentación complementaria, episodios de enfermedad y fundamentalmente la tendencia del crecimiento.

Regla 9

A partir del segundo control del niño (menor de 2 meses) debe graficarse la curva de la ganancia de peso en el carnet de salud, siguiendo el esquema del carnet de salud infantil y vigilar la tendencia: tendencia ascendente: crecimiento normal o adecuado, tendencia estacionaria: crecimiento en peligro; tendencia descendente: crecimiento inadecuado.

Regla 10

Un niño que no recupera su ritmo de crecimiento durante dos controles seguidos, debe ser estudiado para definir un diagnóstico e instaurar el tratamiento específico.

Regla 11

El personal de salud es el encargado de promover a nivel familiar y comunitario la vacunación completa de los niños, de acuerdo con el siguiente esquema, según edad, tipo de vacuna y dosis:

Nº DOSIS	APLICACIÓN	PROTECCIÓN
Recién nacido	BCG	Única
Dos meses	Polio oral trivalente DPT / Pentavalente	Primera Primera
Cuarto meses	Polio oral trivalente DPT / Pentavalente	Segunda Segunda
Seis meses	Polio oral trivalente DPT / Pentavalente	Tercera Tercera

Regla 12

Las vacunas, tanto la antipolio como las que son aplicadas mediante inyección, no tienen contraindicaciones.

Regla 13

Todo niño que consulte por enfermedad y reciba tratamiento ambulatorio, debe ser atendido en reconsulta en las 24 ó 48 horas siguientes. Si el niño está siendo alimentado con leche materna, **NO** se indicará suspenderla.

Regla 14

Toda referencia será hecha con un formulario u hoja que contenga los siguientes datos:

- * Identificación del servicio de salud
- * Identificación del niño
- * Edad, peso, talla
- * Datos relativos al parto (en especial si es recién nacido)
- * Signos y síntomas presentes y su evolución
- * Proposición diagnóstica / tratamiento administrado
- * Condiciones de referencia; quién acompaña al niño
- * Sello institucional; nombre y apellidos del responsable.

BIBLIOGRAFIA

Bolivia, Honorable Congreso Nacional. *Ley 1674 contra la violencia familiar o doméstica*. La Paz: Gaceta Oficial; 1996.

Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Guía para la interpretación de indicadores de salud*. La Paz: Reimpres; 1991.

Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Normas nacionales para atención integral al niño, al escolar, al adolescente y a la mujer*. 2ª ed. La Paz: Artes Gráficas Latina; 1992.

Bolivia, Secretaría Nacional de Salud. *Plan Vida*, para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño menor de 5 años. La Paz: Artes Gráficas Latina; 1994.

Bolivia, Secretaría Nacional de Salud. *Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal*. La Paz: Artes Gráficas Latina; 1995. (Publicación Técnica PV No.1).

Bolivia, Secretaría Nacional de Salud. *Formulario Terapéutico Nacional*. 2a. ed. La Paz: SNS; 1995.

Family Care International. *Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para Todos*. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994. Nueva York: FCI; 1994.

Instituto Boliviano de Normalización y Calidad. *Gestión de la calidad y aseguramiento de la calidad. Vocabulario*. Norma Boliviana NB-ISO 8402. La Paz: IBNORCA; 1995.

México, Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1993. (Publicación Científica No.541).

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995 (vol 1).

***Introducción a
la Comunicación
Interpersonal y
Orientación (CIO)***

INTRODUCCIÓN A LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y ORIENTACIÓN (CIO)

Objetivo

La comunicación interpersonal y la orientación (CIO) tienen como principal objetivo, apoyar al(a) proveedor(a) de servicios, con técnicas, habilidades y destrezas para comunicarse y poder brindar información a la mujer y a sus familiares en el momento de la atención y aumentar así su satisfacción y los resultados.

Al final de cada tema o protocolo se cuenta con un cuadro muy sintético, donde se brindan algunas pautas que los(as) proveedores(as) pueden utilizar, para comunicar y orientar aspectos referidos a: tratamientos, problemas de una complicación específica.

Las explicaciones están dirigidas a las(os) usuarias(os), sin embargo, el personal de salud deberá tomar muy en cuenta: la familia y sus costumbres y adaptar el modelo explicativo a cada persona (según la edad, sexo), región, etnia, nivel de educación y otras características peculiares.

De acuerdo con lo anterior, se contemplan tres preguntas esenciales que el(la) proveedor(a) deberá respon-

der para cada situación que se presente. Estas preguntas están escritas como si la usuaria y/o sus familiares las hicieran al(a) proveedor(a) y las respuestas son dadas desde la perspectiva del personal de salud, éstas son:

1. Explicación del problema:

¿Qué problema tengo?

2. Consecuencias del problema si no es tratado:

¿Qué nos puede pasar a mí y a mi guagüita?

3. Tratamiento/Procedimiento:

¿Qué me van ha hacer o dar?

Se puede observar que las respuestas a la pregunta N° 3 (¿Qué me van ha hacer o dar?) están divididas de acuerdo a nivel de atención. Por lo tanto, si el personal de salud trabaja en el *I nivel de atención* (puesto y centro de salud) deberá utilizar esta parte del protocolo exclusivamente. Si el personal de salud trabaja en el *II nivel de atención* (hospital de distrito) deberá utilizar el protocolo del nivel correspondiente. Para este

nivel de atención muchas veces se utiliza el protocolo desde el I nivel.

Esperamos que este componente de (CIO) presente un trabajo innovador que va más allá de simplemente indicar al proveedor(a) de salud lo que debe hacer, por ejemplo: Ahora explique a la usuaria “qué tiene”. Estos tratan de ayudar a que ella cuente de inmediato con la información clara y precisa de manera tal que se le ofrezca el mejor trato posible.

Once puntos importantes que recordar cuando brindamos servicios de atención de alta calidad

1. ¿Cuándo se utiliza el componente de Información de este Protocolo?

- Cuando la usuaria tiene una emergencia obstétrica o su recién nacido tiene una emergencia neonatal y están siendo hospitalizados se les debe informar respondiendo a 3 preguntas:

¿Cuál es el problema?

¿Qué sucederá si no se lo trata?

¿Qué tratamiento se seguirá?

- Cuando la usuaria y su familia quieren comprender su problema.
- Cuando la usuaria y su familia piden apoyo y ayuda

2. ¿Cómo procede el(la) proveedor(a) de salud sensible frente a las complicaciones obstétricas y neonatales que presente la usuaria y su familia?

- Ayudando a la usuaria y a su familia a comprender, mejorar y/o resolver el problema.
- Estableciendo una relación de confianza y respeto.
- Dando información acerca de la complicación presentada en una manera consistente y objetiva.
- Comprendiendo los sentimientos y preocupaciones de la usuaria y su familia.
- Comprendiendo a la usuaria y a sus familiares desde el punto de vista cultural.

Un(a) proveedor(a) de servicios de salud sensible es una persona madura, que está comprometida en la ayuda a las usuarias y sus familias, y tiene la capacidad de enfrentar eficazmente las dificultades y situaciones que surgen de estas complicaciones.

3. ¿Cuáles son las CARACTERÍSTICAS Y CUALIDADES esenciales de un(a) proveedor(a) de servicios?

Para que el(la) proveedor(a) tenga éxito cuando brinda sus servicios, debe contar con las siguientes 12 características y cualidades esenciales:

CARACTERÍSTICAS Y CUALIDADES ESENCIALES DE UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

- 1 Respetuoso(a)
- 2 Discreto(a)
- 3 Responsable
- 4 Honesto(a)
- 5 Comprensivo(a)
- 8 Seguro(a)
- 7 Sociable
- 8 Eficiente
- 9 Flexible
- 10 Activo(a)
- 11 Conocimiento
- 12 capacidad técnica

4. ¿Cómo se brinda apoyo a las usuarias y sus familiares en momentos difíciles?

Un(a) proveedor(a) de servicios de salud efectivo(a) necesita tener:

- Un entendimiento y conocimiento profundo del manejo de las

complicaciones obstétricas, neonatales y sobre la comunicación interpersonal y orientación.

- Actitudes positivas.
- Buenas habilidades de comunicación interpersonal.
- Capacidad de aplicar todo lo anteriormente mencionado en diferentes situaciones.
- Conocimiento y respeto por la cultura y costumbres de la población a la que atiende.

Estas cualidades son desarrolladas con práctica, experiencia, estudio y capacitación.

5. ¿Dónde se brinda información sobre complicaciones obstétricas y neonatales a las usuarias y sus familiares?

Podemos hacerlo en cualquier lugar, pero este lugar debe cumplir por lo menos con los siguientes requisitos:

- 1 Privacidad*
- 2 Comodidad
- 3 Tranquilidad

* Donde nadie más pueda escuchar lo que se dice y donde no exista ningún tipo de interrupción.

6. ¿Cuáles son las 4 ACTITUDES POSITIVAS que todo proveedor(a) de servicios de salud debe poseer?

Todo(a) proveedor(a) deberá contar por lo menos con esta 4 actitudes positivas:

4 ACTITUDES POSITIVAS	DEFINICIÓN / ACLARACIÓN
EMPATIA	Tratamos de comprender en profundidad, como la usuaria y su familia se están sintiendo. Tratamos de imaginarnos cómo es estar en la situación de la paciente. Nos ponemos en su lugar.
ACEPTACIÓN	Aceptamos a la persona tal como es, con sus costumbres y cultura, sin querer cambiarla ni reñirla por lo que es. Un(a) proveedor(a) de servicios de salud sensible no es moralista ni crítico(a) acerca de lo que la usuaria y su familia le cuentan; siempre muestra respeto.
CONFIDENCIALIDAD	No revelamos nada de lo que la usuaria o familia ha expresado a personas que nada tienen que ver con la situación.
ATENCIÓN	Prestamos atención cuando mostramos a la usuaria con nuestro cuerpo y lenguaje que estamos completamente presentes, saludamos y sonreímos amablemente. Mostramos interés, calidez, preocupación, presencia, honestidad, credibilidad, respeto, confianza genuina, y deseo de ayudar. No permitimos interrupciones. Estamos «RAMIS»:

R elajados
A biertos
M anteniendo contacto visual
I nclinados hacia la usuaria
S ituados dentro del espacio culturalmente aceptable por la usuaria

7. FORMAS DE COMUNICARSE: VERBAL Y NO VERBAL

TIPO	DEFINICIÓN
COMUNICACIÓN VERBAL	Es el intercambio de información donde se presentan ideas o sentimientos utilizando el habla.
COMUNICACIÓN NO VERBAL	Es el intercambio de información CARA a CARA, donde se presentan ideas o sentimientos mediante posturas o gestos que no se escuchan.

8. ¿Cuáles son las HABILIDADES Y DESTREZAS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL que todo(a) proveedor(a) debe poseer y utilizar constantemente en cada consulta?

Para poder brindar servicios de alta calidad los(as) proveedores de servicios de salud deben utilizar por lo menos las siguientes 7 *habilidades y destrezas de Comunicación Interpersonal y orientación (CIO)*; y ayudar a que las pacientes y sus familiares puedan expresar sus problemas y encontrar las soluciones más apropiadas.

HABILIDADES Y DESTREZAS DE COMUNICACION INTERPERSONAL	DEFINICIÓN / ACLARACIÓN
ESCUCHAR ACTIVAMENTE	<p>La comunicación siempre es de dos vías. Escuchar es la mitad de hablar. Por lo tanto el saber ESCUCHAR ACTIVAMENTE es tan importante como el saber hablar.</p>
UTILIZAR EL SILENCIO ADECUADAMENTE	<p>Algunas veces la usuaria o sus familiares paran de hablar, quizá estén pensando en su situación, no los apesure. Es importante no interrumpir a la persona cuando está hablando.</p>
ACLARAR	<p>La aclaración es una PREGUNTA que se formula después de que la usuaria ha expuesto su situación, para verificar que lo que hemos escuchado es lo que la usuaria realmente ha dicho. Tiene <i>dos partes</i>: la <i>pregunta</i> que se formula y la <i>repetición</i> del mensaje escuchado en las palabras del(a) propio(a) proveedor(a).</p>
PARAFRASEAR	<p>El parafraseo es similar a la aclaración. El parafraseo se define como la repetición de la descripción de una situación, un evento, una persona o una idea, <i>en las propias palabras</i> del(a) proveedor(a).</p>

<p>REFLEJAR</p>	<p>En contraste con las técnicas de aclaración y parafraseo, que se refieren al CONTENIDO del mensaje que la usuaria emite, la técnica REFLEJAR repite el mensaje de la usuaria tomando en cuenta y describiendo los SENTIMIENTOS de la misma acerca del contenido, le muestra a la usuaria que realmente estamos interesados en su situación.</p>
<p>RESUMIR</p>	<p>Después de que la usuaria ha hablado, podemos observar que se han formado temas. Los temas nos indican lo que la usuaria nos quiere decir y en qué desea enfocar la conversación. El/La proveedor/a de servicios de salud puede responder a los temas de la usuaria resumiendo todo lo que ha escuchado. El resumen es una colección de dos o más parafrases y reflexiones que condensan los mensajes de la usuaria y sirve para verificar que la información que hemos escuchado es la correcta.</p>
<p>HACER PREGUNTAS ABIERTAS Y DE SONDEO</p>	<p>Invita a la usuaria a explorar, a conversar y explicar con mayor profundidad lo que acontece.</p>

9. Durante la consulta clínica, ¿qué otros ASPECTOS ESENCIALES de la Comunicación Interpersonal deben estar presentes?

6 ASPECTOS ESENCIALES DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL DURANTE LA CONSULTA MÉDICA	DEFINICIÓN / ACLARACIÓN
RESPONDIENDO PREGUNTAS	El(la) proveedor(a) de salud debe responder a las preguntas con claridad, veracidad, sencillez, sensibilidad y amabilidad.
EXPLICAR A LA PACIENTE EN QUE CONSISTE LA REVISIÓN MÉDICA	Siempre hay que indicar a la paciente en qué consiste la revisión médica, sea esta una revisión clínica general, de mamas ó gineco-obstétrica. Hay que decirle qué se le está haciendo, como se sentirá, preguntarle qué siente, e informarle qué se encontró.
CORREGIR MENSAJES ERRADOS	El(la) proveedor(a) de salud pide a la usuaria que repita lo que el(ella) acaba de decir y así verifica que la información brindada ha sido correctamente registrada. Si no es así, corrige la información.
ELOGIA A LA USUARIA	<p>Se elogia a la usuaria cuando la información que ella repite es correcta.</p> <p>Se la elogia por haberse tomado el tiempo de acudir al servicio de salud.</p>

<p>SONDEO DE DIFICULTADES</p>	<p>El/la proveedor(a) de salud pregunta a la usuaria, ¿qué problemas u obstáculos tendría para hacer lo que se le ha recomendado?</p>
<p>TOMAR EN CUENTA LA CULTURA DE LA USUARIA</p>	<p>Se utiliza lenguaje de acuerdo a la cultura de la usuaria, en lo posible se le habla en su idioma nativo.</p>

Ejemplo general utilizando las técnicas mencionadas anteriormente:

USUARIA: (Una mujer de 35 años de edad madre de dos hijos) dice: “Mi vida se derrumbó después de la muerte de mi marido. Me sentía tan insegura, pensaba que no iba poder mantener a mis hijos sola. Mi esposo tomaba todas las decisiones en la casa. No duermo desde hace mucho tiempo, y estoy comenzando a tomar con mucha frecuencia. He engordado 10 kilos. Me veo horrible. ¿Cómo podré conseguir trabajo si me veo tan mal?”

PROVEEDOR(A) DE SALUD: Presta atención, toma en cuenta la comunicación no verbal, utiliza el silencio adecuadamente, es decir, no apresura ni interrumpe a la usuaria mientras ésta presenta su situación, hace preguntas abiertas y de sondeo, toma en cuenta la cultura de la usuaria y:

Aclara: “¿Está diciendo que una de las cosas más duras que está afrontando ahora es el no tener suficiente confianza para tomar decisiones sola?”

Parafrasea: “Desde que su esposo falleció, usted tiene todas las responsabilidades y decisiones sobre sus hombros”.

Refleja: “Parece que usted se siente angustiada por tener todas las responsabilidades de la familia a su cargo”.

Resume: “Ahora que su esposo ha fallecido, usted está enfrentando muchas situaciones muy difíciles:... las responsabilidades, la toma de decisiones, y tratar de cuidar a sus hijos y a su persona y parece que todo esto le angustia”.

10. ¿Qué método de RESOLUCIÓN DE PROBLEMA puede usar el(la) proveedor(a) de salud?

Existen muchos métodos de resolución de problemas, sin embargo consideramos que el siguiente es el más apropiado para el/la proveedor(a) de salud, por ser completo y sencillo. Consta de cuatro pasos:

4 PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS	DEFINICIÓN / ACLARACIÓN
ESCUCHA Y PREGUNTA	Ayude a que la usuaria y su familia cuenten su situación y problema; utilice las actitudes positivas, las técnicas de escucha activa y las destrezas de comunicación interpersonal.
OBSERVAR Y PALPAR	Examine a la mujer de acuerdo a la información que brinda, indíquele qué le está haciendo mientras la ausculta, y por qué.
IDENTIFICAR EL PROBLEMA O NECESIDAD	Identifique cuáles son los problemas de la usuaria a partir de la información que obtuvo en los anteriores pasos.
TOMAR LA ACCIÓN APROPIADA	Decida qué se debe hacer para solucionar el problema e informe a la usuaria y sus familiares: qué se hará, cómo y por qué.

11. ¿Qué tipo de comunicación se debe evitar?

Estilos de comunicación que se deben evitar cuando se brindan servicios de salud

- Ordenar, exigir
- Desviar, evitar, eludir, negar
- Amenazar
- Juzgar, culpar, insultar, criticar
- Bromear, fastidiar, ser indiferente, usar sarcasmo
- Aconsejar
- Atacar
- Compadecer
- Ser paternalista

BIBLIOGRAFÍA

Academia para el Desarrollo Educativo (AIDSCOM) 1992. Guía de Capacitación en consejería para la prevención del SIDA. Washington, D.C., EUA

AIDSCOM (1992). *A través del espejo.* Universidad de Johns Hopkins.

Cormier, W.H., & Cormier, L.S., (1985). *Estrategias de Intervención para los que Ayudan: Técnicas Fundamentales e Intervenciones comportamentales.* (Interviewing Strategies for Helpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions). 20 edición. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Cox, k., Lafarga, J., Quintanilla, L., Roitstein, F., Smit, L., (1991). *Guía para Capacitadores en Salud Sexual.* Federación Internacional de Planificación de la Familia. Lindsay, J., Mulemwa, J., Ssebhanja, P. (1992). *HIV-AIDS Counsellor Training Manual.*

The AIDS Support Organization. Johns Hopkins University, Centre for Communication Programmes.

Miller, S., & Miller, R (1988). *Conectándose con uno y con otros.* (Connecting with Self and Others). Littleton, Colorado: Interpersonal Communication Programs, Inc.

MotherCare (1993). *Currículo: Comunicación Interpersonal y Consejería para parteras.* (Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives). Preparado por The Family Health Services Project de Nigeria, MotherCare/John Snow, Inc. y La Universidad de Johns Hopkins/PCS. USAID: DPE 5966-A-00-8083-00

The AIDS Support Organization (1992). *Together Against AIDS: HIV/ AIDS Counsellor Training Manual.* Baltimore: Johns Hopkins University.

Schieber, B; Goldman, S.C; Bartlett (1993). *Modulo VI: Planificación y Seguimiento de Capacitación a Comadronas.* MotherCare: Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango.

Sue, D.W., (1981). *Brindando Consejería en la diversidad cultural: Teoría y Práctica* (Counseling the culturally different: Theory and Practice). New York: Willey.

Nota; Este tema de CI/C esta basado en currículos desarrollados mediante la asistencia técnica de PATH y la Universidad de Johns Hopkins en varios países como ser Egipto, China, Nigeria, entre otros. Asimismo, esta basado en el MotherCare Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives, Nigeria.

***Protocolos de
Atención del
Embarazo***

Control Prenatal

Definición

Es la visita periódica y sistemática de la mujer embarazada al servicio de salud para vigilar la evolución del proceso de la gestación por medio de actividades propuestas por un nuevo modelo; para prevenir factores de riesgo, detectar, tratar y referir oportuna y adecuadamente complicaciones, entregar contenidos educativos (orientación), y prever un parto en las mejores condiciones de salud.

Consideraciones

- Es importante destacar que el componente básico del nuevo modelo está dirigido al manejo de las embarazadas que no presentan evidencias de complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas o factores de riesgo relacionados con la salud.
- Los criterios para clasificar a las embarazadas para el componente básico del nuevo modelo, se encuentran en la Historia Clínica Perinatal Base y son:

- **Antecedentes Obstétricos:**

Muerte fetal o muerte neonatal previos. Antecedentes de 3 ó más

abortos espontáneos consecutivos.

Peso al nacer del último embarazo menor a 2500 gramos o mayor a 4500 gramos.

Internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo.

Cirugías previas en el tracto reproductivo.

- **Embarazo actual:**

Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.

Menos de 16 años de edad.

Más de 40 años de edad.

Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en anteriores embarazos.

Hemorragia vaginal.

Masa pélvica.

Presión arterial diastólica de 90 mm. Hg. o más durante el registro de datos.

- **Historia Clínica General:**

Diabetes mellitus insulinodependiente.

Nefropatía.

Cardiopatía.

Consumo de drogas (incluido alcohol).

Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.

- Cualquier afección o factor de riesgo detectado requieren atención especializada o referencia para cuidados especiales.

PRIMERA VISITA

Antes de 22 semanas

APERTURA DEL CARNET PERINATAL Y DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Objetivos

- Disponer en un solo documento, que la embarazada lleva consigo, con toda la información mínima necesaria, presentada en una forma simple.
- Permite identificar la elegibilidad de la embarazada para el componente básico o aquellas que necesitan cuidados especiales, planificar el control de acuerdo a éste, registrar la evolución del embarazo, parto, puerperio y los antecedentes del recién nacido.
- Es el medio de información cuando la embarazada es referida y contra-referida.

Acciones

- Llene el Carnet Perinatal y la Historia

Clínica Perinatal con todos los antecedentes solicitados en él, siguiendo cuidadosamente todas las instrucciones, (ver anexos 1-3).

- La información que queda en los casilleros amarillos del formulario Historia Clínica Perinatal significa que es una situación de alerta al equipo de salud para planificar el control de esa embarazada de la forma más adecuada a su riesgo a fin de prevenir complicaciones.
- Esta información debe quedar en el formulario “Historia Clínica Perinatal” en el establecimiento donde se está controlando la embarazada, así como remarcar en el Carnet Perinatal.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Objetivos

- Evaluar el estado general de la embarazada y su adaptación a la gestación.
- Prevenir y pesquisar alteraciones que puedan afectar a la madre y al feto.

Acciones

- Efectúe un examen clínico general en cada control según técnica.
- Registre en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal, si encontró algún signo de alerta y las medidas o tratamiento que indicó.
- Explique a la embarazada el resultado del examen. Si hay riesgos,

motívela a cumplir las indicaciones que le ha dado.

EXAMEN DE MAMAS

Objetivos

- Identificar nódulos, asimetrías, retracciones, umbilicación del pezón u otra alteración.

Consideraciones

- Los cambios de volumen, consistencia y forma, aumento de pigmentación, aparición de una red venosa y secreción de calostro son normales durante el embarazo.

Acciones

- Informe a la embarazada que va a realizar este examen y explique su utilidad en el control de embarazo.
- Efectúe examen mamario en el primer control según técnica, y en los siguientes sólo si es necesario.
- Si son umbilicados o planos, indique los ejercicios de preparación de pezones para un amamantamiento exitoso. Refuerce los beneficios de la lactancia materna para ella y su hijo.
- Refiera a especialista en mastología u oncología si encuentra alguna anomalía.
- Informe a la embarazada el resultado del examen.
- Observe y comente con la madre sobre las modificaciones que se han

producido en los pechos, preparándola para la lactancia. Dele oportunidad de consultar sobre sus dudas.

- Registre el resultado del examen en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.

INSPECCIÓN ODONTOLÓGICA

Objetivo

- Identificar la existencia de posibles focos sépticos dentarios.

Acciones

- Entregue contenidos educativos para prevenir la aparición de focos sépticos dentarios. Explique los riesgos de éstos durante el embarazo.
- Interrogue a la madre en cada control sobre existencia de sintomatología sugerente de foco séptico dentario (caries).
- Refiera para tratamiento en caso positivo (el embarazo no es contraindicación de tratamiento dental). En caso de exodoncia recomendar el uso de lidocaína sin epinefrina.

EXÁMEN OBSTÉTRICO: DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

Objetivo

- Precisar con la mayor exactitud posible la edad de gestación en semanas de amenorrea.

Consideraciones

- El conocimiento de la edad gestacional es fundamental para el buen control del embarazo y el manejo de sus complicaciones. Debe realizarse con la máxima precisión.
- La edad gestacional o semanas de amenorrea permite evaluar el incremento de peso materno, el crecimiento fetal y la fecha probable del parto, asegurando, así, un recién nacido de término y peso adecuado.
- El primer cálculo de la edad gestacional debe realizarse lo más precozmente posible (idealmente antes de las 22 semanas). Esto permitirá una mejor vigilancia del crecimiento fetal.
- Si hay dificultad en definir la edad gestacional, la embarazada debe ser referida lo antes posible al nivel de atención que tenga los elementos necesarios para determinarla (ecografía, especuloscopia, amniocentesis, etc.).
- Se debe calcular la edad gestacional en todos los controles.

Acciones

- Calcule la edad gestacional desde el primer día de la última menstruación regular o normal (FUM) hasta la fecha.
- Averigüe si tuvo alguna de las siguientes situaciones que dificultan la estimación de la fecha de la última menstruación (FUM):
 - Si tomaba píldoras anticonceptivas o inyecciones antes de embarazarse.

- Si estaba amamantando cuando se produjo este embarazo.
- Si se embarazó antes de que regresara su menstruación normal de su embarazo anterior.
- Calcule la fecha probable de parto (FPP) agregando 10 días y restando 3 meses a la fecha de la última menstruación normal (FUM).
- La edad gestacional y la fecha probable de parto (FPP) también se pueden calcular con un gestograma (anexo 6):
 - Ubicar la flecha roja en el primer día de la FUM.
 - La semana 40 marcará la FPP.
 - La fecha del día en que está haciendo el cálculo marcará la edad gestacional.
- Refiera si no puede precisar la edad gestacional.
- Registre la información obtenida en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.
- Informe a la embarazada y motívela a cumplir referencia si hay dudas.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL E INCREMENTO DE ALTURA UTERINA

Objetivos

- Determinar el crecimiento fetal mediante la medición del aumento de tamaño del útero de acuerdo a la edad gestacional.

- Vigilar el crecimiento fetal y detectar oportunamente alteraciones especialmente en mujeres con factores de riesgo (ver protocolo Bajo peso al nacer).

Consideraciones

- La medición de la altura uterina cuando se tiene datos confiables de amenorrea y se descarta feto muerto, permite diagnosticar RCIU.
- La sensibilidad de la altura uterina para el diagnóstico de macrosomía fetal, una vez excluido el embarazo gemelar, polihidramnios y la miomatosis uterina es muy alta.
- La macrosomía fetal presenta un riesgo de muerte perinatal casi 5 veces mayor; aumento de la frecuencia de parto obstruido e instrumental, sufrimiento fetal agudo, depresión neonatal y menor adaptación a la vida extrauterina por enfermedad de membrana hialina, dificultad respiratoria o hipoglicemia.
- Los factores comúnmente asociados a la macrosomía fetal son:
 - Diabetes materna sin angiopatía.
 - Isoinmunización Rh.
 - Excesiva ganancia de peso de la madre durante la gestación (obesidad).

Acciones

- Determine la altura uterina en cada

control, según técnica.

- Evalúe en la gráfica del Carnet Perinatal si la altura uterina está por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90; registre esta observación y refiera a la embarazada para valoración en el II nivel de atención.
- Informe y dé orientación a la embarazada sobre la importancia de la ganancia de su peso, su nutrición, etc., con relación al hallazgo.
- Informe y dé orientación a la embarazada sobre la importancia de brindar cariño y afecto al feto in útero, y afianzar la unión futura de la madre y el niño.
- Registre la información obtenida en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.

EXAMEN GINECOLÓGICO:

TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU

Objetivo

- Extraer una muestra de células de la unión escamo-columnar y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia de células anormales.

Consideraciones

- Sólo se recomienda realizar en la primera consulta prenatal, por la

oportunidad de hacer control y la necesidad de detección temprana.

Acciones

- Explicar a la mujer embarazada sobre las características del examen que va a realizar, que el resultado de la citología tarda pero que es muy importante.
- La toma de la muestra se debe realizar con una espátula de Ayre, con cepillo endocervical o hisopo de algodón no absorbente.
- Realice el extendido, fije la muestra, identifique la lámina, llene los formularios correspondientes de acuerdo a la Norma Nacional, y registre en la Historia Clínica y Carnet Perinatal.
- Envíe la muestra al laboratorio y asegúrese la fecha para hacer conocer el resultado de la citología a la mujer embarazada.

MEDICIÓN Y REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Objetivo

- Pesquisar hipertensión previa o inducida por el embarazo, evaluar el grado de riesgo e iniciar las medidas necesarias (ver protocolo de Hipertensión inducida por el embarazo).

Consideraciones

- Para hacer un buen diagnóstico es necesario conocer precozmente el valor de la presión arterial durante

el embarazo (idealmente antes de las 22 semanas de gestación), y tomarla utilizando la técnica correctamente.

Acciones

- Tome la presión arterial en cada control, con la embarazada sentada o en decúbito lateral izquierdo, con la técnica correspondiente.
- Informe a la embarazada sobre los valores obtenidos, si es de riesgo y lo que debe hacer.
- Registre los valores encontrados en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.

MEDICIÓN DE PESO Y TALLA MATERNA

Objetivo

- Evaluar el estado de nutrición de la embarazada y su incremento de peso.

Consideraciones

- Se espera que durante el transcurso del embarazo la curva de incremento de peso sea ascendente y dentro de los valores determinados entre los percentiles 25 y 90 de la gráfica. (ver anexo 5)
- El aumento excesivo de peso predispone a la macrosomía fetal.
- El incremento exagerado del peso materno puede deberse a embara-

zo gemelar, polihidramnios, o ser un signo de alerta de hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

- El bajo incremento de peso se asocia a retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), u otras enfermedades de la madre (por ejemplo: malaria, parasitosis, bocio, tuberculosis) que debe ser tratadas lo más precozmente posible.
- Las gestantes con peso e incremento insuficiente deben recibir orientación nutricional, alimentación suplementaria y tratamiento para otras enfermedades si corresponde.

Acciones

- Asegure un ambiente de privacidad para la embarazada durante la medición de peso y talla.
- Explique el procedimiento que va a realizar y su utilidad en el control del embarazo.
- Mida la talla en el primer control prenatal y/o en todo caso, si este dato no está inscrito en la historia clínica o el carnet perinatal.
- Tome el peso de la embarazada en cada control prenatal, de preferencia con ropa ligera o similar cantidad de ropa cada vez.
- Si la gestante conoce su peso habitual antes del embarazo, controle el incremento con las curvas dibujadas en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal, de la siguiente manera:
 - Reste al peso actual el peso ante-

rior al embarazo (el resultado es el incremento de peso).

- Traslade este valor obtenido a la gráfica, en el punto de intersección o corte con la edad gestacional actual.
- Si desconoce su peso habitual, use la Tabla de Jellife (anexo 5), y estime el peso anterior al embarazo según la talla. Posteriormente proceda igual que en el punto anterior.
- Informe sobre el incremento encontrado y el hallazgo de bajo o exagerado peso.
- Dé orientación sobre la importancia del peso y la nutrición.
- Registre la información obtenida en el Carnet Perinatal (Historia Clínica Perinatal).

CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Objetivo

- Evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada, para orientare y tomar decisiones sobre la mejor utilización de alimentos locales o la indicación de alimentación complementaria.

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

Consideraciones

- Este índice se obtiene con el peso en kilogramos dividido entre la talla en metros elevada al cuadrado.
- La fórmula para obtener este índice es:

Acciones

- El índice obtenido con la fórmula de acuerdo a las semanas de gestación se ubica en la gráfica del anexo 7 y se conoce el resultado de la evaluación nutricional que puede corresponder a: O= Obesidad, S= Sobrepeso, N= Normal, o E= Enflaquecida.
- De acuerdo a la evaluación nutricional correspondiente, se procede a la orientación nutricional.
- Los datos obtenidos deben registrarse en la Historia Clínica perinatal base y el carnet perinatal.
- Se recomienda realizar una evaluación del IMC en cada control prenatal.

DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA O SIGNOS CLÍNICOS DE ANEMIA

Objetivos

- Identificar presencia y grado de Anemia.
- Indicar tratamiento oportuno y adecuado.

Acciones

- Solicite hemograma o estudio de hemoglobina, según disponibilidad, en el primer control y en los siguientes si hay signos y síntomas sugerentes de anemia.

— **Signos clínicos de anemia:**

- Palidez de piel y mucosa (observe las palmas de la mano, la lengua y la parte interna de los párpados inferiores).
- Decaimiento o fatiga (astenia).
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Sudoración.
- Taquicardia.
- Lipotimias (pérdida de conocimiento).
- Soplo cardíaco funcional.
- Si hay anemia, efectúe manejo y tratamiento según norma (ver protocolo correspondiente).
- Identificar otras causas de anemia (parasitosis o malaria) y trate adecuadamente.
- Explique bien las razones de prevenir la anemia con buena nutrición y la toma de pastillas de sulfato ferroso todos los días.
- Registre los resultados en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal, y las indicaciones y tratamiento que ha efectuado.

DETERMINACIÓN DE GRUPO

SANGUÍNEO Y FACTOR Rh

Objetivos

- Clasificación de grupo y Rh.
- Identificar a la embarazada con Rh negativo.
- Agilizar tratamiento en caso de hemorragia aguda.

Acciones

- Si la mujer es Rh negativo, solicite grupo sanguíneo y factor Rh del padre del niño en gestación.
- Si el padre del niño es Rh negativo, continúe con control normal.
- Si el padre es Rh positivo, interrogue sobre antecedentes de embarazos anteriores, abortos, mortinatos, ictericia del recién nacido y administración de gamma globulina ANTI D hiperinmune (GG a DH), para conocer el riesgo del presente embarazo.
- Si hay disponibilidad de laboratorio, solicite la prueba de Coombs indirecta.
- Si la prueba de Coombs es negativa en dos repeticiones durante el embarazo, administre GG a DH a la madre en el puerperio en las primeras 72 horas para prevenir la isoimmunización Rh.
- Si no hay disponibilidad de laboratorio o si la prueba de Coombs es positiva, refiera a la embarazada a un nivel de mayor complejidad para su control.
- Registre el resultado en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perina-

tal, las indicaciones que ha dado.

DETECCIÓN DE SÍFILIS (VDRL, RPR ó TIRA REACTIVA)

Objetivo

- Pesquisar y tratar oportunamente la sífilis materna y prevenir la sífilis congénita y neonatal.

Consideraciones

- A toda mujer embarazada que acuda a control prenatal, se debe realizar exámenes para detectar sífilis, en áreas donde se cuenta con laboratorio se realizará el CDRL ó RPR y en áreas donde no exista, mediante la prueba rápida treponémica o tira reactiva.
- También se debe realizar prueba rápida en caso de sospecha y tratamiento inmediato en caso de positividad, cuando se tiene la probabilidad que no retorne la embarazada a conocer los resultados y recibir tratamiento o el laboratorio no pueda reportar el resultado inmediatamente.

Acciones

- Si el resultado es negativo (no reactivo), repítalo a las 32 semanas, si es posible.
- Si las pruebas son positivas, informe

a la paciente sobre los riesgos e indique el tratamiento (ver protocolos de tratamiento para sífilis materna).

- Registre el resultado en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal y las indicaciones o tratamiento que ha efectuado.

DETECCIÓN DE PROTEÍNAS EN URINA CON ÁCIDO ACÉTICO Ó EXAMEN DE URINA

Objetivos

- Identificar la presencia de:
 - Proteinuria: Indicador de Hipertensión inducida por el embarazo (HIE).
 - Glucosuria: Indicador de diabetes.
 - Bacteriuria: Indicador de Infecciones del tracto urinario.

Consideraciones

La prueba que sirve para detectar proteínas se hará en todos los establecimientos de salud durante el control prenatal mediante el examen de orina en laboratorio cuando este pueda reportar el resultado antes que la embarazada abandone el servicio o la prueba del ácido acético al 2% en el mismo consultorio.

Acciones

- Solicite un examen de orina en el

primer control de embarazo y ante sospecha de infección urinaria, diabetes e HIE.

- La detección de preeclampsia en las embarazadas se hará mediante la prueba del ácido acético al 2% durante y en cada consulta prenatal, pero solamente en las gestantes con hipertensión diastólica de 90 ó más mm Hg que representan alrededor del 10%.
- El ácido acético es dotado por el SUMI, pero al 5% para colposcopía en la detección del cáncer de cuello uterino.
- Si el ácido acético disponible es el 5%, cada 100 cc será diluido en 150 cc de agua destilada para obtener una dilución al 2%. Cuando no está disponible esta solución se empleará el vinagre puro, preferentemente blanco.
- Para realizar la prueba se requiere dos gotas de ácido acético o de vinagre para una muestra de orina de 8 a 100 cc sometida previamente a ebullición.
- Explique a la embarazada la importancia de tomar líquido durante el embarazo, y de realizar higiene genital para prevenir infecciones urinarias y sus riesgos para el embarazo.
- Efectúe manejo inmediato de la morbilidad detectada según el Protocolo correspondiente (tratamiento o referencia).

DETECCIÓN DE AZÚCAR EN LA SANGRE (GLICEMIA)

Objetivo

- Diagnosticar diabetes, especialmente en gestantes con:
 - Diabetes en familiares de primer grado.
 - Muertes perinatales sin causa conocida.
 - Abortos espontáneos a repetición sin causa conocida.
 - Hipertensión inducida por el embarazo (HIE).
 - Polihidroamnios a repetición.
 - Macrosomía fetal.
 - Malformaciones fetales.
 - Obesidad al inicio del embarazo.
 - Ganancia excesiva de peso durante el embarazo.
 - Edad mayor de 35 años.

Acciones

- Solicite una glicemia en ayunas entre las 24 y 31 semanas de gestación. Si existen factores de riesgo, determine la glicemia en el primer contacto.
- Si el valor está alterado, repita el examen para confirmar diagnóstico y refiera al nivel de complejidad que disponga de la especialidad.
- Si el segundo resultado es normal,

continuar con el control de rutina.

- Registre el resultado de los exámenes y las indicaciones de referencia en el Carnet Perinatal y Historia Clínica Perinatal.

ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO

Objetivo

- Disminuir la incidencia de tétanos neonatal y puerperal.

Acciones

- Informe a la embarazada sobre los riesgos del tétanos para ella y su hijo, y sobre la importancia de la vacuna en la disminución de éstos.
- Indicar la vacunación del Toxide Tetánico (TT), según norma.
- Registre en el Carnet una vez que tenga la seguridad de que se la dieron.

ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO, ÁCIDO FÓLICO Y VITAMINA C

Objetivo

- Prevenir y tratar la anemia durante el embarazo.

Acciones

- Como medida preventiva indique

Sulfato Ferroso 200 mg Ácido Fólico 0,40 mg y Vitamina C 150 mg, que tiene un comprimido, en forma diaria vía oral durante 90 días en el embarazo, y 90 durante la lactancia.

- En caso de anemia detectada clínica o laboratorialmente, indique 2 comprimidos diarios (Ver protocolo de anemia).
- Informe a la embarazada sobre la utilidad del hierro y los efectos colaterales, como trastornos digestivos (náuseas, constipación), y sobre todo cómo resolverlos. Recomiende que tome la tableta después de las comidas, y sin té o café, porque disminuyen la absorción.
- Registre la dosis indicada en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.
- Investigue si la embarazada tiene dificultad para tomárselas (olvido, molestias, etc.) y motívela a cumplir el tratamiento.

ORIENTACIÓN

Objetivo

- Lograr que la embarazada, el esposo y los familiares estén bien informados sobre todo lo relativo a su quehacer y participación en la salud durante el embarazo, parto y puerperio, y en el buen cuidado del recién nacido.

Acciones

- Si es posible, planifique la entrega de los contenidos educativos en su mejor oportunidad.
- Durante el 1º trimestre entregue los relacionados con:
 - Signos y síntomas normales de embarazo.
 - Signos y síntomas de complicación más frecuente en este periodo, explicando lo que debe hacer.
 - La importancia del control de embarazo realizado por personal capacitado.
 - Orientación para una mejor nutrición con alimentos disponibles (anexo 8).
- Durante el 2º y 3º trimestre haga énfasis en lo siguiente:
 - Importancia de cumplir con las indicaciones y el tratamiento.
 - Preparación para el amamantamiento. Refuerzo o enseñanza de la técnica y posición correcta de como sostener al niño.
 - Signos de alerta o complicación frecuentes en este período y sobre lo que se debe hacer.
 - Preparación para el parto, indicaciones de cómo se inicia, cuándo y dónde acudir según su riesgo y circunstancias, acceso, distancia, etc (Planeando mi parto).
 - Ventajas y beneficios de la lactancia materna inmediata y exclusiva durante los primeros 6 meses (anexo 11).

- Importancia del control de puerperio.
- Espaciamiento intergestacional y planificación familiar (anexo 11).
- Importancia del control del crecimiento y desarrollo del recién nacido (anexo 11).

FORMULARIO **“PLANEANDO MI PARTO”**

Objetivo

Planear el parto es muy necesario para mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a las atención de salud, para prevenir dificultades y evitar riesgos del último momento.

Acciones

- Las preguntas sirven para saber lo que la mujer piensa de su embarazo, como también le ayudan para que junto a su familia pueda tomar decisiones oportunas sobre la atención, dificultades y riesgos.
- El formulario Planeando mi Parto se encuentra incorporado en dos solapas del carnet perinatal (anexo 3), pero en la medida que su uso trascienda los servicios de salud debe procurarse su llenado a partir de la comunidad, que lo emplearán además para referir embarazadas a los servicios de salud.
- En los servicios de salud se procederá a ratificar, completar o mejorar la información contenida en el formato comunitario, cuando la embarazada ya lo tiene.



ACTIVIDADES DE CONTROL PRENATAL SISTEMATIZADA EN BASE AL NUEVO MODELO DE CONTROL PRENATAL DE LA OMS

PRIMERA VISITA: Para todas las mujeres que consultan por primera vez al Servicio de Salud independientemente de la edad de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.	1° <22 semanas	2° 26 semanas	2° 32 semanas	2° 38 semanas
Apertura de la Historia clínica perinatal base y carnet perinatal				
Examen clínico general, incluyendo mamas y salud oral				
Examen obstétrico: Edad gestacional (regla de Wahl o ecografía), altura uterina (registro gráfico)				
Examen ginecológico: Toma de muestra de Papanicolaou				
Medición y registro de la presión arterial				
Peso/altura de la madre, cálculo del índice de masa corporal (IMC)				
Determinación de hemoglobina (o detección clínica de anemia)				
Determinación de grupo sanguíneo o factor Rh				
Detección de sífilis (VDRL, RPR, Tira reactiva) o manejo sindrómico				
Detección de proteínas en orina con ácido acético, tiras reactivas o examen de orina				
Detección de azúcar en la sangre (glicemia)				
Administración de vacuna antitetánica				
Administración de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C (según norma)				
Orientación, llenado del formulario "Planeando mi Parto" institucional (transcripción del formulario comunitario)				
Completar Historia Clínica Perinatal o Carnet Perinatal				
Referencia ante la presencia de alguna señal de alarma (primer nivel de atención)				
SEGUNDA VISITA Y VISITAS POSTERIORES		26 semanas	32 semanas	38 semanas
Examen médico para detección de anemia (en caso necesario)				
Examen obstétrico: Estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales				
Examen y registro de la presión arterial				
Peso materno (monitoreo de ganancia de peso materno - IMC)				
Detección de proteínas (sólo hipertensas, primigenias y si existe antecedentes de preeclampsia)				
Administración de vacuna antitetánica (según Norma)				
Administración de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C (según Norma)				
Completar "Planeando mi Parto" para situaciones de emergencia y orientación integral (lactancia, anticoncepción)				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal				
TERCERA VISITA: Agregar a la segunda visita				
Determinación de la hemoglobina (control)Administración de vacuna antitetánica (según Norma)				
Instrucciones para el parto / Planificación del nacimiento (Planeando mi Parto)				
Orientación en lactancia - anticoncepción				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal				
CUARTA VISITA agregar a la segunda y tercera visitas				
Detección de la presentación pélvica y derivación para versión cefálica externa				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal (recomendar que lleve su carnet perinatal al servicio de salud ante emergencia obstétrica o inicio del parto)				

Complicaciones del Embarazo

Anemia Crónica del Embarazo

Definición

Es el hallazgo de hemoglobina en muestra de sangre periférica menor a lo considerado normal. La cifra de normalidad varía según la altitud o metros sobre el nivel del mar (msnm) del lugar donde vive la persona. Se considera anemia en los siguientes casos:

- A nivel del mar (Santa Cruz), hallazgo de menos 11 g/dl de hemoglobina.
- A 2,700 msnm (Cochabamba), hallazgo de menos de 12.6 g/dl de hemoglobina.
- A 3,800 msnm (La Paz), hallazgo de menos 14 g/dl de hemoglobina.
- A 4,000 msnm, hallazgo de menos de 14.4 g/dl de hemoglobina.
- A 4,500 msnm, hallazgo de menos de 15.4 g/dl de hemoglobina.

Se produce por deficiencia en el aporte, absorción o reposición de hierro, antes y durante el embarazo (anemia ferropriva).

La mayor necesidad de hierro durante el embarazo agrava una anemia preexistente.

La segunda causa, aunque mucho menos frecuente es la deficiencia de ácido fólico (anemia megaloblástica) y va asociada al déficit de hierro.

Clasificación

De acuerdo a su gravedad se clasifica en moderada o severa:

	MODERADA	SEVERA
A nivel del mar	8.0 – 11.0 g/dl	<8.0 g/dl
A 2,700 msnm	9,4 - 12,6 g/dl	<9.4 g/dl
A 3,800 msnm	11,0 – 14.0g/dl	<11.0 g/dl
A 4,000 msnm	11,4 – 14,4 g/dl	<11.4 g/dl
A 4,500 msnm	12,4 - 15,4 g/dl	<12.4 g/dl

Fuente: MotherCare - Bolivia, 1996

Factores de riesgo

- Inserción social desfavorable.
- Dieta insuficiente en hierro y ácido fólico.
- Parasitosis.
- Multiparidad con espacios intergenésicos cortos (menos de 2 años).

Riesgos maternos

- Cansancio y fatiga durante el embarazo.
- Mayor riesgo de hemorragia.
- Mayor incidencia de infección urinaria.
- Choque hipovolémico.
- Mayor frecuencia de infecciones puerperales.
- Retardo de la cicatrización.
- Mayor incidencia de aborto espontáneo y parto prematuro.
- Preeclampsia.

Riesgos fetales

- Mayor frecuencia de sufrimiento fetal.
- Retardo de crecimiento intrauterino/ Bajo peso al nacer.
- Mortalidad perinatal.

Signos clínicos

- Palidez de piel y mucosas (observe la palma de las manos, la lengua y la parte interna de los párpados inferiores).
- Decaimiento o fatiga (astenia).
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Sudoración.
- Taquicardia
- Lipotimias (pérdida del conocimiento).
- Soplo cardíaco funcional.

Manejo

- Explique a la embarazada sobre los riesgos de la anemia durante el embarazo y la importancia de cumplir las indicaciones.
- Asegure la toma de sulfato ferroso, especialmente en la gestante que tiene signos de alerta (prevenga o alerte mediante orientación sobre riesgos y manejo de los eventuales malestares gástricos).
- Entregue educación nutricional. Indique alimentos ricos en hierro.
- Durante el parto con anemia moderada o severa, debe considerar:
 - Uso de estricta asepsia y antisepsia en las técnicas y procedimientos.
 - Antibióticos, si las membranas están rotas más de 6 horas (ver protocolo de membranas rotas).
 - Prevenga parto prolongado. (Uso del partograma.)
 - Observe aparición de signos de falla cardíaca.
 - Prevenga hemorragias post-parto (desgarros, inercia, retención placentaria).
 - Alumbramiento activo.
 - Examine si la placenta está completa.
 - Control de hemoglobina después de 48 hrs. post-parto.
 - Valorar la necesidad de transfundir sangre completa.

- Tratamiento y/o referencia según grado de anemia.

Tratamiento

Preventivo

- Indicar a toda mujer durante su embarazo y lactancia:
 - 1 tableta de 200 mg/día, de sulfato ferroso v.o., media hora después del almuerzo con un poco de agua, idealmente con jugo de naranja, limón u otro cítrico (aporte de vitamina C).
 - Si la embarazada asiste por primera vez al control y está en el último trimestre del embarazo, se recomienda indicarle 2 tabletas día (400 mg/día).
- Efectúe tratamiento específico de la patología que es causa de la anemia:
 - Parásitos intestinales.
 - Malaria.
 - Otras infecciones (urinaria, TBC, etc.).

Terapéutico durante el embarazo

- Según el grado de severidad de la anemia (moderada o severa):
 - 1 tableta 2 veces al día(400 mg/día) de sulfato ferroso, durante 30 días.
- Control de hemoglobina después del tratamiento:
 - Si ha aumentado 2 gr/dl o es mayor a la cifra límite según la altura (descrita en la definición), continúe el tratamiento.

- Si no hay incremento o es menor a 2 g, refiera a III nivel para estudio.

Notas.-

- * Cada tableta contiene 200 mg de sulfato ferroso y 0,40 mg de ácido fólico.
- * La absorción del sulfato ferroso se dificulta con la ingestión de té y café.
- * En algunos casos puede ocasionar pirosis (ardor estomacal), náuseas, diarrea y estreñimiento; las heces pueden llegar a tener color oscuro.
- * La vitamina C u otros cítricos favorecen la absorción del hierro.

PUESTO DE SALUD

- Durante el parto, una usuaria con anemia moderada, debe ser atendida si no se la puede referir. Si la anemia es severa debe referirse a la usuaria al II o III nivel.

Exámenes de laboratorio

- Si se cuentan con los medios, hemoglobinemia mediante un test rápido.

Criterio de referencia

- Si después de 30 días de tratamiento la hemoglobina no incrementa por lo menos 2 gr/dl.
- Embarazada con anemia severa.
- Si hay signos o sospecha de falla cardiaca, refiera de inmediato.

- Si el recurso es insuficiente para hacer el diagnóstico y manejo descrito.
- Anemia moderada o severa si está cerca el parto o durante el trabajo de parto.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Los exámenes de laboratorio deben realizarse idealmente desde el principio del control del embarazo.
- Aseguran el diagnóstico:
 - Hemoglobinemia (Hg).
 - Hematocrito (Hcto).
- Si es posible, realice hemograma para detectar eritrocitos microcíticos (pequeños) e hipocrómicos (pálidos) en frotis de sangre periférica.

Criterio de referencia

- Si hay signos de falla cardíaca.
- Durante el embarazo, si el control de hemoglobina después de 30 días de tratamiento no incrementa 2 gr/dl o mas.
- Durante el parto, si el recurso disponible es insuficiente para el manejo descrito.

Insumos

- Profilaxis
 - Sulfato ferroso 200 mg - 90 tabletas

para 90 días. Se puede duplicar la dosis en caso de anemia leve.

- Esquema terapéutico
 - Sulfato ferroso 200 mg - 60 tabletas (Anemia moderada) (2 tabletas día por 30 días)
 - Sulfato ferroso 200 mg -90 tabletas (Anemia severa) (3 tabletas día por 30 días)
 - En ambos casos se puede duplicar la dosis en caso de necesidad de prolongar el tratamiento.

Bibliografía

Balcells A.: *La clínica y e/laboratorio*. Barcelona, 1984; Marín; pp. 145-160

Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección Nacional de Nutrición y Alimentación: *Anemias nutricionales en las mujeres embarazadas de la ciudad de La Paz*. La Paz, 1987; Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional. 2(4): pp. 1-3

Botero J.; Jubiz A.; Henao G.: *Obstetricia y ginecología*. Colombia, 1987; Carvajal; pp. 303-305

Chile, Ministerio de Salud. Salud Materna: *Texto guía para la atención del alto riesgo obstétrico y perinatal*. Ministerio de Salud; 1987

Granada M.V.; Vásquez M.L.: *La mujer y el proceso reproductivo, atención primaria de salud*. Bogotá, 1990; Guadalupe; pp. 273-286

Letzky E.: "Anemia y hematófagos en el embarazo" En: Lewis P.: *Farmacología*

clínica en obstetricia. Buenos Aires, 1986; Panamericana; pp. 36-46

Levin J.: "Trastornos hematológicos del embarazo" En: Burrow G.; Ferris T.:

Complicaciones médicas en el embarazo. 20 ed. Buenos Aires; Panamericana; pp. 82-85

Litter M.: *Compendio de farmacología*. Buenos Aires, 1972; El Ateneo; pp. 470-480

McPhee S.; Bell W. R.: "Anemia en el embarazo" En: Iffi L.; Kaminetzky H.A.: *Obstetricia y perinatología*. Buenos Aires, 1986; Editorial Médica Panamericana; pp. 1300-1318

Nuwayhid B.: "Complicaciones médicas del embarazo" En: Hacker N.; Moore G.:

Compendio de ginecología y obstetricia. México, 1986; Nueva editorial Interamericana

Schwarcz R.; Duverges C.A.; Díaz G.; Fescina R.: *Obstetricia*. 40 ed. Buenos Aires, 1986; El Ateneo; pp. 287-289

Tellería J.: "Nutrición gestacional" En: Mazzi E.; Sandoval O.: *Perinatología*. La Paz, 1993; Mundy Color; pp. 44-49

Vacarreza R.: "Síntomas y signos hematológicos" En: Goic' A.; Chamorro G.: *Semiología médica*. Santiago, 1987; Mediterráneo; pp. 125-129

Medicamentos y acciones esenciales. ~Manejo de complicaciones obstétricas y perinatales". MatherCare - Bolivia. Febrero 2000, Stampa Gráfica Digital. pp. 17-19

Información para la mujer sobre

ANEMIA DEL EMBARAZO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene anemia debido a la falta de hierro en su alimentación, lo que le puede estar produciendo debilidad, cansancio, fatiga, ganas de dormir muy seguido, dolores de cabeza, mareos, sudoración palpitaciones. Además, puede ser la razón de que esté pálida.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi güagüita?

Consecuencias del problema

Si no se trata este problema, usted y su guagüita pueden tener diversas complicaciones durante y después de su embarazo; por ejemplo, puede tener infecciones urinarias después del parto, puede tener sangrado, dificultad en la cicatrización de sus partes y, lo más grave, puede perder a su guagüita.

Asimismo, si no se trata este problema a tiempo, su guagüita puede nacer

antes de tiempo, ser más pequeño de lo normal, y tener complicaciones respiratorias antes y después de su nacimiento.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I y II nivel

- Le haremos un examen de su sangre para saber si tiene anemia. Este examen se lo repetiremos después de que usted termine su tratamiento.
- Le daremos unas tabletas de Sulfato Ferroso. Son tabletas de hierro que la fortalecerán y le evitarán anemia.
- Para que le hagan mejor efecto debe tomarlas en ayunas y con jugos de naranja, limón, toronja o lima y evitando el uso del té y café.
- Si las tabletas le producen molestias en el estómago puede tomarlas media hora después de las comidas; pero esto reducirá el efecto de este medicamento.

Hipertensión Inducida por el Embarazo (H.I.E.) - Preeclampsia

Definición

Es la hipertensión producida específicamente por el embarazo, acompañada de proteinuria, asociada o no a edema, después de las 20 semanas de gestación (incluidos el parto o el puerperio). Se ha planteado como causa etiológica a la placentación anormal.

Definición operativa de H.I.E.

- Se considera hipertensa a toda mujer gestante, cuya presión arterial sistólica se incrementa en 30 ó más mmHg; y 15 o más mmHg en la presión diastólica, sobre su presión basal (antes de las 20 semanas o previa al embarazo), aun cuando no sobrepase los niveles de 140/90 mmHg.
- Si se desconoce la presión previa al embarazo, se asume como hipertensa a la gestante con presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg.

Clasificación

a) *Preeclampsia*

— Leve o Moderada:

- Presión arterial igual o superior a

140/90 mmHg e inferior a 160/110 mmHg.

- Presión arterial diastólica inferior a 110 mmHg.
- Proteinuria de 0,5 a 2.9 g en orina de 24 horas.
- Aparición después de las 34 semanas de embarazo.

— Grave:

- Presión arterial igual o superior a 160/110 mmHg.
- Presión arterial diastólica de 110 mmHg o más.
- Proteinuria de 3 g o más en orina de 24 horas.
- Aparición precoz (antes de las 34 semanas, pero después de las 20 semanas).

b) *Eclampsia (capítulo a continuación)*

- Toda preeclampsia a la que se le suma una o más convulsiones.
- En todo caso considerar los parámetros de la definición. No se incluye el edema, debido a que su presencia es inconstante; tampoco se considera

la proteinuria porque su detección es tardía.

Factores de riesgo

- Edad (menor a 20 y mayor a 35 años).
- Primigesta de todas las edades. Riesgo alto en mayores de 35.
- Antecedentes familiares de preeclampsia o eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Gestantes con hipertensión crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad renal previa.
- Nivel socioeconómico bajo. Pobreza (desnutrición/anemia), asociados a falta de control prenatal.
- Embarazo molar.
- Polihidramnios.

Complicaciones maternas

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Insuficiencia cardíaca y edema pulmonar agudo
- Insuficiencia renal.
- Daño hepatocelular.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Accidente vascular encefálico.
- Muerte.
- Síndrome de Hellp (Hemólisis, Enzimas elevadas, Plaquetopenia)

Complicaciones fetales

- Prematurez.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Sufrimiento fetal agudo y crónico.
- Muerte fetal in útero.
- Muerte neonatal.

PREECLAMPSIA MODERADA

Signos clínicos

Presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, pero inferior a 160/110 mmHg; alzas de 30 o más mmHg en la presión sistólica, y de 15 o más mmHg en la presión diastólica sobre la presión basal.

Edema en miembros inferiores (++)

Aumento de peso sobre lo normal (mayor a 500 g semanal).

Manejo

- Dependiendo del caso el tratamiento puede ser ambulatorio. Es importante dar orientación a la usuaria para el reconocimiento de los signos de agravamiento de esta morbilidad.
- Explique a la usuaria y a los familiares los riesgos para ella y su hijo y la importancia de cumplir las indicaciones, especialmente de reposo.
- Dieta hiperproteica normosódica.

- Reposo, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Control semanal de peso, presión arterial, edema y, si es posible, proteinuria.
- Si la presión arterial disminuye, se mantiene estable o si la presión arterial diastólica es menor a 100 mmHg, continuar el embarazo hasta el término (con controles semanales).
- Examen obstétrico para evaluar presentación, vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad de gestación mediante la medición de la altura uterina y la estimación del peso fetal. Perfil biofísico fetal por ECO.

PUESTO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (Proteínas (+) o más).

Tratamiento

- Reposo.

Criterio de referencia

- Si en 7 días (2 consultas semanales) o en los controles posteriores se mantiene o aumenta la presión arterial, remitir al II nivel de atención.
- Si la embarazada no puede hacer reposo en su domicilio, evalúe la posibilidad de referirla para hospitalización.

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (Proteínas (+) o más).
- Hemograma o Hematocrito (hemoconcentración)
- Si es posible, Proteinuria (0,5 a 2,9 g en orina de 24 horas).

Tratamiento

- Si la presión arterial diastólica sube por encima de 100 mm Hg, instaurar tratamiento con hipotensores: Metildopa, 500 mg cada 6 h v.o., y referir al II nivel para hospitalización.
- Evaluar el mantenimiento del tratamiento con hipotensores en el puerperio, según evolución de la presión arterial.

Criterio de referencia

- Si en 7 días (2 consultas semanales) o en los controles posteriores se mantiene o aumenta la presión arterial, remitir a II nivel de atención.
- Si la embarazada no puede hacer reposo en su domicilio, evalúe la posibilidad de hospitalizarla (si hay camas) o de referirla para hospitalización.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma o hematocrito (hemoconcentración).

- Examen de orina (proteínas (+) o más).
- Proteinuria (0,5 a 2,9 g en orina de 24 horas).

Tratamiento

- Evaluar hospitalización según evolución de la presión arterial, proteinuria y condiciones obstétricas.
- Evaluar el mantenimiento del tratamiento con hipotensores en el puerperio, según evolución de la presión arterial.

Criterio de referencia

- Si no se disponen de los recursos para efectuar el manejo descrito.

PREECLAMPSIA GRAVE

Signos clínicos

- Presión arterial igual o mayor a 160/110 mmHg o alzas de 30 o más mmHg para la presión arterial sistólica; y 15 o más mmHg para la presión arterial diastólica.
- Hiperreflexia.
- Edema en miembros inferiores, abdomen, manos y cara.
- Signos de inminencia de eclampsia:
 - Cefalea (dolor de cabeza).
 - Trastornos auditivos (zumbidos).

- Trastornos visuales (visualización de puntos brillantes o borrosos).
- Dolor en epigastrio en barra (Signo de Chaussier)

Manejo

- Esta embarazada requiere hospitalización urgente por el grave riesgo de un ataque de eclampsia.
- Explique a la embarazada y sus familiares los riesgos para ella y su hijo, y la necesidad de referirla a II ó III nivel de atención.
- Procedimientos suaves, evitar estímulos, porque la usuaria está muy irritable y sensible (ambiente libre de ruidos y estímulos visuales fuertes)
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Control de diuresis horaria por sonda vesical.
- Control de la presión arterial, preferentemente acostada de lado izquierdo, cada hora.
- Control de latidos cardíacos fetales cada 4 horas.
- Control de actividad uterina cada 4 horas.
- Dieta hiperprotéica, normosódica a régimen cero, según tolerancia de la embarazada.
- Si debe referir, asegure la referencia para hospitalización en las siguientes condiciones: Acompañada y recostada, preferentemente en decúbito lateral izquierdo. Idealmente, el acompañante

debe estar entrenado y preparado para atenderla durante un probable ataque de eclampsia.

- Iniciar esquema de Zuspan (ver más adelante)

Pronóstico

- Por severo que haya sido el cuadro, los signos y síntomas clínicos y de laboratorio en la embarazada con pre-eclampsia se normalizan en los 10 primeros días postparto. La embarazada tiene una baja probabilidad de recurrencia en embarazos posteriores o de hipertensión arterial crónica en el futuro.

PUESTO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (lectura de proteínas: (++) o más, confirman el cuadro).

Tratamiento

- Sedación: Fenobarbital 15 a 60 mg tres veces al día V.O., o Diazepam 5 a 10 mg. V.O. o I.M.
- Estabilizar a la embarazada; tranquilizarla y, si es posible, facilitarle un reposo controlando la presión y estado físico general, mientras se inicia la referencia.
- Referirla en las condiciones descritas.

Criterio de referencia

- Toda embarazada con hipertensión

severa debe ser referida de urgencia al II ó III nivel, por el riesgo de convulsiones y muerte para ella y su hijo. *Esta complicación es una de las principales causas de mortalidad materna y neonatal.*

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (proteínuria (++) o más).
- Hemograma o hematocrito (hemoconcentración).
- Si es posible, proteinuria (más de 3 g en orina de 24 h).

Tratamiento

- Diazepám 5 mg v.o. o 10 ml i.m.
- Metildopa 500 mg v.o cada 6 horas.
- Estabilizar a la embarazada; tranquilizarla y, si es posible, facilitarle un reposo, controlando la presión y estado físico general mientras se hace la referencia.
- Referir en las condiciones descritas.

Criterio de referencia

- Toda embarazada con hipertensión severa debe ser referida de urgencia al II o III nivel, por el riesgo de convulsiones y muerte para ella y su hijo. *Esta complicación es una de las principales causas de mortalidad materna y neonatal.*

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (Proteínas (++) o más).
- Hemograma o hematocrito (hemoconcentración).
- Examen de orina: presencia de proteínas (+ o más), oliguria.
- Sólo si es posible: Proteinuria (3 g o más en orina de 24 horas). Uricemia (mayor a 4.5 mg/dl).

Manejo

- Hospitalización (sala oscurecida, aislada de ruidos), hasta la resolución del parto.
- Reposo absoluto, preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- Dieta hiperproteíca normosódica a régimen cero, según tolerancia de la embarazada.
- Controle ingesta líquida.
- Controle peso corporal diario en ropa interior.
- Cuantifique diuresis diaria. Colocar sonda Foley en cuadro grave. Diuresis horaria, si sospecha oliguria (< de 25 ml/hora).
- Control de signos vitales; tomar la presión arterial acostando a la embarazada preferentemente de lado izquierdo (si es así, coloque manguito en brazo izquierdo, de preferencia) cada hora.
- Controle reflejos maternos y latidos

cardíacos fetales cada 4 horas.

- Controle actividad uterina cada 4 horas.
- Amnioscopia diaria.

Durante el puerperio

- Vigilar a la puerpera después del parto con el mismo cuidado y frecuencia (25% de las eclampsias ocurren durante el postparto).
- Mantenimiento de la sedación y antihipertensivos en el puerperio.
- Al dar el alta, indicar control a la semana para pesquisar presión arterial crónica en etapas iniciales, si es el caso.

Tratamiento anticonvulsivante

- Administrar sulfato de magnesio, 4 gr i.v. lento (15 minutos) en dosis inicial.
- Si existen hiperreflexia o síntomas y signos premonitorios de convulsión, continuar con dextrosa al 5%, 1.000 cc más sulfato de magnesio (6-10 g), 1 g/hora (32 gotas por minuto) en dosis de manutención.
- Valoración horaria de reflejos osteotendinosos.
- En caso de que se constate depresión de la placa motora por sobredosis de sulfato de magnesio (disminución acentuada de reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria de 12 por minuto o menos), administre Gluconato de calcio i.v. como antídoto (relación volumen-volumen a la misma dosis de sulfato de magnesio).

- Se debe continuar administrando el sulfato de magnesio hasta 24 horas después del parto.
- Durante el uso de sulfato de magnesio es necesario mantener presencia de reflejos, diuresis mayor a 25 ml por hora y ausencia de depresión respiratoria.

Tratamiento antihipertensivo

Esquema uno:

Pauta de ataque

- Administrar Nifedipino 10 mg sublingual.
- Si la presión diastólica se eleva o se mantiene por encima de 110 mmHg hasta después de transcurridos 30 minutos, se repite la dosis (máximo 3 dosis).
- No se debe permitir que la presión arterial baje más de 30 mmHg.

Pauta de mantenimiento

- Luego de que se ha conseguido bajar la presión arterial, administre Nifedipino 20 mg v.o. cada 12 horas (de acuerdo a respuesta) y/o añada Nifedipino 10 mg sublingual si la presión diastólica se eleva por encima de 100 mmHg.
- Administre Rínger normal 500 cc a 60 gotas por minuto, si la presión arterial diastólica cae por debajo de 20 mm Hg en los primeros 10 minutos de haberse administrado la primera dosis de nifedipino.
- Si la presión arterial diastólica es igual o menor a 90 mmHg, suspenda el

fármaco ya que por debajo de este valor no actúa.

Esquema dos:

- Si se encuentra disponible: Hidralazina 5 mg i.v. lento, controlando la presión arterial cada 5 minutos. Valore a los 20 minutos, volviendo a administrar el fármaco si no hubiera respuesta, aumentando la dosis a 10 mg y posteriormente a 15 mg.
- Como tratamiento de sostén se puede administrar Hidralazina 40 mg (dos ampollas) en 500 ml de dextrosa al 5%; dosis de mantenimiento de 6 a 12 mg por hora, de acuerdo a respuesta.
- Una vez establecida la vía oral: Hidralazina 25 a 50 mg cada 6 horas, que puede asociarse a propranolol, 20 a 40 mg tres veces al día si hubiera taquicardia.

Esquema tres:

- Administre Metildopa 500 mg v.o. cada 6 horas.
- Luego ajuste la dosis a la respuesta (no admitir que la presión diastólica baje más de 30 mm Hg).

Criterios para la interrupción del embarazo

- Preeclampsia moderada con feto maduro (edad gestacional > 37 semanas).
- Preeclampsia severa con feto cuya edad gestacional es > 34 semanas.

- Evidencia de deterioro de la unidad fetoplacentaria. Si se trata de gestaciones menores a 34 semanas con pulmón fetal inmaduro, es conveniente inducir la maduración con corticoides (Betametasona o dexametasona, 12 mg/24 hr) interrumpiendo el tratamiento a la segunda dosis.
- Si los signos de inminencia de eclampsia (cefalea, trastornos visuales y/o auditivos, dolor en epigastrio) no remiten en 2 h, interrumpir el embarazo mediante inducción o cesárea, según las condiciones obstétricas e independiente de la edad de gestación, previa

estabilización de las condiciones maternas.

Criterio de referencia

- Si la presión arterial se mantiene o aumenta.
- Si en el control semanal post-parto (después de 10 días postparto) se constata hipertensión arterial.
- Si no dispone del recurso para hacer el tratamiento indicado.
- Asegurar la referencia de acuerdo a las normas descritas.

Información para la mujer sobre

PREECLAMPSIA MODERADA / SEVERA

¿ Qué problema tengo?

Explicación del problema:

El problema que usted tiene se debe a su embarazo y le afecta a usted a y su guagüita. Este problema es la causa de los síntomas que usted tiene ahora, los cuales son:

- Alta presión sanguínea.
- Dolor de cabeza y mareo.
- Zumbido en los oídos.
- Ve puntos brillantes o borrosos.
- Hinchazón especialmente de sus manos y cara.
- Dolor de estómago.

¿ Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Para usted

Si no se le trata la preeclampsia, puede tener los siguientes problemas:

- Problemas cardíacos.
- Edema pulmonar agudo.

- Problemas con el funcionamiento de los riñones.
- Desmayo.
- Ataque.
- Muerte.

Para su guagua

Si no se le trata la preeclampsia, su guagüita puede tener los siguientes problemas:

- Debido a su presión alta su guagua tendrá dificultades para alimentarse en su matriz y por eso crecerá menos de lo esperado y nacerá muy pequeña y con más riesgo de enfermarse.
- Por este problema su guagüita puede nacer antes de tiempo.
- Si la enfermedad es muy grave, su guagüita puede morir.

¿ Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/Procedimiento:

NOTA: El profesional de salud deberá leer el párrafo que corresponda al problema de la embarazada.

Preeclampsia moderada: El grado de su problema es moderado, por lo tanto se realizará el siguiente tratamiento en su domicilio:

Para I nivel

- Debe comer normalmente; sobre todo carne, huevo, quinua, amaranto, lentejas con arroz, que tienen proteínas.
- Debe acostarse preferentemente sobre el lado izquierdo.
- Debe venir a un control médico necesariamente una vez por semana, y si se siente mal, debe venir inmediatamente al servicio médico.
- Le haremos un examen obstétrico para ver cómo está su guagua.
- Siempre que sea posible le haremos un examen de orina.
- Si con este tratamiento mejora, podrá continuar con su embarazo.

Preeclampsia severa: El grado su problema es muy grave para usted y su guagüita, por lo tanto se la hospitalizará y se le hará el siguiente tratamiento:

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añade ésta)

- Debe mantener reposo absoluto, recostada sobre el lado izquierdo, a oscuras y con poco ruido.
- Le administraremos medicamentos para bajarle la presión y evitarle ataques.
- Le controlaremos regularmente su presión arterial, la frecuencia y cantidad de orina, y su peso. También controlaremos los latidos del corazón de su guagüita.
- Le daremos alimentos sin sal.
- Si con este tratamiento se controla la presión arterial o pasan los signos de preeclampsia, su embarazo puede continuar; pero si estos signos no desaparecen en un máximo de 10 horas, interrumpiremos su embarazo mediante una operación cesárea.
- Si usted presenta contracciones, determinaremos si los pulmones de su guagüita están maduros. Si no están, le colocaremos medicamentos para ayudar a que maduren y luego pueda nacer.

Eclampsia

Definición

Es la complicación final y más grave de la preeclampsia. Es la pérdida de conciencia seguida de convulsiones recurrentes generalizadas de 20 a 30 segundos de duración.

Diagnóstico diferencial

- Otras enfermedades que pueden provocar convulsiones son:
 - Epilepsia.
 - Hemorragia cerebral.
 - Malaria cerebral.
 - Meningitis.

Manejo

- Nada por vía oral.
- *Durante la convulsión:*
 - Evite que la embarazada se caiga y golpee. Procure acostarla sin forzarla y acompañela mientras dura el ataque.
 - Introduzca una cánula de Mayo, o un apósito o paño limpio en la boca y presione con suavidad y a la vez con firmeza la lengua para evitar que se la muerda y/o obstruya la entrada de aire.

- Administre oxígeno (7 L/min).
- *Después de las convulsiones:*
 - Manténgala en reposo absoluto, preferentemente de lado izquierdo en un lugar oscuro, evitando ruidos y estímulos.
 - Despeje vía aérea; limpie boca y garganta, coloque una cánula de Mayo y aspire secreciones.
 - Administre oxígeno (7 L/min.).
- Pregunte a familiares o acompañantes sobre antecedentes de fiebre, epilepsia, cuándo comenzó el ataque y si ha tenido otros.
- Observe si hay rigidez de la nuca (signo de meningitis).
- Controle signos vitales. PA cada 15-30 min hasta su estabilización.
- Controle Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) cada 30 min.
- Controle actividad uterina cada 30 minutos.
- Observe si hay cianosis.
- Coloque sonda vesical. (control de diuresis horaria.)
- Si debe referir, asegure a la embara-

zada las siguientes condiciones durante la referencia:

- Que vaya acompañada.
- Recostada, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Idealmente, el o la acompañante deben entrenarse y prepararse para atenderla durante una eventual repetición del ataque de eclampsia.
- Una vez controladas las convulsiones y lograda la estabilización hemodinámica de la madre interrumpir el embarazo.
- Cuando sea posible hacerlo, explique a la embarazada y a los familiares qué ocurrió, los riesgos y lo que es necesario hacer.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (Proteínas (+++) o más).

Control de las convulsiones

- Sulfato de magnesio 4 g (2 ampollas al 20%) IV. lento (en 5 a 10 minutos) seguida por infusión endovenosa continua con sulfato de magnesio 6 a 10 g en 1000 cc de solución fisiológica o de dextrosa a dosis de 1 g/h (32 gotas por minuto).

Tratamiento antihipertensivo

- Nifedipino 10 mg/sublingual.

- Si el parto es inminente (expulsivo y en céfálica):

- Asista procurando el menor esfuerzo de la madre (pujos), pues las convulsiones pueden reaparecer.
- Alumbramiento activo con la administración de 10 unidades de ocitocina i.m. inmediatamente después de nacido el niño (no use metilergonovina).
- Refiera a ambos una vez que estén estabilizados.

Criterio de referencia

- La embarazada que ha tenido convulsiones debe tener su parto a la brevedad posible después de controlado el ataque. Refiera una vez que esté estabilizada, especialmente si las condiciones obstétricas no son favorables.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Proteinuria (3 g o más en orina de 24h).
- Sólo si es posible:
 - Cuadro hemático, ácido úrico, nitrógeno ureico, creatinina, TPP, recuento plaquetario, bilirrubinas, transaminasas, sedimento urinario, proteínas totales (relación a/g), electrolitos

Manejo

- Hospitalización.
- Presión venosa central si amerita el

control de líquidos. Promover diuresis aumentando infusión de líquidos bajo control de la PVC. La diuresis horaria no debe ser menor a 30 cc.

- Controlar la FCF cada 30 minutos.
- Controlar actividad uterina cada 30 minutos.
- Valoración horaria de reflejos osteotendinosos.
- Cuantificar diuresis horaria por sondaje vesical.
- Si falla el tratamiento o hay deterioro de las condiciones maternas y fetales, interrumpa el embarazo mediante inducción o cesárea si es necesario, lo más rápidamente posible, previa estabilización de las condiciones maternas.
- Si el parto es inminente (expulsivo y en cefálica):
 - Asista procurando el menor esfuerzo de la madre (pujos). Las convulsiones pueden reaparecer.
 - Alumbramiento activo con la administración de 10 unidades de ocitocina i.m. inmediatamente después de nacido el niño (no use metilergonovina).

En el puerperio

- Vigilancia estricta de la puerpera en el postparto.
- Mantener sedación y antihipertensivos en el puerperio.
- Según condiciones obstétricas, alta médica después de transcurridos 5 días postparto, con plena consciencia, e indicar control a la semana en

consultorio para descartar predisposición a hipertensión arterial crónica.

Control de las convulsiones

- Canalice vena con cánula o aguja mariposa NO 19.
- Administre sulfato de magnesio 4 g i.v. lento (5-10 minutos); luego continuar con dextrosa al 5% 1.000 cc más sulfato de magnesio 6-10 g, 1 g/hora (32 gotas por minuto), para 10 horas.
- En caso de que se constate depresión de la placa motora por el sulfato de magnesio (disminución acentuada de reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria de 12 por minuto o menos), administre Gluconato de calcio i.v. como antídoto (relación volumen-volumen a la dosis de sulfato de magnesio).

Tratamiento antihipertensivo

Esquema uno:

- Administre Nifedipino 10 mg sublingual.
- Si la presión diastólica se eleva o se mantiene por encima de 110 mmHg, hasta después de transcurridos 30 minutos, se repite la dosis (máximo 3 dosis).
- No se debe permitir que la presión arterial baje más de 30 mmHg.
- Luego de que se ha conseguido disminuir la presión arterial, administre Nifedipino 20 mg v.o. cada 12 horas (de acuerdo a la respuesta) y/o añadir Nifedipino 10 mg sublingual, si la presión diastólica se eleva por encima de mmHg.

- Administre Rínger normal 500 cc a 60 gotas por minuto, si la presión arterial diastólica cae por debajo de 20 mmHg en los primeros minutos de haberse administrado la primera dosis de Nifedipino

Esquema dos:

- Si se encuentra disponible: Hidralazina Sulfato 5 ó 10 mg I.M. o controlando la PA cada 5 minutos, (está contraindicada en mujeres embarazadas con aneurisma o cardiopatía isquémica)
- Valore la PA a los 20 minutos, volviendo a administrar el fármaco si no hubiera respuesta, aumentando la dosis a 10 mg.

Como tratamiento de sostén se puede administrar Hidralazina 40 mg (dos ampollas) en 500 ml de dextrosa al 5% dosis de mantenimiento de 6 a 12 mg por hora o de acuerdo a respuesta.

Una vez restablecida la vía oral: Hidralazina 25 a 50 mg cada 6 u 8 horas, que puede asociarse a propanolol 20 a 40 mg tres veces al día si hubiera taquicardia.

Criterio de referencia

- Si los recursos son insuficientes para el manejo descrito, referir en el momento más oportuno.
- Para interconsulta con especialistas pertinentes de acuerdo al caso.

Insumos

Aparato de presión (mejor, tensiómetro de pie)

CAJA "A (PREECLAMPSIA)

Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación
Metildopa (alfa metil Dopa) 500 mg	28 Comprimidos
Nifedipino 10 mg	15 Cápsulas
Hidralazina clorhidrato 10 mg	4 Ampollas
Hidralazina clorhidrato 50 mg	21 Comprimidos
Diazepan 5 mg	6 Comprimidos
Sulfato de Magnesio 10% 10 ml	14 Ampollas
Solución de Glucosa 5% 1000ml	3 Infusores
Solución Fisiológico 0.9% 1000ml	3 Infusores
Gluconato de Calcio al 10% 10ml	1 Ampolla
Oxígeno 99%	Tubo
Branula Nº 18	1 Pieza
Equipo de venoclisis c/aguja Nº 21 G 1 1/2	1 Pieza
Jeringa descartable 21 G X 1 1/2" 10 ml	2 Piezas
Jeringa descartable 21 G X 1/2" 5 ml	2 Piezas
Sonda Foley Ch 14 - 16 - 18	1 Pieza
Bolsa colectora de orina	1 Pieza
Hospitalización	4 Días

CAJA "B" (ECLAMPSIA)

Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación
Metildopa (alfa metil Dopa) 500 mg	28 Comprimidos
Nifedipino 10 mg	15 Cápsulas
Hidralazina clorhidrato 10 mg	4 Ampollas
Hidralazina clorhidrato 50 mg	21 Comprimidos
Diazepam 10 mg / 2 ml	4 Ampollas
Sulfato de Magnesio 10% 10 ml	14 Ampollas
Solución Fisiológico 0.9% 1000ml	3 Infusores
Solución de Glucosa 5% 1000ml	3 Infusores
Gluconato de Clacio al 10% 10ml	1 Ampolla
Branula N° 18	1 Pieza
Equipo de venoclisis c/aguja N° 21 G 1 1/2	1 Pieza
Jeringa descartable 21 G X 1 1/2" 10 ml	6 Piezas
Jeringa descartable 21 G X 1/2" 5 ml	6 Piezas
Ranitidina 10 mg/ml	3 Ampollas
Solución Manitol 20% 500 ml	1 Infusor
Sonda Nasogástrica 18	1 Pieza
Sonda Foley 14 - 16 - 18	1 Pieza
Oxígeno 99%	1 Tubo
Bolsa colectoras de orina	1 Pieza
Hospitalización	7 Días

CAJA "C" CESÁREA

Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidas por caso
Ergometrina maleato o.2 mg/ml	Ampolla	3,00
Ergometrina maleato o.2 mg	Comprimidos	9,00
Metamizol sódico (dipirona) 500 mg/ml	Ampolla	3,00
Paracetamol 500 mg	Comprimidos	9,00
Oxitocina 5 UI / ml	Ampolla	4,00
Bromocriptina 2.5 mg	Comprimidos	20,00
Clorexidina Digluconato 20% 1000ml	Solución	0,01
Solución de Glucosa 5% 100ml	Infusor	1,00
Solución Ringer Lactato 100ml	Infusor	2,00
Solución Fisiológico 0.9% 1000ml	Infusor	2,00
Fitomenadiona (vitamina K1) 10mg/m	Ampolla	0,50
Cloranfenicol unguento oftálmico 1%	Frasco	0,20
Vitamina "A" 200.000 UI	Cápsulas	1,00
Amoxicilina 1g	Vial	9,00
Agua destilada 5 ml	Ampolla	9,00
Ampicilina 1g	Vial	9,00
Ampicilina 1g	Cap	16,00
Amoxicilina 1g	Comprimidos	21,00
Guantes quirúrgicos descartables n° 6½, 7, 7½	Par	6,00
Sonda Foley Ch 14 - 16 - 18	Pieza	1,00
Bolsa colectoras de Orina	Pieza	1,00
Povidona Yodada 1000 ml sol. 10%	Frasco	0,005
Peroxido de Hidrógeno 3% 1000ml	Frasco	0,02
Clorexidina Digluconato 20% 1000ml	Solución	0,02
Catgut cromado N° "1" con aguja T-8, 1.8 medio círculo redonda	Sobre	2,00
Dexon N° 1 c/aguja T-12 de 37 mm redonda	Sobre	1,00
Catgut simple "0"	Sobre	2,00
Seda quirúrgica para piel "00" aguja 3/8 de círculo triangular 2 cm	Sobre	1,00
Hoja de bisturí N° 21	Pieza	1,00
Cinta umbilical	Sobre	1,00
Equipo de venoclisis c/aguja N° 21 G 1 1/2	Pieza	1,00
Branula N° 18	Pieza	1,00
Jeringa descartable 21 G X 1/2" 5 ml	Pieza	15,00
Gasa estéril 20 YDS (20x24x90)	Pieza	1,00
Jabón líquido antiséptico 1000ml	Solución	0,005
Algodón 400 g	Paquete	1,00
Hospitalización	Día	4,00

Bibliografía

CAVANAGH, D.; KNUPPEL, R.: "Preeclampsia y eclampsia" En: IFF1; L. KAMINETZKY, H.A.: *Obstetricia y perinatología*. Buenos Aires, 1986; Editorial Médica Panamericana; pp. 1281-1299

CHAMORRO, G.: "Examen físico (presión arterial)" En: Goic 'A.; CHAMORRO, G.: *Semiología médica*. Santiago, 1987; Mediterráneo; pp. 237- 240

CHERVENAK, F.; ROMERO, R.; BERKOWITZ, A.: "Hipertensión del embarazo" En: *Tribuna Médica*. 1986; julio; pp. 9-13

DE LA GALVEZ MURILLO, A.: "Hipertensión inducida por el embarazo en algunas ciudades de Bolivia" En: *Revista Boliviana de Ginecología y Obstetricia*. 1994; 17(1): pp. 23-33

FERRIS, T.: "Toxemia e hipertensión" En: BURROW, G.; FERRIS, T.: *Complicaciones médicas en el embarazo*. 2ª ed. Buenos Aires; Panamericana; pp. 19 - 54

FRIEDMAN, E.: "Pregnancy-Induced Hypertension" En: Friedman E.: *Obstetrical Decision Making*. N. Jersey, 1982; Mosby; pp. 58-59

GALLERY, E.: "Tratamiento antihipertensivo en el embarazo" En: Lewis P.: *Farmacología clínica en obstetricia*. Buenos Aires, 1986; Panamericana

GONZALEZ, A.; BOTO, V.; PINEDA, A.M. y cols.: «Eclampsia: fisiopatología y descubrimientos del sistema nervioso

central" En: *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 1994; 21(5): pp. 222-228

GOODMAN Y GILMAN: Bases farmacológicas de la terapéutica. Buenos Aires, 1982; Ed. Panamericana; pp.779-781

MONGRUT, A.: *Tratado de obstetricia*. Lima, 1989; pp. 695-715

NADEN, A.; REDMAN, C.: «Medicamentos antihipertensivos durante el embarazo" En: *Clínicas de perinatología*. México, 1985; Interamericana; Vol 3; pp. 541-560

O'BRIEN, W.: "Pronóstico de la preeclampsia" En: *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. México D.F., 1992; Interamericana. McGraw-Hill; Vol 2; pp. 341 -352

PANDO, A.; ARÁOZ, R.; PADILLA, M.; VALENZUELA, E.; UGALDE, M.: "Propuesta de normatización de hipertensión inducida por el embarazo" En: *Revista de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia* 1990; 13(2): pp. 24-29

REPKE, J.; FRIEDMAN, S.; KAPLAN, P.: "Profilaxis de las convulsiones eclámpticas: controversias actuales" En: *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. México D.F., 1992; Interamericana. McGraw-Hill; Vol 2; pp. 353-361

REVERT, L.: "Fisiopatología y tratamiento de la hipertensión en la gestación" En: *Avances en ginecología y obstetricia* Barcelona, 1977; Ed. Salvat; pp. 111-127

SCHWARCZ, A.; DUVERGES, C.A.; DIAZ, G.; FESCINA, R.: *Obstetricia* 40 ed., Buenos Aires, 1986; Ed. El Ateneo; pp. 220-230

SEGURO BASICO DE SALUD: Vademecum 2000. Ministerio de Salud y Previsión Social. Vademecum para la mujer. No. 32. Unidad de la reforma. Unicef.

SIBAI, B.: "Hipertensión durante el embarazo" En: *Clínicas de ginecología y obstetricia*, vol. 4. México, 1992; Ed.

Interamericana McGraw-Hill; pp. 593-611

VALENZUELA, E.: "Hipertensión y embarazo" En: MAZZI, E. y SANDOVAL, O.: *Perinatología* La Paz, 1993; Ed. Mundy Color; pp. 25-30

ZUSPAN, F.P.: "Problemas en el tratamiento de la hipertensión producida por el embarazo" En: *Avances en ginecología y obstetricia* Barcelona, 1977; Ed. Salvat; pp. 147-155

Información para la mujer sobre

ECLAMPSIA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

El dolor de cabeza, las estrellitas que vió, los ataques y desmayos (convulsiones) que tuvo, fueron porque su presión arterial estaba muy alta.

¿Qué me puede pasar a mi y a mi guagüita?

Consecuencias del problema

Si no se trata su estado inmediatamente, usted puede volver a tener otro ataque con riesgo de muerte para usted y su guagüita.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le pondremos un suero y le daremos medicamentos para que

no se desmaye y para bajar su presión arterial.

- Para que no se muerda la lengua le pondremos un tubito de plástico en la boca. Esto la ayudará a respirar.
- Es importante que usted tenga su parto en un hospital y para esto tendremos que llevarla. La acompañaremos no se preocupe.

Para II nivel (añada ésta información)

Es importante ahora, tener el parto lo más rápidamente posible y si no se puede realizar una cesárea. La salud de usted y de su hijo dependen de esto.

Infeción Urinaria

Definición

Se denomina infección urinaria al hallazgo de colonias de bacterias en la orina y su invasión a cualquier parte de las vías urinarias. Entre las bacterias productoras más frecuentes se encuentra: *E. coli* (80%). Lo son menos: *Estafilococo aureus*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Clamidia trachomatis*.

Es una de las infecciones más frecuentes en el embarazo, pues la gestación conlleva una serie de factores que favorecen su desarrollo.

Está asociada a partos prematuros e infecciones neonatales.

Clasificación

1. Bacteriuria asintomática
2. Infección urinaria baja: uretritis, cistitis.
3. Infección urinaria alta: pielonefritis aguda y crónica (esta última de tratamiento especializado - no se tocará en este capítulo)

Factores de riesgo

- Antecedentes de infecciones urinarias previas.
- Antecedentes de cateterización vesical (sonda Foley).

- Antecedentes de partos prematuros.
- Antecedentes de mortalidad perinatal.
- Síndrome hipertensivo del embarazo.
- Higiene perineal inadecuada.
- Anemia actual.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

- Presencia de 100.000 colonias de bacterias/ml o más, en orina recolectada (con método de micción limpia), cultivada, sin sintomatología clínica.
- La mayoría de las veces, su diagnóstico es por hallazgo casual de bacterias en el examen de orina rutinario, que se realiza en el primer control del embarazo.

INFECCIÓN URINARIA BAJA (URETRITIS-CISTITIS)

Signos clínicos

- Polaquiuria (micciones frecuentes y escasas).

- Disuria (dolor o ardor al miccionar).
- Urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar).
- Tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo).
- En ocasiones hematuria (presencia de sangre en la orina).

Manejo preventivo

- Enseñar la técnica de aseo genital y rectal para evitar contaminación del meato urinario con gérmenes intestinales.
- Evitar cateterización vesical sin justificación (sonda Foley).
- Efectuar seguimiento de las infecciones urinarias para prevenir recidivas.

Manejo curativo

- Explique a la embarazada sobre el cuadro, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.
- Reposo, según el cuadro clínico.
- Ingesta abundante de líquidos (3 a 4 L/día).
- Explique que debe acudir al recinto asistencial si los síntomas persisten después de 3 o 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina.

PUESTO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Prueba de tira buscando nitritos (su presencia indica bacteriuria y la ne-

cesidad de hacer urocultivo y antibiograma).

- Si puede hacer prueba de nitritos y es sugerente de infección urinaria, agote la posibilidad de referir a un centro que disponga de laboratorio para un examen de urocultivo y antibiograma.

Tratamiento

- Si no es posible la referencia, inicie tratamiento con:

- Nitrofurantoína 100 mg cada 8 horas v.o. durante 10 días (hasta las 28 semanas de gestación solamente).

- ó Ampicilina 500 mg a 1 g v.o. cada 6 horas por 10 a 14 días.

- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas, según la intensidad del dolor o la fiebre.

- Si los síntomas ceden al tratamiento, efectúe seguimiento.

7 días después de terminar el tratamiento, realizar exámenes buscando nitritos (si aparecen, es necesario hacer urocultivo y antibiograma).

Criterio de referencia

- Ante sospecha para confirmar el diagnóstico con laboratorio.
- Si no hay apoyo de laboratorio y persisten los signos y síntomas después de un primer tratamiento.
- Referir al Centro de salud u Hospital de Distrito si al concluir el tratamiento el examen de orina mediante tira

da una lectura de nitritos positiva.

- Si hay trabajo de parto prematuro.

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Prueba de tira para nitritos (su presencia (+) indica bacteriuria y la necesidad de hacer urocultivo y antibiograma).
- Estudio de sedimento urinario.
- Urocultivo con recuento de colonias, antibiograma.

Tratamiento

- Mientras se tiene resultado de antibiograma, iniciar tratamiento con alguno de los dos esquemas:

Esquema uno:

- Nitrofurantoina 100 mg cada 8 hr por 10 días (después de las comidas).
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas según la intensidad del dolor o la fiebre.
- Ajustar el tratamiento a los resultados del antibiograma.

Esquema dos:

- Ampicilina v.o. 2 -3 gr/día (500 mg a 1 g c/6 hr) por 10 días, después de las comidas.
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas.

Seguimiento

- Siete días después de terminar el tratamiento:
 - Prueba de tira para nitritos.
 - Estudio de sedimento urinario.
 - Urocultivo y antibiograma, si los síntomas persisten.
 - Luego, detección de nitritos por examen en tira cada mes durante el embarazo y puerperio hasta la erradicación de los gérmenes causales de la infección.
- Si mediante examen de control (nitritos, sedimento o cultivo) se establece recurrencia, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva Nitrofurantoina 50 mg 2 ó 3 veces al día, hasta completar los 30 días o hasta el parto, según cuadro clínico y tolerancia de la paciente.

Criterio de referencia

- Realizar referencia si no cuenta con apoyo de laboratorio.
- Bacteriurias asintomáticas persistentes o recidivantes, pese al tratamiento.
- Si persisten los signos y síntomas después de un primer tratamiento.
- Referir al segundo nivel de atención si al concluir el tratamiento encuentra alguna de estas situaciones:
 - Si el examen de orina mediante tira da una lectura de nitritos positiva.
 - Si el examen del sedimento urinario en un segundo control continúa con

microorganismos y/o continúan signos y síntomas.

- Si el urocultivo tiene más de 100,000 colonias de microorganismos por ml.
- Si hay síntomas de trabajo de parto prematuro y no dispone de recursos necesarios para su manejo.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Prueba de tira para nitritos
- Examen de orina con estudio del sedimento.
- Urocultivo con recuento de colonias, antibiograma.

Tratamiento

- Mientras se tiene resultado de antibiograma, inicie tratamiento con alguno de los siguientes esquemas:

Esquema uno:

- Nitrofurantoina (hasta las 28 sem.) 100 mg cada 8 h v.o. durante 10 días.
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas.

Esquema dos:

- Ampicilina 2 g/día (500 mg c/6 h) v.o. durante 10 días.
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas
- Ajuste el tratamiento a los resultados del antibiograma.

Esquema tres:

- Trimetoprima 100 mg c/1 2 horas v.o.

durante 10 días.

- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas

Seguimiento

- A los siete días de haber terminado el tratamiento, realizar:
 - Estudio de sedimento urinario y prueba de nitritos
 - Urocultivo y antibiograma.
 - Luego, examen de sedimento cada mes, durante el embarazo y puerperio, hasta asegurar la erradicación de los gérmenes causales.
- Si por el examen de control (nitritos, sedimento o cultivo), se establece recurrencia, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva: Nitrofurantoína 50 mg 2 ó 3 veces al día, hasta completar los 30 días o hasta el parto, según el cuadro.

Criterio de referencia

- Referir a III nivel de atención si al concluir una segunda administración de tratamiento encuentra alguna de las siguientes situaciones:
 - El examen del sedimento urinario continúa con microorganismos.
 - El urocultivo tiene más de 100,000 colonias de microorganismos por ml.
- Si hay síntomas de parto prematuro y no dispone de los recursos necesarios para su manejo según protocolo respectivo.

INFECCIÓN URINARIA ALTA (PIELONEFRITIS AGUDA)

Signos clínicos

- Compromiso del estado general, fiebre (38.5 a 40.5 °C), escalofríos (temblor involuntario muscular con sensación de frío).
- Náuseas y en ocasiones vómitos.
- Dolor en fosas renales, dolor al aplicar un golpe suave con el puño en la espalda, en el espacio localizado por debajo de las costillas (puñopercusión de Murphy +)
- Con antecedentes o no de:
 - Polaquiuria (micciones frecuentes y escasas).
 - Disuria (dolor o ardor al miccionar).
 - Urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar).
 - Tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo).
 - Hematuria (presencia de sangre en la orina).

Manejo

- Explique a la paciente el cuadro, los riesgos durante el embarazo y la importancia de cumplir las indicaciones.
- Controle signos vitales.
- Hidrate si es necesario. Ingesta de líquidos forzada (3 a 4 lts/día) o administre soluciones cristaloides (Suero fisiológico, Rínger, etc).

- Baje la fiebre con medios físicos (aplicación de paños húmedos fríos en la frente y las axilas) o utilice antipiréticos (Paracetamol 500 mg v.o. cada 6 h).
- Evalúe presencia de parto prematuro.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Refiera al Centro de Salud o al Hospital de Distrito iniciando tratamiento con:
 - Ampicilina 1 g i.v., i.m., ó v.o.
 - Gentamicina 80 mg i.m. (dosis inicial)
 - Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas

Criterio de referencia

- Toda paciente con sospecha o confirmación de pielonefritis debe ser referida al Centro de Salud u Hospital de Distrito, según disponibilidad de laboratorio y de hospitalización.

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Prueba con tira para nitritos y hemoglobina.
- Hemograma (búsqueda de signos de anemia, aumento de leucocitos a predominio de los neutrófilos).
- Examen de orina con estudio del sedimento, buscando hemoglobina, leucocitos, cilindros y bacterias.
- Urocultivo con recuento de colonias (más de 100,000 colonias/ml).

- Creatinina sérica (elevada por falla de depuración).

Tratamiento

- Si confirma diagnóstico debe internar a la embarazada en el Centro de Salud (con camas).
- Si es posible internarla, iniciar la cobertura inicial con

Esquema uno:

- Cefradina 500 mg. v.o. cada 6 hrs. durante 5 días.

Esquema dos:

- Ampicilina 1-2 g i.v. (1° y 2° día) y luego v.o. cada 6 h durante 20 días.
- Gentamicina 160 a 180 mg i.m. DO-SIS UNICA. Se puede continuar tratamiento según el perfil renal.
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas
- Vitamina C 1 g día por 10 días.
- Es necesario ajustar el tratamiento al antibiograma para elegir el antibiótico más adecuado y menos tóxico (para la madre y el feto).
- Si no es posible internarla en el Centro, refiera a la usuaria siguiendo el tratamiento inicial referido más arriba.

Seguimiento

- La fiebre y el malestar general deberán remitir al tercer día con el tratamiento, si no sucede esto, ajustar el tratamiento al antibiograma o trasladar la paciente a III nivel de atención.

- Siete días después de haber terminado el tratamiento, realizar:

- Examen del sedimento urinario.
- Urocultivo y antibiograma.
- Luego, examen del sedimento cada mes, durante el embarazo y puerperio, hasta asegurar la erradicación del germen causal.
- Si por el examen de control (nitritos, sedimento o cultivo), se establece recurrencia, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva: Nitrofurantoína 50 mg 2 ó 3 veces al día por 30 días, según cuadro clínico y tolerancia de la embarazada. (Hasta las 28 semanas de gestación. No se debe administrar si existen evidencias de lesión renal)

Criterio de referencia

- Si no dispone de los recursos, laboratorio y posibilidad de internación, toda embarazada con sospecha o confirmación de pielonefritis debe ser referida al II ó III nivel de atención.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma, buscando anemia, aumento de leucocitos a predominio de los neutrófilos.
- Examen de orina con estudio del sedimento, buscando hemoglobina, leucocitos, cilindros y bacterias.
- Urocultivo con recuento de colonias (más de 100,000 colonias por ml).

- Creatinina sérica (elevada por falla de depuración).
- Hemocultivo.

Manejo

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Controle signos vitales cada 6 horas.
- Régimen completo con hidratación forzada (3 a 4 lts/día), si es necesario administre soluciones cristaloides (Fisiológico, Rínger, etc).

Tratamiento

- Baje la fiebre con medios físicos (aplicación de paños húmedos fríos en la frente y las axilas).
- Iniciar la cobertura inicial con:

Esquema uno:

- Cefradina 500 mg. v.o. cada 6 hrs. durante 5 días.

Esquema das:

- Ampicilina 1-2 g IV (1° y 2° día) y luego v.o. cada 6 hrs. durante 20 días.
- Gentamicina 160 a 180 mg i.m. UNA SOLA DOSIS
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 horas
- Vitamina C 1 g día por 10 días.
- Es necesario ajustar el tratamiento al antibiograma para elegir el antibiótico más adecuado y menos tóxico (para la madre y el feto).

- Evalúe presencia de trabajo de parto prematuro. Indique tratamiento si es necesario.

Seguimiento

- Los síntomas generales deberán remitir al tercer día con el tratamiento; si no sucede esto, ajustar el tratamiento al antibiograma o trasladar a la paciente a III nivel de atención.
 - Siete días después de haber terminado el tratamiento:
 - Examen del sedimento urinario.
 - Urocultivo y antibiograma.
 - Examen de sedimento cada mes, durante el embarazo y puerperio, hasta asegurar la erradicación del germen causal.
 - Si se establece recurrencia por presencia de nitritos, sedimento o cultivo, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva: Nitrofurantoína 50 mg 2 ó 3 veces al día, por 30 días, según cuadro clínico y tolerancia de la paciente. (Hasta las 28 semanas de gestación. No se debe administrar si existen evidencias de lesión renal)
- ## Criterio de referencia
- Referir a III nivel de atención a las pacientes con recidivas o aquellas cuya sintomatología y signología persista pese al tratamiento.
 - Si la disponibilidad de recursos es insuficiente para el manejo descrito.

Insumos

INFECCIÓN URINARIA BAJA (CISTITIS)

Cefradina	500 mg	20 cápsulas
Ampicilina	500 mg o 1 g	30 a 40 cápsulas
Nitroturatoína	100 mg	30 a 45 tabletas
Nitroturantoina	100 mg	75 tab (para dosis completa)

INFECCION URINARIA ALTA (PIELONEFRITIS)

Cefradina	500 mg	20 cápsulas
Ampicilina	1 g	8 ampollas
Ampicilina	1 g	80 cápsulas
Gentamicina	80 mg	2 ampollas
Paracetamol	500 mg	10 tabletas
Suero Rínger	1.000 cc	1 fco. con equipo de infusión

Bibliografía

Balgobin B.: "Bacteriuria" En: Friefman E.: *Obstetrical Decision Making*. N. Jersey, 1982; Mosby; pp. 118-119

Balcells A.: *La clínica y el laboratorio*. Barcelona, 1984; Marín

Campbell B.A.; Cox 5. «Penicilinas" En: *Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas Actuales*. México, D.F., 1992; Interamericana; Vol 3; pp. 427-439

Duff P.: "Pielonefritis durante el embarazo" En: *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. Madrid, 1984; Interamericana; Vol 1; pp. 23-39

Katz E.: "Síntomas y signos urinarios" En: Goic' A.; Chamorro G.: *Semiología médica*. Santiago, 1987; Mediterráneo; pp. 113-117

Lewis P. *Farmacología clínica en obstetricia*. Buenos Aires, 1986; Panamericana

Lucas M., Cunningham G.: "Infección de las vías urinarias durante el embarazo"

En: *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. México D.F., 1993; McGraw-Hill; Vol 4; pp. 807-818

Goodman A. Rall 1. Nies A. Taylor P. "Gentamicina". Bases farmacológicas de la terapeutica" 8va. México, D.F., 1995; Ed. Medica Panamericana; pp. 1075-1076

Roca B.; Cerqueira M.J.; Esinós J.J.; y cols.: "Complicaciones de la glomerulonefritis durante la gestación" En: *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 1990; 17(2): pp. 61-64

Schwarcz R.; Belitzky R.; Fescina R.; Diaz G.: "Bacteriuria asintomática" En: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano: *Tecnologías perinatales*. Montevideo, 1990; Rosgal; pp. 109-111

Schwarcz R.; Duverges C.A.; Díaz G.; Fescina R.: *Obstetricia*. 4a ed. Buenos Aires, 1997; El Ateneo; pp. 325-332

Stirrat G.M.: *Manual clínico de ginecología y obstetricia*. México, 1986; McGraw-Hill

Información para la mujer sobre

INFECCIÓN URINARIA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una infección en la orina. Puede ser que no sienta ningún malestar o que sienta muchas ganas de orinar y que al hacerlo elimine poca orina con dolor, todo esto puede que afecte su embarazo.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos esta infección oportunamente, sus riñones pueden ser afectados y puede que su parto se adelante.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Se le harán exámenes para comprobar la infección.

- Tomará líquido en abundancia.
- Reposará en cama.
- Le daremos los respectivos medicamentos.
- Si en 2 días no mejora, tendremos que enviarla al hospital para hacerle un estudio más completo.
- Si se mejora con este tratamiento, le haremos un control.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Realizaremos un estudio detallado de su orina para recetarle el medicamento preciso y para detener la infección.
- Si es necesario, la hospitalizaremos y vigilaremos el estado general de usted y de su guagüita.

Amenaza de Parto Prematuro

Definición

Es la presencia de contracciones uterinas regulares en frecuencia e intensidad, con modificaciones cervicales (borramiento o dilatación) a partir de las 20 semanas de gestación y antes de las 37 semanas.

Factores de riesgo

- Antecedentes de aborto o parto prematuro.
- Trabajo pesado.
- Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción
- Desnutrición.
- Anemia severa.
- Infección urogenital.
- Polihidroamnios.
- Gemelar.
- Malformación fetal.
- Malformación uterina.
- Tumores (miomas).
- Insuficiencia cervical

Signos clínicos

- Contracciones uterinas regulares de

más de 2 en 10 minutos y con duración de por lo menos 30 segundos o más, o de 6 contracciones de 45 segundos de duración en 1 hora.

- Al tacto vaginal, cuello con borramiento y/o dilatación. Presencia de dinámica uterina y modificaciones cervicales.

Manejo

- Bajo internación u hospitalización de la embarazada.
- Explique a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos y lo que va a hacer.
- Interrogue a la paciente sobre la fecha de su última menstruación (FUM). Mida la altura uterina cuando no hay contracción para determinar la edad gestacional.
- Palpe suavemente el útero para determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, así como la situación y presentación fetal, evitando estimular el útero.
- Evalúe la frecuencia cardíaca fetal.
- Descarte síntomas de infección urinaria baja o alguna infección del tracto genital.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Refiera a la paciente acompañada y preparada ante la posibilidad de atender un parto durante el traslado.
- Refuerce indicaciones para evitar un periodo expulsivo rápido, protegiendo periné y sosteniendo suavemente la cabeza durante el expulsivo.

Criterio de referencia

- Esta paciente debe ser referida a la brevedad posible al II o III nivel.
- Si el parto está próximo, evaluar la mejor oportunidad para referir (considerando que lo mejor para el feto es evitar un parto prematuro).
- Si asistió el parto, procure referir a ambos a la brevedad posible, asegurando que el recién nacido esté seco y bien abrigado (ver protocolo *Recién nacido de pretérmino*).

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Igual indicación que para Puesto de Salud.
- Antes de referir a la paciente, inicie la inhibición de las contracciones con:
 - Ritodrina: Diluir una ampolla en 500 cc de solución glucosada al 5% Iniciar goteo con 20 g/minuto, incrementando el goteo de 10 en 10 gotas hasta lograr el efecto deseado, sin sobrepasar las 60 gotas/minuto.

O si se cuenta con:

- Fenoterol: Diluir 1 ampolla (5 mg) en 500 cc de solución glucosada al 5% Iniciar a 8 gotas/minuto e incrementar hasta conseguir efecto deseado, sin pasar de 25 gotas/minuto (20 gotas = 1 microgramo).
- Estos medicamentos producen los siguientes efectos colaterales: taquicardia, vasodilatación, hipotensión, náuseas, vómitos y escalofríos.
- Diazepam: 5-10 mg v.o.
- Administre el tratamiento con la madre en decúbito lateral izquierdo controlando que la taquicardia materna no supere los 120 latidos por minuto.
- Administre oxígeno con máscara de 2 a 5 l/min si hay disponibilidad.
- No realice uteroinhibición en los siguientes casos:
 - Rotura prematura de membranas.
 - Diabetes descompensada.
 - Nefropatía.
 - Cardiopatía.
 - Feto muerto.
 - Hipertensión inducida por el embarazo severa o eclampsia.
 - Dilatación mayor a 4 cm.
 - Retardo crecimiento intrauterino.
 - Anomalía congénita incompatible con la vida.

Criterio de referencia

- Los mismos que para el Puesto de Salud.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento

- Reposo en cama (hospitalización), preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- Expansión volumétrica con infusión de 1,000 cc de solución de Rínger Lactato entre 30 y 60 gotas por minuto.
- Sedación con Diazepam 5 a 10 mg vía oral cada 12 horas.
- Uteroinhibición:
 - Ritodrine: Diluir una ampolla en 500 cc de solución glucosada al 5% Iniciar goteo con 20 g/minuto, incrementando el goteo de 10 en 10 gotas hasta lograr el efecto deseado, sin sobrepasar las 60 gotas/minuto.

O si se cuenta con:

- Fenoterol: Diluir 1 ampolla (5 mg) en 500 cc de solución glucosada al 5%. Iniciar a 8 gotas/minuto e incrementar hasta conseguir efecto deseado, sin pasar de 25 gotas/minuto (20 gotas = 1 microgramo).

Consideraciones

- Los beta-adrenérgicos producen los siguientes efectos colaterales: taquicardia, vasodilatación, hipotensión, aumento de la lipólisis, glucogenolisis, náuseas, vómitos y escalofríos.

Observe y controle los efectos disminuyendo el goteo.

- Se administrarán con la madre en decúbito lateral izquierdo controlando que la taquicardia materna no supere los 120 latidos por minuto.
- Controle cada 20 minutos:
 - Actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal.
 - Pulso materno.
 - Presión arterial.
 - Intensidad de efectos colaterales.
- Posteriormente controle cada 2 horas para evaluar manutención del efecto inhibidor.
- Pasadas 12 horas sin actividad uterina se cambia tratamiento a vía oral. Comenzar con Ritodrine 10 mg v.o. cada 6 horas.
- Administre oxígeno con máscara de 2 a 5 l/min.
- Antiprostaglandínicos:
 - Indometacina: Administrar 100 mg vía rectal cada 24 horas por 3 días junto a los beta-adrenérgicos. No debe sobrepasar la administración total de 300 mg. durante el tratamiento para evitar el cierre precoz del conducto arterioso del corazón fetal y sólo hasta las 31 semanas de gestación.
- Haga prevención del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro cuando:
 - El embarazo esté entre 27 y 35 semanas.

- Hay modificaciones cervicales.
 - No hay respuesta al tratamiento.
 - Con betametazona 12 mg i.m. durante 2 días y luego cada 7 días hasta la semana 35 de gestación.
- Investigue la causa y haga tratamiento si es posible (descarte infección urinaria baja).
- No realice uteroinhibición en los siguientes casos:
- Rotura prematura de membranas.
 - Diabetes descompensada.
 - Nefropatía.
 - Cardiopatía.
 - Feto muerto.
 - HIE severa o eclampsia.
 - Dilatación mayor a 4 cm.
 - Retardo crecimiento intrauterino.
 - Malformación incompatible con la vida.
- En caso de inminencia de parto se debe realizar una episiotomía amplia y si es posible y el personal esta capacitado, utilizar forceps profiláctico para proteger la cabeza del feto por posibles traumas a la salida por el canal del parto.

Criterio de referencia

- Si el recurso es insuficiente para efectuar el manejo descrito, refiera al III nivel.
- Si no hay respuesta al tratamiento y si los recursos disponibles son insuficientes para la atención del recién nacido de pretérmino, prefiera referir antes del parto.

Insumos

- Equipo y soluciones cristaloides de venocclisis.
- Rínger lactato 1000 cc.
- Diazepam 5-10 mg tabletas.
- Ritodrina 10 mg ampollas.
- Fenoterol 5 mg ampollas.
- Indometacina 100 mg supositorios.
- Betametasona 4 mg ampollas.

BIBLIOGRAFÍA

BESINGER, R., NIEBYL, J. et al. *Tratamiento comparativo con ritodrina e indometacina en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro*. Am. J. Obstet. Gynecol, 1991, pp. 164.

SCHWARCZ R., DUVERGES, O. DIAZ, G., FESCINA, R.: *Obstetricia*, Ed. El Ateneo. 3a. Reimpresión, 1997; pp.218-228

Información para la mujer sobre

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted ha comenzado a tener contracciones, lo cual puede hacer que su guagüita nazca antes de tiempo. Esto se debe a diferentes razones, que trataremos de determinar para darle el tratamiento adecuado y detener el problema. (Si es posible, explique las causas de este problema).

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Puede que su guagüita corra peligro, pues si nace muy temprano no tendrá suficiente capacidad pulmonar para respirar, no podrá succionar y alimentarse, y no podrá mantener su propio calor.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento

Para I nivel

— Trataremos de detener las con-

tracciones, con medicamentos y mucho reposo, para que su guagüita nazca a los 9 meses.

— La llevaremos a un servicio de salud más especializado.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

— Le pondremos a usted algunas inyecciones para fortalecer los pulmones de su bebé antes de que nazca, y así evitar que corra peligro de no poder respirar.

— Trataremos de que no se produzca el parto todavía y mientras sea posible.

— Es probable que su bebé necesite una incubadora al nacer. Si faltaran recursos para resolver el problema de su bebé, lo llevaremos de inmediato a un hospital especializado.

Rotura Prematura de Membranas

Definición

Es la rotura de las membranas antes de iniciado el trabajo de parto o aborto. El riesgo para la madre y el feto es mayor cuanto más precoz sea la rotura.

El período de latencia es el tiempo entre la rotura y el parto. Si este es mayor a 24 horas, el riesgo y la gravedad de la infección para ambos, son mayores.

Riesgos fetales

- Prematuridad (membrana hialina, hemorragia intraventricular, asfixia, hipoplasia pulmonar)
- Infección neonatal.
- Compresión del cordón.
- Procidencia o prolapso de cordón o miembros(más, durante el parto).
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación.
- Sepsis.
- Mayor morbimortalidad perinatal.

Riesgos maternos

- Corioamnionitis (infección ovular).

- Endometritis.
- Mayor incidencia de cesárea.
- Embolia amniótica.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en embarazo de término.
- Mayor morbimortalidad materna.

Factores de riesgo

- En la mayoría de los casos es espontánea y de causa desconocida.
- Se asocian a las vulvovaginitis.
- Gestación múltiple.
- Corioamnionitis.
- Mala presentación fetal.
- Esfuerzo físico excesivo.
- Infección urinaria.
- Sobredistensión uterina (polihidroamnios, macrosomía fetal, desproporción céfalo pélvica).
- Déficit nutricional.
- Antecedentes de rotura de membranas.
- Incompetencia cervical.

- Traumatismo.
- Hemorragia pre-parto.
- Adherencia anormal del polo inferior del huevo.

Signos clínicos

- Expulsión involuntaria y repentina de flujo acuoso (líquido amniótico) por los genitales. Se agrava con los esfuerzos y movimientos de la embarazada.
- Esta expulsión espontánea de flujo acuoso puede ser intermitente y de escasa cantidad o permanente y abundante.
- El flujo se verifica por los antecedentes referidos por la madre, la palpación abdominal y la inspección de los genitales externos. No realizar tacto.
- La palpación abdominal permite apreciar una disminución del volumen y altura uterina. Las partes fetales se pueden palpar con facilidad y son prominentes.
- Inspección genital externa: Al separar los labios mayores y con el pujo o tos de la embarazada, se observa salida de líquido amniótico.

Diagnóstico diferencial

- Leucorrea.
- Tapón mucoso.
- Emisión involuntaria de orina.

Manejo

- Confirme diagnóstico.

- Realice una cuidadosa anamnesis interrogando sobre:

- La salida de líquido por la vagina o por sensación de humedad en los genitales.
 - Color, cantidad y frecuencia de la pérdida de líquido.
 - Fecha y hora exacta de la pérdida de líquido.
 - Si ha tenido fiebre.
- Descarte presencia de prolapso de cordón, visualizando el cordón en vulva o vagina. Si confirma esta complicación, refiérase a anexo 7.
 - Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos durante el embarazo y lo que le va a hacer.
 - Controle signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura axilar y rectal).
 - Efectúe examen obstétrico:
 - Haga diagnóstico de presentación fetal
 - Confirme vitalidad fetal
 - Evalúe dinámica uterina
 - Calcule cuidadosamente la edad de gestación por fecha de última regla y estimación de peso fetal por palpación abdominal
 - No haga tacto vaginal ni rectal.

PUESTO DE SALUD

- Si la paciente inicia su trabajo de parto con embarazo de término, atiéndala

tomando todas las medidas de asepsia y antisepsia.

- Evalúe la necesidad de referencia posterior de ambos según riesgos maternos y neonatales.

Tratamiento

- Ante embarazo pretérmino administrar 12 mg de betametasona o de dexametasona i.m. SIAI y refiera para resolución del parto de inmediato.
- Si el embarazo es de término y el trabajo de parto no se establece en 6 horas o si aparecen signos de infección, administre Ampicilina 1 g i.m., i.v. (mejor), v.o., o Penicilina Procáinica 1.200.000 U i.m. y refiera para resolución del parto.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación de diagnóstico, y si el embarazo es de pretérmino, referir al II Nivel de atención.
- En embarazo de término, si no hay inicio de trabajo de parto en 6 horas después de producida la rotura o antes si aparecen signos de infección.
- Ante sospecha o confirmación de prolapsos de cordón.

CENTRO DE SALUD

- Haga especuloscopia según técnica, sólo:
 - Si es necesario para hacer diagnóstico diferencial.

- Si la paciente refiere haber tenido contracciones y hay sospecha de prolapsos de cordón.

- Al hacer la especuloscopia, observe la salida de líquido por el orificio cervical externo. Si no se ve el líquido, presione el fondo uterino o haga que la gestante tosa (maniobra de Valsalva). Mientras más reciente haya sido la rotura, mayor es la probabilidad de observar líquido.
- Si es posible haga un frotis para observar un patrón arborescente en la desecación (debe tomarse en cuenta que la arborescencia del líquido amniótico es negativa después de las 6 hr de rotura).
- Si es embarazo de término o mayor a 35 semanas y no hay infección, observe el desencadenamiento del parto espontáneo (80-90% de los casos ocurre antes de las 24 h).
- Atiéndala tomando todas las medidas de asepsia y antisepsia.

Tratamiento

- Ante embarazo pretérmino administrar 12 mg de betametasona o de dexametasona i.m. STAT y refiera para resolución del parto de inmediato.
- Si el trabajo de parto no se establece en 6 horas o si aparecen signos de infección, administre Ampicilina 1 g i.m. o i.v. (mejor), v.o. cada 6 horas, o Penicilina Procáinica 1.200.000 unidades i.m., y refiera para resolución del parto.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación diagnóstico, y si el embarazo es de pretérmino, referir al II o III nivel de atención según recurso para la atención del recién nacido.
- En caso de embarazo de término, si no hay inicio de trabajo de parto 6 horas después de producida la rotura; o antes, si aparecen signos de infección.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Haga ecografía para:

- Confirmar el diagnóstico.
- Confirmar la edad gestacional principalmente, tamaño del feto.
- Identificar el tipo de presentación, la variedad de posición y la situación del feto.
- Calcular el volumen de líquido amniótico.
- Comprobar si no existe compresión del cordón.
- Sólo si es necesario, según hallazgos del examen obstétrico y anamnesis, verifique dilatación y descarte prolapso de cordón a través especuloscopia o examen vaginal, utilizando rigurosas técnicas de asepsia y antisepsia.
- Confirmado el diagnóstico:

Indicaciones generales

- Reposo absoluto (hospitalización)

- Control de signos vitales maternos cada 4 horas.
- Indicar exámenes de laboratorio:
 - Leucograma.
 - Velocidad de enitrosedimentación de (VHG).
 - Proteína C reactiva (PCR) cuantitativa (el resultado negativo sugiere ausencia de infección).
 - Examen general de orina.
 - Tener presente asepsia y antisepsia en todos los procedimientos. Aseo perineal 3 veces al día, y proteger genitales con apósito estéril y cambiarlo frecuentemente.

Indicaciones específicas

- *Menos de 27 semanas:*
 - No hacer examen vaginal.
 - No utilizar Ritodrine para suprimir las contracciones uterinas.
 - Conducta expectante (si dentro de las 48 hr no se produce el parto, realizar una inducto-conducción).
 - En el 80% de los casos el parto, la infección o ambos ocurrirán en una semana.
 - Ampicilina v.o. 1 g i.v. STAT y luego cada 6 horas v.o., o por venoclisis vía parenteral.
- *Entre 27 y 35 semanas:*
 - Se mantiene la conducta expectante mientras no haya signos de infección. Toma de muestra para cultivo y an-

tibiograma de cérvix y vagina.

- Ampicilina v.o. 1 g i.v. SIAL y luego cada 6 horas v.o., o por venoclisis vía parenteral.
- Control ecográfico.
- Hacer test de Clements para averiguar maduración pulmonar

Maduración pulmonar

— *Inmadurez pulmonar sin trabajo de parto:*

- Betametasona 12 mg cada 24 horas/3 días y luego cada semana hasta el parto.
- Evaluar bienestar materno fetal.
- Decidir el mejor momento para inducir el parto (evaluar factibilidad de conducta expectante).

— *Inmadurez pulmonar con trabajo de parto:*

- Betametazona o Dexametasonal 12 mg. i.m.STAT.
- Asegurar las mejores condiciones para el feto y la atención del recién nacido.

— *Maduración pulmonar sin trabajo de parto:*

Decidir el mejor momento para inducir el parto (evaluar factibilidad de conducta expectante), asegurando las mejores condiciones para el feto y la atención del recién nacido.

- 36 semanas y más:
- Verificar la presentación, variedad de posición y situación.

— Si no se ha desencadenado el parto espontáneo a partir de 6 horas después de la rotura, hacer inducto-conducción del parto.

— Si hay signos de infección o la rotura tiene más de 6 horas, iniciar antibioterapia:

- Ampicilina 1 g i.v. de inicio y luego v.o. cada 6 horas o por i.v. por vía parenteral

- Si la inducción fracasa o hay signos de sufrimiento fetal, está indicada la cesárea.

Criterio de referencia

- Si el recurso es insuficiente para efectuar el manejo descrito.
- Si los recursos son insuficientes para atender al recién nacido de pretérmino.

Insumos

- Ampicilina 1 g (ampollas y capsulas).
- Penicilina Procáinica 1.200.000 UI frasco ampollas.
- Ocitocina 5 UI ampollas.
- Betametasona o dexametasona 12 ampollas de 4 mg.
- Suero rínger o fisiológico 1000 cc.
- Espéculo.
- Guantes.
- Apósitos estériles.
- Venoclisis.

Información para la mujer sobre

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON O SIN INFECCIÓN

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

El líquido que está perdiendo se debe a que su bolsa de agua se ha roto antes de que comience su parto.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema

Lo más probable es que comience su parto. Pero si pasan 6 horas y no ha comenzado su parto, puede que sus partes (matriz) como su guagüita se infecten.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le haremos un examen en sus partes (genitales) para verificar si realmente está perdiendo líquido y determinar el estado de su guagüita.

- Si comprobamos que es tiempo de que nazca su guagüita, le ayudaremos con su parto.
- Si comprobamos que su guagüita no está lista para nacer, la enviaremos al Hospital para que le brinden un tratamiento más profundo.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Le haremos una ecografía para confirmar la rotura de su bolsa y conocer el estado de su guagüita.
- Si su guagüita no está lista para nacer, pues puede ser que sus pulmones no estén todavía maduros, le pondremos a usted unos medicamentos para madurarlos y así lograremos que nazca sin problemas y pueda respirar mejor.
- Si confirmamos que su guagüita está lista para nacer, le ayudaremos a tener su parto.
- Asimismo, para evitar la infecciones, le daremos medicamentos (antibióticos).

Rotura Prematura de Membranas con Infección (Corioamnionitis)

Definición

Es la presencia de bacterias dentro del útero como consecuencia de la rotura prematura de membranas. Es un cuadro clínico grave, especialmente antes de las 27 semanas de gestación (si el feto no es viable se puede considerar el caso como aborto séptico).

Riesgos maternos

- Procesos inflamatorios pélvicos agudos localizados o generalizados. Las complicaciones pueden ser inmediatas o mediatas, y son causa de esterilidad secundaria.
- Muerte materna.

Riesgos fetales

- Onfalitis
- Piodermitis
- Bronconeumonía
- Sepsis
- Muerte perinatal

Signos clínicos

- Pérdida de líquido amniótico turbio,

purulento o de mal olor.

- Compromiso del estado general.
- Temperatura axilar y rectal superior a 37,5° C.
- Taquicardia materna.
- Taquicardia fetal superior a 160 latidos por minuto.
- Dolor abdominal.

Manejo

- Control de ciclo vital
- Explique a la paciente y sus familiares los riesgos del caso y lo que le va a hacer.
- Terminar el embarazo en un plazo no mayor a 8 horas.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Si el diagnóstico está confirmado, inicie tratamiento con ampicilina 500 mg i.m. o i.v. cada 6 horas (o penicilina procaínica 1.200.000 unidades

i.m.) y refiera de inmediato, independientemente de la edad de gestación.

- Si la paciente está en período expulsivo, atienda el parto y el recién nacido utilizando técnicas con rigurosa asepsia y antisepsia. Refiera a ambos a la brevedad posible, según las condiciones.

Criterio de referencia

- Ante la sospecha o confirmación del diagnóstico, la embarazada debe ser referida al nivel de atención que les asegure, a ella y su hijo, las mejores condiciones para el manejo del cuadro infeccioso.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo

- Hospitalización.
- Explique a la paciente el cuadro, los riesgos y lo que le va a hacer.
- Planifique terminación del embarazo en un plazo no superior a 8 h, mejor si es por vía vaginal, independientemente de la edad gestacional.
- Informe a Neonatología sobre las condiciones del feto.
- Realice cesárea exclusivamente si la indicación es absoluta (transversa, prociencia de cordón, sufrimiento fetal u otra complicación que la indique).
- Antibioticoterapia:
 - Si es posible, hacer un cultivo y

antibiograma, y utilizar los antibióticos más sensibles; si no, tomar una muestra e iniciar un tratamiento siguiendo uno de los siguientes esquemas:

Esquema uno:

- Ampicilina 1 g i.v. cada 6 horas.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 horas. Durante las primeras 5 dosis. Luego continuar tratamiento intramuscular por 7 a 10 días.

Esquema dos:

- Penicilina Sódica 6.000.000 U IV (inyección lenta) de inicio y luego cada 6 horas.
- Cefotaxima 1 a 2 g i.v. cada 8 horas.
- Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 horas ó Amikacina 500 mg cada 8 horas. Durante las primeras 5 dosis. Luego continuar tratamiento intramuscular por 7 a 10 días.

Esquema tres:

- Metronidazol 500 mg i.v. (primeras 3 dosis) perfundido en 30 minutos, continuando a goteo lento la misma cantidad cada 8 horas. 1 tableta v.o. cada 8 horas. (A partir del segundo trimestre).
- Clindamicina 300 a 400 mg i.v. cada 6 horas.
- Gentamicina 80 mg (i.v.) cada 8 horas.
- En caso de falta de respuesta al tra-

tamiento de los esquemas anteriores, considere el uso de antimicóticos.

- Utilice aminoglucósidos, sólo si existe una buena función renal.

Criterio de referencia

- Si la paciente presenta complicaciones que no pueden ser resueltas en este nivel, se debe derivar al nivel de mayor complejidad para asegurar las mejores condiciones del manejo clínico.
- Si es embarazo de pretérmino y los recursos son insuficientes para atención del recién nacido.

Insumos

- Ampicilina 500 mg. cápsulas.
- Ampicilina 1g. frasco ampollas.
- Penicilina Sódica 30 millones UI frasco
- Gentamicina 80 mg.
- Metronidazol 500 mg. ampollas y tabletas
- Cefotaxima 1 g.
- Clindamicina 300 mg ampollas.
- Suero Rínger / Fisiológico 1.000 cc.
- Venoclisis.
- Caja de cesárea.

Embarazo Prolongado

Definición

Gestación que sobrepasa las 42 semanas o los 294 días posteriores al primer día de la última menstruación normal. Situación que puede condicionar una insuficiencia placentaria y aumento del riesgo perinatal.

Riesgos maternos

— Mayor incidencia de cesárea.

Riesgos perinatales

- Asfixia intrauterina
- Asociado a malformación fetal
- Muerte fetal
- Síndrome de aspiración de meconio
- Mayor incidencia de macrosomía fetal
- Mayor incidencia de traumas obstétricos

Manejo

— Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.

- El diagnóstico se basa en el conocimiento exacto de la edad de gestación:
 - Pregunte a la paciente sobre la fecha de su última menstruación. Este dato es confiable en una mujer con ciclos menstruales previos regulares y sin antecedentes de medicamentos o anticonceptivos hormonales durante los tres ciclos previos.
 - Evalúe si hay concordancia entre amenorrea y tamaño uterino
 - Son muy importantes los datos de la historia clínica referidos al desarrollo de la altura del fondo uterino y la fecha de aparición de movimientos fetales; indague sobre esta última información si no dispone de ficha clínica.
- Si el embarazo ha tenido una evolución normal, sin complicaciones:
 - Recomiende métodos naturales a la pareja para estimular trabajo de parto (caminatas, relaciones sexuales, etc.).
 - Recomiende que no tome mates pujantes.
 - Si tiene menos de 40 semanas, cite a control en una semana y observe

inicio espontáneo del trabajo de parto.

PUESTO SANITARIO Y CENTRO DE SALUD

Criterio de referencia

- Si no logra determinar la edad de gestación, refiera al II nivel de atención.
- Con edad gestacional cierta, refiera a las pacientes que, cumplidas las 42 semanas, no han iniciado el trabajo de parto, para evaluación de la condición fetal e interrupción del embarazo.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes complementarios

- Efectúe ecografía obstétrica para determinar la edad gestacional, grado de maduración placentaria, volumen de líquido amniótico y cantidad de vermex en suspensión. A través de ella se puede realizar también:
 - Perfil Biofísico Fetal (PBF) para determinar pronóstico de vitalidad fetal.
 - Realice amniocentesis: el hallazgo de líquido amniótico con grumos gruesos, abundantes y filante se asocia a post-madurez.
- Test No Estresante (TNS): proporciona

datos sobre la reserva funcional placentaria.

Manejo

- Si el PBF, el líquido amniótico por amniocentesis y la TNS son normales y las condiciones obstétricas favorables y sugerentes de un embarazo de término, inicie inducción del parto. (ver anexo 8).
- Si hay antecedentes de riesgos (cesárea anterior o cualquier patología asociada), se indica terminación electiva por la vía más adecuada, según estado fetal y condiciones obstétricas.
- Si hay deterioro de la unidad feto placentaria, (oligoamnios, presencia de meconio en el líquido amniótico, registro basal de la frecuencia cardíaca fetal a las contracciones positivo) extraer al feto inmediatamente por la vía más expedita en el momento del diagnóstico.

Criterio de referencia

- Si los recursos son insuficientes para el manejo descrito, referir al III nivel.

Insumos

- Ficha clínica perinatal.
- Equipo amniocentesis.
- Ocitocina 5 UI (ampolla).
- Fleboclisis.

Información para la mujer sobre

EMBARAZO PROLONGADO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

De acuerdo al examen clínico podemos concluir que su guagüita ya está lista para nacer. Sin embargo, hasta el momento no se han manifestado las contracciones necesarias para que se produzca el parto.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema, su placenta comenzará a perder su capacidad de alimentar y brindar el oxígeno necesario a su guagüita; y si se deja pasar mucho tiempo, esto puede hacerle daño.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Se le harán preguntas para tratar de confirmar cuándo ocurrió su embarazo.
- Se le harán exámenes en el abdomen para medir el tamaño y estimar la edad de su guagüita.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Si existe la posibilidad, se le hará una ecografía.
- Si confirmamos que su guagüita está lista para nacer, le daremos medicamentos para que comiencen sus contracciones y nazca su guagüita.
- Asimismo, si descubrimos alguna complicación, le haremos una operación llamada cesárea, pues su guagüita estará sufriendo y puede sufrir más con un parto normal.

Feto Muerto y Retenido

Definición

Es la muerte del feto en cualquier momento del embarazo después de la semana 20ª, y que no desarrolla una expulsión espontánea.

Se denomina muerte fetal intermedia cuando ocurre entre las 20ª y 28ª semanas; y fetal tardía, después de esta última.

Es de etiología desconocida en el 30-40% de los casos.

Generalmente se asocia con:

- Causas genéticas
- Hipertensión inducida por el embarazo (HIE)
- Diabetes mellitus
- Infección urinaria
- Lupus (LES)
- Isoinmunización
- Oligoamnios
- Enfermedades parasitarias o infecciosas (malaria, sífilis)
- Alteración del cordón

Signos clínicos

- Desaparición de los movimientos fetales.

- Detención del crecimiento uterino.
- Ausencia de ruidos cardíacos fetales tomados por lo menos cada 15 minutos en dos horas.
- Sangramiento genital oscuro, escaso, intermitente, sin dolor.

Manejo y tratamiento

- Es importante tener certeza del diagnóstico antes de dar la información a la mujer y a los familiares.

PUESTO SANITARIO Y CENTRO DE SALUD

Criterio de referencia

- Ante la sospecha o confirmación de esta complicación referir a la paciente al II nivel para su resolución.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes complementarios

- Si tiene dudas, solicite:
 - Ecografía para mostrar colapso de silueta craneal, cabalgamiento, ausencia de movimientos, tono y latido cardíaco fetal.

- Si no hay disponibilidad de ecografía, solicite radiografía simple de abdomen que, de haber transcurrido 7 o más días de la muerte fetal, mostrará cabalgamiento de huesos del cráneo, pérdida de actitud fetal y gas en cavidades cardíacas y grandes vasos.

Manejo

- Si el óbito fetal ha ocurrido por lo menos dos semanas antes del diagnóstico, investigue alteraciones de la coagulación materna realizando:
 - Cuantificación de plaquetas.
 - Fibrinógeno.
 - Tiempo parcial de tromboplastina.

Tratamiento

- Valorar los antecedentes obstétricos y patológicos, situación y presentación fetal, estado del cervix y condiciones intercurrentes en la presente gestación. Si son desfavorables, realice cesárea o microcesárea.
- Si son favorables, realice inductoconducción con 20 a 40 U.I. de ocitocina en Dextrosa o Fisiológico de 1000 cc a 10 gotas/minuto hasta conseguir respuesta uterina, regulando la dosis de acuerdo a la dinámica uterina.
- Para favorecer la maduración cervical y la respuesta ocitócica: colocar 1 tableta de prostaglandina (PG E2) 3 a 5 horas previas a la inducción en el fondo de saco vaginal o endocervical. Repetir la dosis cada 4 horas.
- Si existe sospecha o confirmación de corioamnionitis severa, refiera a III

nivel para realizar histerectomía en bloque.

- Inhibir la lactancia en el puerperio con:
 - Estrógenos.
 - Bromocriptina 2,5 mg v.o. c/12 h durante 14 días.
 - Evitando la extracción y colocando vendaje comprensivo en las mamas durante 3 a 5 días.
- Durante el puerperio administre:
 - Ocitócicos para prevenir atonía uterina.
 - Antibióticos para evitar procesos infecciosos asociados.

Criterio de referencia

- Alteraciones en la coagulación.
- Corioamnionitis severa.
- Si hay sospecha del diagnóstico y no tiene el recurso para confirmar el diagnóstico.
- Si el recurso es insuficiente para realizar el manejo descrito.

Insumos

- Ocitocina, 5 unidades en ampolla.
- Estrógenos.
- Bromocriptina.
- Suero glucosado, fisiológico, glucosalino o Rínger.
- Estetoscopio de Pinard.
- Venoclisis.
- Caja de cesárea.

Información para la mujer sobre

FETO MUERTO Y RETENIDO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Señora, después de haber realizado los diferentes exámenes para determinar la condición suya y la de su guagüita, lamentablemente, hemos encontrado que su bebé no está vivo.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si el parto no se produce, usted puede tener otras complicaciones, porque su guagüita no esta viva.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para II nivel (exclusivamente)

— Después de hacerle un examen clínico, determinaremos si su parto puede ser vaginal (por sus partes) o necesita una operación cesárea.

Parto vaginal: Intentaremos provocar su parto. Le pondremos un suero para estimular el trabajo de parto y ayudar a la dilatación y así ayudar a la expulsión de su guagüita.

Cesárea: Si el tratamiento anterior no responde o si el parto por vía vaginal no es el más seguro para usted en este momento, procederemos con una operación llamada cesárea.

(Nota: En caso que se realice una cesárea, utilizar el protocolo de información correspondiente.)

***Hemorragias
de la Primera Mitad
del Embarazo***
(Hasta las 20 semanas)

Amenaza de Aborto

Definición

Es la presencia de dolor hipogástrico, acompañada de actividad uterina, con hemorragia leve o sin ella, y sin modificaciones cervicales en un embarazo menor de o igual a 20 semanas.

Puede evolucionar por diferentes estadios, hasta llegar al aborto incompleto.

Factores de riesgo

- Desnutrición, anemia.
- Condiciones socioeconómicas.
- Adolescencia y climaterio.
- Infecciones: principalmente urinarias, toxoplasmosis, infecciones del tracto genital y/o ITS.
- Antecedentes de abortos y legrados repetidos.
- Violencia contra la mujer.
- Esfuerzos o traumatismos.
- Desequilibrio hormonal.
- Malformación de cuello uterino, útero o anexos.
- Genéticos.
- Mala implantación.

- Embarazo no deseado.

Signos clínicos

- Amenorrea (falta de menstruación).
- Síntomas y signos de embarazo (náuseas, vómitos, etc.).
- Dolor tipo cólico en hipogastrio (abdomen inferior).
- Hemorragia escasa, dolorosa, intermitente con sangre fresca u oscura sin mal olor.
- En el tacto vaginal (hacerlo muy suavemente, evitando estimular):
 - Tamaño uterino de acuerdo a edad de gestación, aumentado de consistencia y sensible, se delimita con facilidad.
 - Cuello uterino sin modificaciones, largo, cerrado y consistencia blanda.

Consideraciones

- Las alteraciones genéticas tienden al aborto en las primeras 8 semanas de gestación.

Diagnóstico diferencial

- Atraso menstrual.

- Hemorragias cervicales (erosión o úlceras).
- Hemorragias vaginales (infecciones o várices).
- Aborto inducido.
- Aborto inevitable.
- Restos de aborto (huevo muerto y retenido).
- Embarazo ectópico.
- Embarazo molar.

Manejo general

- Plantéese diagnóstico diferencial con otras causas de hemorragia.
- Dé orientación, evitando juzgar a ella y su familia sobre los riesgos y la importancia del manejo adecuado.
- Controle signos vitales.
- Determine la causa.
- Reposo absoluto en cama.
- Hospitalización si no puede hacer reposo domiciliario o si haciéndolo no cede la sintomatología.
- Indique abstinencia sexual.
- Descarte y trate infecciones de vías urinarias (ver protocolo *infección urinaria*).

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Dé analgésico si es necesario.

Criterio de referencia

- Referir al II nivel todas las embarazadas que continúan con hemorragia genital y dolor a pesar del tratamiento.
- Si no pueden hacer reposo domiciliario y necesita hospitalización.

CENTRO SE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Prueba de embarazo, inmunológica o biológica (determinación de gonadotrofinas).
- Hemograma.
- Clasificación de grupo y Rh.
- Orina completa.

Tratamiento

- Indometazina 1 supositorio 100 mgrs cada 24 horas por 3 días. en embarazos de más de 12 semanas.
- Analgésicos según necesidad.

Criterio de referencia

- Referir al II nivel todas las embarazadas que continúan con hemorragia genital y dolor a pesar del tratamiento.
- Si no pueden hacer reposo domiciliario y necesita hospitalización.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Ecografía (vitalidad fetal, grado de desprendimiento ovular, embarazo ectópico).
- Prueba de embarazo, inmunológica o biológica (determinación de gonadotropinas).
- Hemograma.
- Clasificación de grupo y Rh.
- Orina completa.

Tratamiento

- Indometacina 1 supositorio 100 mg cada 24 horas por 3 días.
- Analgésicos según necesidad.

Criterio de referencia

- Si hay complicación y su manejo requiere de recursos del III nivel.

Insumos

- Indometacina 100 mg (supositorios).
- Guantes estériles.

Bibliografía

- AGUILAR, C. et al.: *El AMEU en el Hospital de la Mujer* 1995. (En publicación)
- BENSON, C.R.: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* Ed. Manual Moderno; 1986
- CALATRONI, C.A. et al.: *Ginecología* Ed. Panamericana, 85; 1986
- CARVALHO, R.L.: Sepsis en Obstetricia *Rev. Med. Santa Casa*, 241, 1990
- DE FREITAS, F. et. cols: *Rotinas em obstetricia*. Ed. Artes Médicas, 1989
- GARCIA, R.J. et al.: "Epidemiología del aborto" En: *Ginecología y obstetricia* 185; México, 1992
- JONES, H. W.; WENTZ, A.C. y BURNETT, L. 5.: Aborto recurrente y espontáneo, *Tratado de ginecología de Novak* 11° ed., Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1991; pp. 289-306
- JUBIZ, A. H.; BOTERO, J. U. y HENAO, G.: "El Aborto y sus complicaciones" En: *Obstetricia y ginecología* 3° ed., 1985; pp. 208-218
- PEREZ, y. et al.: "Ginecología y aborto", *Revista Ciencia Médica* 20; 1990

Información para la mujer sobre

AMENAZA DE ABORTO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

En este momento está teniendo contracciones y sangrado que pueden poner en peligro la continuación de su embarazo.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guaguita?

Consecuencias del problema:

Si este problema no es controlado por un profesional de salud, usted puede perder su embarazo (tener un fracaso).

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial y pulso.

- Le daremos medicamentos para detener las contracciones y el sangrado. De esta forma ayudaremos a que su embarazo continúe.

- Es necesario que repose en cama, en su casa y no tenga relaciones sexuales.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Si no es posible hacer reposo absoluto en su casa y/o si continúan las contracciones a pesar del tratamiento, puede ser necesario hospitalizarla.
- Si es posible, le haremos una ecografía y un examen de sangre y de orina.

Aborto Incompleto

Definición

Se denomina aborto incompleto a la expulsión del embrión/el feto y/o sus anexos en forma incompleta, antes de o cumplidas las 20 semanas de gestación.

Una de las variedades de terminación del aborto, y que debe ser tomada en cuenta es el *Aborto completo*: que se refiere a la expulsión total del producto y sus anexos ovulares.

Ambos pueden ser debidos a varios factores y condicionantes.

Factores de riesgo

- Antecedentes de abortos o partos prematuros.
- Incompetencia ístmico-cervical
- Edad materna mayor a los 40 años.
- Desnutrición materna.
- Enfermedades infecciosas (agudas o crónicas).
- Esfuerzos, traumatismos.
- Desequilibrio endocrino.
- Malformación cervical, uterina o en anexos.

- Causa genética.
- Hábitos: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción.
- Mala implantación.

Riesgos maternos

- Hemorragia.
- Anemia.
- Choque.
- Muerte materna.

Signos clínicos

- Aborto inevitable:
 - Útero aumentado de volumen (que corresponde a retraso menstrual o amenorrea).
 - Hemorragia proveniente de la cavidad uterina, escasa, dolorosa, intermitente; sangre fresca sin mal olor.
 - Dolor en región hipogástrica (abdomen bajo).
 - Se aprecian contracciones uterinas. Puede haber pérdida de líquido amniótico.

En tacto vaginal:

- Orificio cervical interno dilatado.
 - Membranas íntegras o rotas.
 - Se toca partes fetales.
- Aborto incompleto:
- Útero blando con tamaño menor al correspondiente al retraso o amenorrea.
 - Doloroso a su movilización.
 - Metrorragia variable. En tacto vaginal:
 - Orificio cervical externo e interno abiertos.
 - Presencia de sangre proveniente de cavidad uterina, usualmente con restos ovulares.

Manejo general

- Brinde orientación a la embarazada y a su familia. Evite juzgarla.
- Explique lo que ocurre, cuáles son los riesgos y a qué procedimientos la va a someter a la usuaria.
- Controle los signos vitales.
- Identifique si está en evolución o es un aborto completo, o incompleto.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Si está en evolución o es incompleto o si hay hemorragia con compromiso del estado general e hipotensión severa:

- Canalice una vena con bránula de preferencia o aguja mariposa N° 19, y administre solución fisiológica o Rínger lactato, 1.000 cc, goteo continuo (a chorro) y refiera de inmediato al II nivel.
- Si desea acelerar el proceso del aborto inevitable, use:
- Ocitocina 5 a 20 UI, disueltas en dextrosa o fisiológico de 1000 cc 20 o 40 gotas/min.
 - Observe la evolución. Controle los signos vitales y la hemorragia en los siguientes minutos.
- Si puede tener certeza que se produjo un aborto completo:
- Metilergonovina 0,2 mg i.m.
 - Observe la evolución. Controle los signos vitales y la hemorragia en las siguientes 24 horas.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación de aborto incompleto, la usuaria debe ser referida al II nivel de atención.
- Si aparecen signos de complicaciones sobreagregadas (choque, infección, etc.)

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Clasificación de Grupo y Rh.
- Examen completo de orina.

Tratamiento

- Tratamiento igual que en el Puesto de Salud
- Si confirma el diagnóstico de aborto inevitable, agregue al suero 10 unidades de Ocitocina a 10 gotas por minuto.
- Refiera.

Criterio de referencia

- Todas las usuarias deben ser referidas a II nivel con el tratamiento indicado.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Clasificación de Grupo y Rh.
- Examen completo de orina.

Tratamiento

- Tratamiento igual al descrito para el Puesto y Centro de Salud.
- Efectuar legrado uterino o aspiración uterina si termina en aborto incompleto (bajo anestesia).

Criterio de referencia

- Pacientes con shock que precisen reposición de sangre.
- Pacientes con abortos infectados.

Insumos

- Metilergonovina 0,2 mg (ampollas).
- Suero fisiológico, Rínger 1.000 cc
- Ocitocina 5 UI (ampollas).
- Caja legrado instrumental.
- Equipo de transfusión/ Sangre, previa tipificación de grupos.

Bibliografía

BENSON, C.R.: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* Ed. Manual Moderno; 1986

CALATRONI, C.A. et al.: *Ginecología* Ed. Panamericana, 85; 1986

CARVALHO, R.L.: "Sepsis en Obstetricia" *Rev. Med. Santa Casa*, 241, 1990

DE FREITAS, F. et al.: *Rotinas em obstetricia*. Ed. Artes Médicas, 1989

GARCÍA, R..J. et al.: "Epidemiología del aborto" En: *Ginecología y Obstetricia* 185; México, 1992

JONES, H. W.; WENTZ, A.C. y BURNETT, L. 5.: Aborto recurrente y espontáneo, *Tratado de Ginecología de Novak* 110 ed., Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill, 1991; pp. 289-306

JUBIZ, A. H.; BOTERO, J. U. y HENAO, G.: "El Aborto y sus complicaciones En: *Obstetricia y Ginecología* 3º ed., 1985; pp. 208-218

PÉREZ, y. et al.: "Ginecología y aborto", *Revista Ciencia Médica* 20; 1990

Información para la mujer sobre

ABORTO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

En este momento, debido a las contracciones y sangrado que usted presenta, su embarazo no tiene posibilidades de seguir adelante. Podemos observar que su guagüita está saliendo.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si este problema no es controlado por un profesional de salud, usted puede sufrir una hemorragia severa, anemia y dolor en su bajo vientre.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.

- Le haremos un tacto vaginal para determinar si está al inicio o al final del aborto, y así asegurar que no se le quede nada adentro y evitar una hemorragia.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para administrarle algún medicamento o, si fuera necesario, la referiremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Si se sospecha que usted tiene restos en su matriz, entonces le haremos una limpieza con anestesia local o general para evitarle molestias.
- Le haremos un examen de sangre y de orina, y una clasificación sanguínea.
- Si fuera necesario, le pondremos sangre.

Aborto Séptico

Definición

Es la retención parcial en cavidad uterina de restos placentarios o fetales infectados antes de la viabilidad fetal.

Produce fiebre, dolor en hipogastrio, secreción seropurulenta y compromiso del estado general.

Frecuentemente evoluciona hacia choque séptico.

Factores de riesgo

- Rotura ovular.
- Incompetencia cervical.
- Traumatismos
- Embarazos no deseados.
- Antecedente de maniobras abortivas.
- Aborto incompleto.
- Iatrogenia medicamentosa, ingesta de drogas, mates.
- Choque séptico: Insuficiencia circula-

toria aguda producida por una endotoxina bacteriana

Riesgos maternos

Inmediatos

- Infecciones: endometritis, endomiometritis, anexitis y sepsis.
- Hemorragia, anemia y choque.¹⁴
- Lesiones de tejido y órganos pelvianos (desgarros y perforación).
- Embolia.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Muerte materna.

Alejados

- Esterilidad.
- Alteraciones menstruales.
- Diferentes grados de acretismo placentario.
- Placenta previa.

14. *Choque hemorrágico: Falla circulatoria aguda producida por pérdida sanguínea genital de más de 40% de la volemia. Los signos y síntomas son: hipotensión, piel seca y pálida, oliguria y pérdida de conocimiento.*

- Rotura uterina en partos posteriores.

Diagnóstico diferencial

- Aborto incompleto infectado.
- Pelviperitonitis genital.
- Peritonitis por patología visceral.

Signos clínicos

Fase aguda

- Mujer pálida, anémica, febril.
- Con dificultad respiratoria.
- Presión arterial normal o baja.
- Piel húmeda, caliente, con sudoración profusa.
- Pulso acelerado (más de 90 por minuto).

Fase grave

- Anemia, afebril, cianótica (morada).
- Respiración rápida y superficial.
- Presión arterial baja, piel fría.
- Pulso imperceptible (menos de 80 por minuto).
- Inspección vaginal:
 - Flujo hemático francamente purulento y fétido que escurre por vía vaginal, habitualmente presencia de material necrotisular.
 - Pueden estar presentes signos de aborto provocado: desgarros cervicales o vaginales, cuerpos extraños en vagina o cérvix y aun perforación uterina.

- Al tacto vaginal:

- Útero blando, aumentado de volumen, intensamente doloroso a la movilización. Anexos engrosados.
- Cuello uterino con orificios cervicales entreabiertos.
- Fondo de saco de Douglas puede estar ocupado y muy sensible.

- Palpación abdominal:

- Abdomen agudo y/o pelviperitonitis (el abdomen se vuelve duro y la enferma no ha defecado en varios días o está con diarrea).

Manejo

- Es una enferma de alto riesgo.
- Explique qué le ocurre, cuáles son los riesgos que tiene y los procedimientos que será necesario hacer.
- Controle signos vitales permanentemente.
- Valore profilaxis antitetánica.
- Posición semisentada.
- Baje la fiebre con medios físicos.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Si puede confirmar el diagnóstico:
 - Canalice vena de preferencia con una bránula o con aguja mariposa 19 en antebrazo e instale suero fisiológico o Rínger 1.000 cc a 40 gotas por minuto.

- Penicilina sódica 5.000.000 unidades internacionales i.v. cada 6 horas.
 - Gentamicina 80 mgr i.m. cada 8 horas.
 - Metilergonovina 0,2 mgr i.m. cada 8 horas.
- Refiera al Nivel II ó III según el recurso disponible en cada uno de ellos.

Criterios de referencia

- Ante sospecha o confirmación de esta complicación debe referir lo antes posible al II o III nivel.

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Si se puede confirmar el diagnóstico:
- Indique el mismo tratamiento definido para el Puesto de Salud, además se puede asociar: Metronidazol 500 mg v.o. cada 8 horas.
 - Iniciar además un goteo de ocitocina continua (10 UI en suero fisiológico de 1000 cc, a 20 ó 40 gotas/min.
 - Refiera a II o III Nivel según los recursos disponibles.

Criterios de referencia

- Ante sospecha o confirmación de esta complicación debe referir lo antes posible al II o III nivel, iniciado el tratamiento, si es posible.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma, grupo sanguíneo y Rh.
- VES.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Examen general de orina.

Manejo

- Reposo absoluto.
- Control de signos vitales cada hora. Espaciar de acuerdo a evolución.
- Reposición de sangre, si es necesario
- Restitución de equilibrio hídrico con soluciones parenterales hidrosalinas: Rínger 1.000 cc y/o fisiológica 1.000 cc a 40 a 60 gotas por minuto.
- Control de diuresis por sonda Foley (diuresis no menor a 30 ml/hora).
- Oxígeno húmedo a 4 L/minuto.

Tratamiento

- Penicilina sódica 6.000.000 unidades internacionales i.v. cada 6 horas.
- Gentamicina 80 mgrs i.m. cada 8 horas.
- Se puede asociar metronidazol 500 mg. v.i. cada 8 horas.
- Metilergonovina 0,2 mg i.m. cada 8 horas.
- Iniciar además un goteo de ocitocina continua (10 UI en suero fisiológico de 1000 cc, a 20 a 40 gotas/min.

- Legrado uterino después de 24 horas con la paciente afebril, o antes en caso de hemorragia importante.

Criterios de referencia

- Si presenta signos generales de gravedad, falta de respuesta al tratamiento médico, signos de pelviperitonitis o peritonitis (aborto séptico complicado) debe ser referida de inmediato al III nivel de atención.
- Si no se dispone de los recursos para efectuar el manejo y tratamiento descrito.

Insumos

- Suero fisiológico / Rínger Lactato 1000 cc.
- Penicilina sádica 30.000.000 UI frascos.
- Gentamicina 80 mg ampollas.
- Metilergonovina 0,2 mg ampollas.
- Metronidazol 500 mg tabletas.
- Ocitocina 5 UI ampollas.
- Oxígeno.

- Sonda Foley.
- Caja legrado instrumental.

Bibliografía

- BENSON, C.R.: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* Ed. Manual Moderno; 1986
- CALATRONI, C.A. et al.: *Ginecología* Ed. Panamericana, 85; 1986
- CARVALHO, R.L.: «Sepsis en Obstetricia» *Rev. Med. Santa Casa*, 241,1990
- GARCÍA, R.J. et al.: “Epidemiología del aborto” En: *Ginecología y obstetricia* 185; México, 1992
- JONES, H. W.; WENTZ, A.C. y BURNETT, L. S.: Aborto recurrente y espontáneo, *Tratado de ginecología de Novak* 11° ed., Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1991; pp. 289-306
- JUBIZ, A. H.; BOTERO, J. U. y HENAO, G.: “El Aborto y sus complicaciones” En: *Obstetricia y ginecología* 3° ed., 1985; pp. 208-218
- PEREZ, y. et al.: “Ginecología y aborto”, *Revista Ciencia Médica* 20; 1990

Información para la mujer sobre

ABORTO SÉPTICO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Su embarazo se ha interrumpido además podemos observar que usted tiene una infección en su matriz (en sus partes).

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema

Esta infección, por la interrupción de su embarazo es muy peligrosa puede complicarse y comprometer su vida.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pondremos un suero en la vena

de su brazo con antibióticos para combatir la infección.

- La enviaremos al hospital de inmediato.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla. Este suero contiene antibióticos que ayudarán a parar la infección.
- Le haremos sus exámenes de sangre y de orina.
- Si es necesario, le pondremos una sonda para facilitar y medir la salida de su orina.
- Cuando haya bajado la fiebre y se sienta mejor, le haremos la limpieza de su matriz (partes) bajo anestesia general.
- Si fuera necesario, le pondremos sangre y oxígeno.

Embarazo Ectópico

Definición

Es la implantación del embarazo fuera de la cavidad uterina, y que puede provocar hemorragia interna con grave riesgo para la vida de la madre. En general, esta implantación no sobrepasa las 8 a 12 semanas de gestación.

Frecuentemente se localiza en la trompa (tubárico). Las complicaciones más frecuentes son la rotura de la trompa, hemorragia, choque y muerte materna.

Factores de riesgo

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica: puerperales, tuberculosis, infecciones del tracto genital y/o ITS (antes ETS), pelviperitonitis o peritonitis.
- Antecedentes de esterilidad tratada.
- Embarazo ectópico anterior.
- Endometritis, endometriosis.

Signos clínicos

- Presenta síntomas cuando está complicado (cuando hay rotura de la trompa).

EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO

- No hay sintomatología específica.
- Retraso de la regla o menstruación.
- Signos y síntomas de embarazo, náuseas, vómito.
- Hemorragia genital oscura (borra de café), escasa.
- Dolor discreto y tolerable en hipogastrio o fosas ilíacas.
- En tacto vaginal:
 - Útero más pequeño que el correspondiente a la edad de gestación.
 - Anexos: se puede palpar una masa en uno de ellos, sensible a la palpación.

EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO

- Sintomático, compromiso del estado general.

- Amenorrea.
- Signos de embarazo.
- Brusca y repentina aparición de dolor en región hipogástrica asociada a signos de anemia aguda (por hemorragia en peritoneo).
- Mareo, cefalea, sudoración, lipotimia (desmayo).
- Piel y mucosas pálidas. Pulso acelerado, filiforme.
- Hipotensión gradual.
- Choque.
- Abdomen con resistencia muscular (irritación peritoneal).
- Dolor pelviano a la palpación (puede ser más intenso a un lado).
- Abdomen con signos de resistencia muscular.
- Tacto vaginal: útero y anexos difíciles de palpar, doloroso a la movilidad, especialmente en fondo de saco posterior. Se palpa abombado.
- La extracción de sangre oscura que no coagula, mediante punción de saco posterior, confirma el diagnóstico.
- Puede haber sangramiento vaginal escaso, sin coágulos y con eliminación de decidua.

Manejo

- Es quirúrgico en ambas formas (laparotomía).
- Dé orientación a la mujer y a sus familiares. Explique los riesgos.

- Identifique donantes de sangre con urgencia, especialmente si está roto.
- Controle signos vitales.

PUESTO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Si es posible haga clasificación de grupo sanguíneo y Rh.

Tratamiento

- Canalice vena de preferencia con bránula o con aguja mariposa NO 19 y administre solución Rínger o Fisiológico de 1.000 cc a goteo continuo (chorro).
- Refiera de urgencia en posición de Trendelenburg, bien abrigada y acompañada (nunca dejarla sola).

Criterio de referencia

- Ante la sospecha o confirmación de embarazo ectópico (complicado o no), debe ser referida a II o III nivel de inmediato. Es una complicación grave.

CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Si es posible haga clasificación de grupo sanguíneo y Rh.

Manejo

- Confirme el diagnóstico.
- Realice tacto vaginal:

- Busque signos de embarazo, dolor a la movilidad uterina, especialmente en el fondo de saco posterior y en la trompa afectada, donde puede palparse una masa.
- Mientras mayor es la hemorragia intraperitoneal (no sale al exterior por vagina), el dolor abdominal es más intenso y permanente. El cuadro se agrava rápidamente con choque hipovolémico.
- Igual tratamiento que el descrito para el Puesto de Salud.

Criterio de referencia

- Ante la sospecha o confirmación de embarazo ectópico (complicado o no), debe ser referida a II o III nivel de inmediato. Es una complicación grave.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma con VES.
- Grupo y Rh.
- Pruebas inmunológicas o biológicas de embarazo.

Exámenes complementarios

- Punción del fondo de saco vaginal posterior con aguja N° 18 larga.
- El embarazo ectópico complicado es una emergencia quirúrgica.
- Ecografía ginecológica.

Manejo

- Vigile permanentemente los signos vitales, especialmente presión arterial.
- Preparación inmediata para cirugía de urgencia.
- Instale sonda Foley.

Tratamiento médico

- Canalice vena de preferencia con bránula (“cavafix” o venocath) o con aguja mariposa N° 19
- Solución Rínger 1.000 cc a goteo continuo (chorro).
- Fisiológica 1.000 cc, igual.
- Si se agrava la hipotensión, transfusión de sangre o plasma.

Tratamiento quirúrgico

- Laparotomía inmediata.
- Salpingectomía, tratando de conservar el ovario.
- Evalúe posibilidad de cirugía conservadora de la trompa dependiendo de la edad, paridad, deseos de tener más hijos, localización y complicación existente, estado de la otra trompa.

Criterio de referencia

- Si hay duda diagnóstica.
- Si los recursos disponibles son insuficientes para el manejo descrito.
- Ante cualquier complicación que requiera el manejo y tratamiento III Nivel.

Insumos

- Equipo laparotomía / salpingectomía
- Suero Rínger / Suero Fisiológico 1000 cc.
- Equipo de punción de Douglas
- Sonda Foley / Bolsa recolectora
- Fleboclisis.
- Bránula N° 19 o Aguja mariposa

Bibliografía

CALATRONI RUIZ V.; *Embarazo ectópico. Ginecología* 2° ed. B. A. Editorial Médica Panamericana; 1989

CAVANAGH, D. et. cols.: *Emergencias en obstetricia*. Editora Harper & ROW do Brasil; 1980

BENSON, R.: *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos* Ed. El Manual Moderno S.A.de C.V.; 1989

BOTERO. U.J. et. Cols.: *Obstetricia y ginecología*. Ed. Carvajal; 1989

DE FREITAS, F. et. cols: *Rotinas em obstetricia*. Editorial Artes Médicas; 1989

MENDOZA.A.I.: *Gineco obstetricia. Manual moderno*; 1992

SCHWARCZ.S.D.: *Obstetricia* Ed. El Ate-neo; 1990

URANGA, Imaz: *Obstetricia práctica* 5° ed. B. A. Intermédicas; 1990

Información para la mujer sobre

EMBARAZO ECTÓPICO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene un embarazo fuera de la matriz. Esto ocurre la mayoría de las veces en las trompas de Falopio que unen la matriz con los ovarios; y a veces en la cavidad abdominal. Generalmente este tipo de embarazo no llega a término, y para evitar mayores problemas es necesario operarla. Por eso tiene hemorragia y dolor.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si los diagnósticos clínico y de laboratorio confirman que usted tiene un embarazo fuera de la matriz, será necesario operarla inmediatamente para evitar que tenga mayores complicaciones y peligre su vida.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Si es posible, le haremos un clasificación de grupo sanguíneo y Rh.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para suplir la hemorragia que usted tiene.
- La mandaremos al hospital para que reciba el tratamiento adecuado.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Le haremos exámenes de sangre.
- Controlaremos su pulso y presión arterial.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para suplir la hemorragia que usted tiene.
- Si es necesario, le pondremos sangre (transfusión sanguínea) y/o suero y la operaremos de emergencia para solucionar su problema.

Embarazo Molar

Definición

Es una complicación poco frecuente de la gestación, caracterizada por la degeneración del tejido que forma la placenta (tejido trofoblástico) y donde habitualmente no se desarrolla el embrión. Puede degenerar en un coriocarcinoma (cáncer).

Factores de riesgo

- Desnutrición.
- Baja condición socioeconómica.
- Menor de 18 años o mayor de 40 años.

Riesgos maternos

- Anemia.
- Choque hipovolémico.
- Coriocarcinoma.
- Muerte.

Manifestaciones clínicas

- Incremento de náusea y vómito.
- Pérdida de peso. Hiperémesis gravídica.

- Hemorragia genital, rutilante, precoz, frecuente y silenciosa.
- Aparición precoz de hipertensión inducida por el embarazo.
- Útero aumentado de volumen que no corresponde a retraso menstrual o amenorrea.
- Utero blando y depresible.
- No se tocan partes fetales ni se ausculta latido.
- Su desarrollo llega habitualmente hasta las 24 semanas.
- A veces hay eliminación, por vagina, de sangre con vesículas como huevos de pescado o granos de uva.

Diagnóstico diferencial

- Aborto.
- Placenta previa.

Manejo

- Explique a la paciente lo que tiene, sus riesgos y qué le va a hacer.
- Controle signos vitales.
- Solicite o realice una ecografía para confirmar el diagnóstico.

PUESTO Y CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo con Rínger 1.000 cc a 20 o 40 gotas por minuto.

Criterio de referencia

- Ante la sospecha o confirmación, toda paciente debe ser referida al II nivel.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Grupo y Rh
- Dosificación cualitativa de gonadotropina coriónica humana.

Examen complementario

- Hemograma.

Tratamiento

- Si la paciente presenta hemorragia, no hay aborto molar y el útero es menor a 15 centímetros:
 - Canalice vena con bránula o aguja mariposa N° 19 en el antebrazo.
 - Administre Rínger o Fisológico 1.000 cc a 20 ó 40 gotas por minuto.
 - Vigile la presión arterial.
 - Coloque si es posible un tallo de laminaria.

- Prostaglandina (PG E2) Misoprostol 1 tableta endocervical
- Inicie inducto conducción con 20 a 40 UI de ocitocina y aumentar dosis según respuesta.
- Producido el aborto molar:
 - Efectúe legrado uterino instrumental o AMEU.
 - Indique metilergonovina 0,2 mg i.m.
 - Continúe con solución dextrosa al 5% más 40 unidades de Ocitocina a 20 gotas por minuto.
 - Transfunda sangre si es posible.
 - Vigile hemorragia genital.
- Si la paciente ha tenido aborto molar y el útero es menor a 15 cm, canalice vena con bránula o mariposa N° 19 en antebrazo y administre:
 - Dextrosa 500 cc al 5% más 40 UI. Ocitocina a 40 gotas por minuto.
 - Metilergonovina 0,2 mg i.m. única.
 - Rínger 1.000 cc a goteo continuo, si hay hemorragia.
 - Efectúe legrado uterino instrumental o AMEU.
- Control y seguimiento (determinaciones semestrales cuantitativas de gonadotropina coriónica por un año).

Criterio de referencia

- Embarazada con útero mayor a 15 cm.
- Hemorragia uterina persistente a las 48 horas posteriores al legrado uterino instrumental, ante la eventualidad de una mola invasora o coriocarcinoma.

- Si no dispone de recursos necesarios para el tratamiento o prevención de las complicaciones.

Insumos

- Rínger Lactato / Fisiológico de 1000 cc.
- Tallo de laminaria.
- Prostaglandinas PG E2, Misoprostol (Citotec) tabletas.
- Ocitocina 5 UI ampollas.
- Metilergonovina 0,2 mg ampollas.
- Caja de legrado instrumental.
- Bránula N° 19 o Aguja Mariposa
- Equipo de Venoclisis.

Bibliografía

ACOSTA SISON, H.: "The Change of Malignancy in a Repetead Hidatidiform Mola" *Amer. J. Obstet. Gyenc.* 78:4,876; 1959

BENSON, R.: *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos* Ed. El Manual Moderno, 1989

CALLEN, P.: *Ecografía en ginecología y obstetricia* Ed. Panamericana, 1989

CHELSEY, L.C. et al.: Hidatodiform Mole with Special Reference to Recurrence and Associated Eclampsia" *Amer. J. Obstet. Gynec.* N° 52, 1966. p. 311

GORI, R.: *Ginecología.* Ed. El Ateneo, 1989

HERTING, T.: *Human Trophoblastic.* Charles C. Thomas USA 225, 1978 [?]

REZENDE, de J. et al.: *Neoplasias Trofoblasticas Gestacionais* Ed. Manole Ltda, 1980.

MENDOZA, A.I.: *Gineco obstetricia* Ed. El Manual Moderno, 1992

SCHWARCZ, S. D.: *Obstetricia.* Ed. El Ateneo, 1990

Información para la mujer sobre

EMBARAZO MOLAR

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una alteración en el desarrollo de su embarazo, lo cual impide que éste siga adelante. Es por esto que se ha sentido tan indispuesta, y ha perdido peso, y/o ha tenido sangrado abundante.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si este problema no es controlado por un profesional de salud, usted puede sufrir una hemorragia severa y anemia.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le haremos un tacto vaginal para confirmar su problema.

- Necesitamos hacer una ecografía para confirmar su problema. Le pondremos un suero en la vena de su brazo para fortalecerla y la enviaremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Le haremos algunos exámenes de sangre.
- Le pondremos suero y estimulantes para poder evacuar el contenido de su matriz. Necesitaremos colocarle unas tabletas en su vagina, estas ayudarán bastante con la eliminación del tejido. Luego le haremos una limpieza (legrado) bajo anestesia general, para evacuar todo el contenido.
- Si fuera necesario, le pondremos sangre.
- Es muy necesario que usted se controle durante este año y hagamos el seguimiento de su enfermedad.

***Hemorragias
de la Segunda Mitad
del Embarazo***
(Después de las 22 semanas)

Placenta Previa

Definición

Es la implantación anormal de la placenta en el segmento inferior del útero. Puede ocluir parcial o completamente el orificio cervical interno.

Durante las últimas semanas de gestación, al contraerse el segmento y dilatarse el cuello, se desgarran las vellosidades placentarias y se separan de la pared uterina quedando expuestos los senos uterinos en el sitio de implantación de la placenta produciéndose la hemorragia

Clasificación

De acuerdo a su ubicación:

- *Placenta previa oclusiva total o central:* la placenta cubre totalmente el orificio interno cuando el cérvix está totalmente dilatado.
- *Placenta previa oclusiva parcial:* una pequeña parte de la placenta cubre el orificio interno.
- *Placenta previa de inserción baja o marginal:* el borde placentario se encuentra unido muy cerca del orificio interno, pero no lo cubre.

Factores de riesgo

- Gran múltipara.
- Antecedente de cesárea u otra cirugía uterina.
- Cesáreas iterativas.
- Abortos provocados.
- Antecedente de infecciones uterinas.
- Embarazo múltiple.
- Antecedentes de placenta previa.

Riesgos maternos y fetales

- Hemorragia.
- Choque hipovolémico.
- Muerte materna y fetal.

Signos clínicos

- Metrorragia de la segunada mitad del embarazo, sangre roja y rutilante sin causa aparente, de aparición brusca (generalmente en reposo). Tiende a desaparecer y reaparecer espontáneamente, con un primer episodio escaso y los subsecuentes más profusos.

- Es indolora. Consistencia uterina normal (no hay contracciones uterinas).
- Choque hipovolémico proporcional a la intensidad de la hemorragia.
- Anemia secundaria.
- Frecuencia cardíaca fetal variable.
- Asociada a presentaciones distócicas, siendo la transversa una de las más frecuentes.
- Puede haber compromiso de unidad feto placentaria (sufrimiento fetal, retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal).

Diagnóstico diferencial

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserata.
- Lesiones sangrantes de cuello y vagina.
- Anomalías placentarias.
- Rotura uterina.

Manejo general

- Si el diagnóstico está confirmado (clínicos, signos presentes), la embarazada debe permanecer hospitalizada hasta su parto.
- Explique a la embarazada lo que tiene, los riesgos y qué le va a hacer.
- Coloque a la gestante en posición de Trendelenburg modificada (elevando pies y la cabeza 20 a 30°)
- Controle signos vitales.

- Valore palidez, cianosis, frialdad y humedad en la piel.
- Intente cuantificar la pérdida de sangre colocando una toalla higiénica o pañal perineal e indique a la embarazada que avise cuando sienta la salida de cualquier líquido por la vulva. Observe la toalla higiénica o pañal frecuentemente.
- Evalúe la presentación y posición fetal. Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- Valorar las características de la contractibilidad uterina.
- No efectuar tacto vaginal, ni colocar enema.
- Identifique donantes de sangre.
- Vigilar signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada (CID), como hemorragias en sitios de inyección, epistaxis, encías sangrantes, presencia de púrpura y petequias en la piel.
- Si debe referir asegure que la paciente vaya acompañada, abrigada y en posición de Trendelenburg modificada.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Clasificación de grupo y Rh.
- Hemograma, hemoglobina o hematocrito.

Tratamiento

- Si hay signos de hipotensión y ha tenido hemorragia importante canalice

vena e infunda un suero Rínger 1.000 cc a chorro.

- Si es posible, administre oxígeno húmedo a 4 litros por minuto.
- Refiera de inmediato.

Criterio de referencia

- Ante confirmación o sospecha de placenta previa referir a II ó III nivel urgentemente, según disponibilidad de recurso local (para atención quirúrgica y tratamiento al recién nacido).

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Clasificación de grupo y Rh.
- Hemograma, hemoglobina o hematocrito.

Examen complementario

- Confirme el diagnóstico por ecografía o especuloscopía bajo estrictas medidas de seguridad y solamente en ambiente quirúrgico.

Manejo

- Si el diagnóstico está confirmado, la paciente debe permanecer hospitalizada hasta su parto, independiente si la hemorragia ha cedido con el reposo.
- Controlar diuresis.
- Si la hemorragia ha cedido con el reposo y la embarazada rehúsa continuar hospitalizada, explíquela los

riesgos y la importancia de regresar de inmediato al hospital si vuelve a sangrar.

- Está absolutamente contraindicado el tacto vaginal durante el embarazo. La movilización de cotiledones puede desencadenar una hemorragia incohercible y fatal.
- Durante el trabajo de parto, está permitido el tacto vaginal sólo si la presentación es cefálica y está fija o encajada, y si hay recursos disponibles para una cesárea de urgencia.
- Dé orientación a la mujer y a sus familiares, explique los riesgos y procedimientos que va a efectuar, resuelva las preguntas que planteen.

Tratamiento

- Sin hemorragia y sin trabajo de parto, y antes de 36 semanas:
 - Indique reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. En ocasiones, posición de Trendelenburg, hasta la valoración de la interrupción quirúrgica.
 - Evalúe y haga corrección hemodinámica (suero, transfusión de sangre).
 - Controle signos vitales y latidos cardíacos fetales frecuentemente.
 - Estimule maduración pulmonar de acuerdo a esquema propuesto con dexametasona o betametasona. (Ver protocolo Rotura prematura de membranas.)
- Si tiene trabajo de parto y/o hemorragia en cualquier edad gestacional:

- Prepare inmediatamente para cirugía.
- Canalice vena con bránula o mariposa N° 19 en antebrazo.
- Administre solución Rínger o Fisiológico de 1.000 cc i.v. a 20 ó 40 gotas por minuto.
- Controle signos vitales y latidos cardíacos fetales permanentemente.

Consideraciones

- En inserción baja, con embarazo mayor a 36 semanas, y sólo si no existe hemorragia de magnitud o alteración del bienestar fetal, puede intentarse parto vía vaginal, atendido en quirófano preparado para una cesárea (paciente con anestesia peridural).
- En caso de cesárea, procurar hacer una incisión que no lesione la placenta. Incisión tipo Kerr sólo si no hay trabajo de parto, embarazo cercano de término con placenta posterior.
- Los casos de placentas con inserción anterior, se manejarán en lo posible con incisiones segmento corporales o corporales.

Complicaciones

- Ante la posibilidad de coexistir con placenta ácreta, se debe tener todo dispuesto para histerectomía de urgencia.
- En atonía uterina, administrar Ocitocina por vía parental o infiltración miometral directa.
- En hemorragia incohercible del lecho placentario, histerectomía total.

Criterio de referencia

- Si hay duda diagnóstica y no dispone de recursos complementarios.
- Si el recurso disponible es insuficiente para efectuar el manejo descrito.

Insumos

- Suero Rínger/Fisiológico 1.000 cc.
- Oxígeno.
- Bránula o aguja mariposa N° 19.
- Equipo de venoclisis
- Caja de cesárea / histerectomía.
- Equipo e insumos para epidural.
- Equipo de transfusión/Sangre tipificada.

Bibliografía

- CAVANAGH, EX et al.: *Emergencias em obstetricia*, Ed. Harper & Row do Brasil, 1980
- BENSON, R.: *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos*, Ed. El Manual Moderno, 1989
- BOTERO, U.J. et al.: *Obstetricia y ginecología*, Ed. Carvajal, 1989
- DE FREITAS, F. et al.: *Rotinas em obstetricia*, Ed. Artes Médicas, 1989
- MENDOZA, A.I.: *Gineco obstetricia*, Ed. Manual Moderno, 1992
- SCHWARCZ, S.D.: *Obstetricia*, Ed. El Ateneo. 1990

Información para la mujer sobre

PLACENTA PREVIA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Normalmente la placenta debe ubicarse en el fondo de la matriz; pero en su caso está ubicada muy cerca de su vagina, lugar por donde nace su guagüita. Esta situación le provoca sangrados que pueden ser muy graves y poner en peligro la vida de ambos.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Su problema causa graves sangrados, y esto hace que se debilite causándole anemia. La anemia, además, no permite que su guagüita tenga una alimentación normal y suficiente cantidad de oxígeno dentro su matriz.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le controlaremos su presión arterial y su pulso.
- Le realizaremos un examen general a usted y a su guagüita.
- Le haremos un examen de sangre que servirá para saber su grupo

sanguíneo y el factor Rh.

- Si fuera necesario, le pondremos un suero en la vena de su brazo para reponer su sangre.
- Es importante que repose y que no haga esfuerzos. No debe correr; no debe cargar a sus otros hijos ni levantar cosas pesadas hasta que su guagüita esté lo suficientemente grande para nacer. Es necesario que usted sea atendida en un hospital. La enviaremos allá.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Si es posible le haremos una ecografía y un examen ginecológico. **(Nota:** El profesional de salud debe indicarle en qué consiste este examen, indicándole qué sentirá y preguntándole cómo se siente).
- Si se confirma el diagnóstico de placenta previa, la hospitalizaremos hasta su parto.
- Además, si perdió mucha sangre, le pondremos sangre o un suero en la vena del brazo para que usted se sienta mejor.
- Dependiendo del problema, veremos si es necesario realizar una operación cesárea para terminar el embarazo.

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (Abruptio Placentae)

Definición

Es el desprendimiento parcial o total de la placenta, normalmente implantada en la cavidad uterina, durante la segunda mitad del embarazo (después de las 20 semanas).

Por su evolución, todo desprendimiento placentario antes de las 20 semanas debe ser tratado en el capítulo de aborto.

Factores de riesgo

- Hipertensión inducida por el embarazo (pre-eclampsia/eclampsia).
- Primiparidad.
- Antecedente de desprendimiento placentario en anteriores partos.
- Polihidramnios.
- Cordón corto.
- Trauma externo, generalmente abdominal.
- Descompresión uterina brusca.
- Desnutrición materna.
- Embarazo múltiple.

Riegos maternos fetales

- Hemorragia y choque hipovolémico.
- Sufrimiento fetal agudo y/o muerte fetal.
- Trastornos de la coagulación.
- Muerte materna.

Signos clínicos

- Dolor abdominal (uterino) súbito, severo y persistente.
- La mayoría de las veces, hemorragia genital pequeña o moderada de color rojo oscuro y coágulos.
- Hipotensión gradual y choque.
- Hipertonía uterina.
- Dificultad para auscultar latidos cardiacos fetales.
- Aumento del tamaño uterino (por la hemorragia interna)
- Gran dificultad para reconocer partes fetales.
- Tacto vaginal:
 - Si las membranas están rotas, expulsión de sangre mezclada con líquido amniótico.

- Si las membranas están íntegras: hemorragia genital menos cuantificable.

Diagnóstico diferencial

- Placenta previa.
- Rotura uterina.
- Rotura de vasa previa (vaso previo).

Tratamiento

Manejo

- Confirmado el diagnóstico debe hospitalizarse para cesárea.
- Explique a la embarazada y a sus familiares sobre los riesgos y lo que se va a hacer.
- Coloque a la embarazada en posición de Trendelenburg modificada (levante pies y la cabeza 20 a 30°).
- Controle signos vitales.
- Evalúe la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina si es posible. Evalúe signos de shock: hipotensión, taquicardia, disnea, mareo, confusión, características de la piel.
- Identifique posibles donantes de sangre.
- Vigile signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada (CID), tales como hemorragias en sitios de inyección, epistaxis, encías sangrantes, presencia de púrpura y petequias en la piel.
- Si la embarazada es referida debe ir acompañada, en posición de Trendelenburg modificada, en decúbito lateral izquierdo.

PUESTO DE SALUD, CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Clasificación de grupo y Rh.
- Hemograma, hemoglobina o hematocrito.

Tratamiento

- Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo, administre solución de Rínger lactato 1.000 cc a 40 gotas por minuto y posterior solución fisiológica 1.000 cc a 40 gotas, goteo continuo (chorro).
- Administrar oxígeno húmedo a 4 litros por minuto.
- Refiera de inmediato.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación debe ser derivada inmediatamente al II nivel. Es un cuadro de extrema urgencia

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Grupo y Rh.
- Prueba de coagulación y sangría.
- Retracción del coágulo en tubo.

Examen complementario

- Ecografía obstétrica.

Manejo y tratamiento

- Internación inmediata.
- Explique a la embarazada y familiares sobre riesgos y lo que se debe hacer.
- Confirmado el diagnóstico con feto vivo, cesárea inmediata:
 - Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre solución de Rínger lactato 1.000 cc a 40 gotas por minuto y posterior solución fisiológica 1.000 cc a 40 gotas/minuto (o gota continua cuando se presenta hipotensión).
 - Oxígeno húmedo a 4 litros por minuto.
 - Controle signos vitales permanentemente, especialmente presión arterial.
 - Controle latidos cardíacos fetales.
 - Trasfundir sangre fresca en hipotensión severa o signos de shock.
 - Coloque sonda Foley.
 - Vigilancia de diuresis (más de 35 cc por hora).
- Si el feto está vivo y no hay sangramiento:
 - Amniotomía independiente de la dilatación cervical.
 - Control de dilatación cervical y evolución del trabajo de parto.
 - Si es multípara con cuello borrado y más de 6 cm de dilatación: Dextrosa 500 cc al 5% más 5 unidades de Ocitocina, dosis respuesta.
 - Si la evolución del trabajo de parto

no es efectiva y se presenta sufrimiento fetal agudo: cesárea.

- Ante la presencia de hemorragia genital activa, hipotensión gradual, inminencia de shock o peligro de muerte fetal: cesárea, independiente del tiempo de embarazo.
- Si el feto está muerto y no hay compromiso del estado general materno:
 - Efectúe amniotomía.
 - Si no hay evolución de trabajo de parto: cesárea.
- Si en el post-operatorio se evidencia hipotonía o atonía uterina, administre:
 - Dextrosa 500 cc al 5% más 40 U de Ocitocina a 20 o 40 gotas/minuto.
 - Metilergonovina 0,2 mg i.m. c/8 hr.
 - Sangre fresca, si es posible.

Criterio de referencia

- Si el recurso es insuficiente para el manejo descrito.
- Si hay complicación renal.
- Pacientes que en el post-operatorio presenten signos de hemorragia continua, compatibles con coagulación intravascular diseminada referir al III nivel, con solución de Rínger 1.000 cc a goteo continuo y posterior solución fisiológica 1.000 cc.

Insumos

- Sueros Rínger/Fisiológico de 1000 cc
- Ocitocina 5 UI ampollas.

- Metilergonovina 0,2 mg ampollas.
- Oxígeno
- Venoclisis
- Bránula o aguja mariposa N° 19.
- Sonda Foley / bolsa recolectora.
- Caja cesárea.
- Equipo de transfusión/sangre tipificada

Bibliografía

BOTERO, R. et al.: *Obstetricia y ginecología*, Ed. Carvajal, 1989

DE FREITAS, F. et al.: *Rotinas em obstetricia*, Ed. Artes Médicas, 1989

MENDOZA, A.I.: *Gineco obstetricia*, Ed. El Manual Moderno, 1992

SCHWARCZ: *Obstetricia*, Ed. El Ateneo, 1990

Información para la mujer sobre

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

El problema que tiene usted, es que su placenta se separó de su matriz antes de que su guagüita haya nacido. Esto le está causando gran dolor en su abdomen, hemorragia y problemas respiratorios a su guagüita.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no se trata esta complicación, se pondrán en riesgo la vida suya y la de su guagüita.

Si no se trata inmediatamente este problema, usted puede perder mucha sangre y debilitarse de tal manera que llegue a perder el conocimiento y desmayarse. Asimismo, su guagüita puede asfixiarse dentro de su matriz. Si dejamos pasar mucho tiempo, no podremos solucionar esta complicación tan delicada.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento: Para I nivel

- Le tomaremos la presión arterial, la temperatura y el pulso.
- Le realizaremos exámenes de sangre y clasificaremos su grupo sanguíneo y factor Rh.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla y la enviaremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Si su guagüita no está sufriendo dentro de su matriz, y observamos que usted no presenta hemorragia, le ayudaremos a tener su parto por la vía normal.
- Controlaremos rigurosamente su estado de salud y el de su guagüita; y si surgiera algún problema, procederemos a realizarle una operación cesárea. (**Nota:** referirse a protocolo de cesárea.)
- Si es necesario, le pondremos sangre.

Rotura Uterina

Definición

Es una complicación que se produce como consecuencia de un desgarro supracervical del cuerpo uterino, previamente intacto o de una cicatriz uterina antigua.

Ocurre frecuentemente en el último trimestre del embarazo o en el parto. Es la complicación más peligrosa de este período.

Clasificación

- Completa: Cuando ocurre a través de las tres capas musculares.
- Incompleta: Cuando ocurre a través del endometrio y miometrio.

Factores de riesgo

- Cicatriz de cirugías uterinas.
- Malformaciones uterinas.
- Gran multiparidad.
- Estrechez pelviana o desproporción fetopélvica.
- Procesos infecciosos en el útero.
- Legrados repetidos.
- Embarazo múltiple.
- Trabajo de parto prolongado y abandonado (parto domiciliario)

- Presentaciones distócicas.
- Ingesta de pujantes y ergonóvnicos (parto domiciliario).
- Iatrogenia medicamentosa, inducto-conducciones mal manejadas.
- Traumatismos obstétricos (maniobra de Kristeller, versión interna, externa, fórceps, extracción manual de placenta).

Riesgos maternos y fetales

- Cuadro de abdomen agudo (hemorragia interna)
- Choque hipovolémico
- Muerte materna y fetal

Signos clínicos

Inminencia de rotura

- Inquietud y ansiedad por dolor intenso e hipertensión uterina.
- Segmento uterino distendido, doloroso.
- Presencia de contracción anómala en el útero, anillo de Bandl.
- Útero deformado, en ocho o reloj de arena.

- Segmento uterino distendido, doloroso.
- Usualmente hematuria.
- Al tacto vaginal, cuello edematizado, no se encuentran signos de trabajo de parto o parto.
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Rotura uterina consumada

- Brusca desaparición de la contractilidad uterina.
- Dolor súbito, espontáneo e intenso en región abdominal.
- La mayoría de las gestantes presentan inquietud, taquicardia y angustia.
- Sufrimiento fetal agudo o desaparición brusca de la frecuencia cardíaca fetal.
- Partes fetales palpables en cavidad abdominal.
- Al tacto vaginal:
 - La presentación asciende, no se toca y se torna libre, asciende a cavidad.
 - Cuello edematizado.
- La revisión vaginal de cavidad uterina confirma rotura.
- Hemorragia genital variable, habitualmente intensa.
- Signos de anemia aguda, hipotensión acentuada, taquicardia imperceptible, disnea, mareos, sudoración, pérdida del conocimiento.
- Choque hipovolémico y muerte.

Diagnóstico diferencial

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Placenta previa.
- Lesiones traumáticas de cuello y vagina.

Manejo

- Explique a la mujer y a sus familiares los riesgos y procedimientos que se deben realizar.
- Canalice vena y mantenga vía.
- Instale sonda Foley.
- Vigile diuresis.
- Controle signos vitales permanentemente.
- Controle latidos cardíacos fetales.
- Identifique donantes de sangre.
- Si debe referir, hágalo de inmediato. La paciente debe ir acompañada, abrigada, en posición de Trendelenburg y con el tratamiento iniciado

Tratamiento preventivo

- Durante el embarazo identifique y examine pacientes con factores de riesgo. Advértales sobre el riesgo y recomiende el parto institucional y profesional.
- Referir oportunamente al nivel II las embarazadas con: desproporción fetopélvica, trabajo de parto prolongado, situación anormal del feto, cesárea anterior.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Canalice vena con bránula o aguja mariposa N° 19 en antebrazo, administre Solución Rínger 1.000 cc a goteo continuo (chorro) y posteriormente Solución Fisiológica 1.000 cc, igual.
- Refiera de inmediato.

Criterio de referencia

- Ante la sospecha de inminencia o rotura, derivar de inmediato a II ó III nivel. Es un cuadro grave con riesgo de muerte materna.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Grupo y Rh.
- Pruebas de coagulación y sangría.
- Retracción del coágulo.

Manejo y tratamiento

- Realíce ecografía obstétrica y abdominal.
- Transfundir sangre fresca en hipotensión severa o signos de shock e histerectomía.
- Cesárea inmediata (el shock no debe posponer la cirugía).
- Oxígeno húmedo 4 litros por minuto.
- En caso de mujer joven y sin hijos,

evaluar posibilidad de conservar el útero según profundidad y extensión de la rotura.

- Ante grandes hematomas retroperitoneales o sangrado incohercible, ligar las arterias hipogástricas.

Criterio de referencia

- Ante complicaciones maternas o del perinato que requieran para su manejo un nivel de atención de mayor complejidad.

Insumos

- Suero Rínger / Fisiológico 1000 cc
- Oxígeno.
- Sonda Foley / bolsa recolectora.
- Venoclisis.
- Bránula o aguja mariposa N° 19.
- Caja cesárea / histerectomía.

Bibliografía

CAVANAGH, D. et al.: *Emergencias em obstetricia*, Ed. Harper & Row do Brasil, 1980

BENSON, R.: *Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos*, Ed. El Manual Moderno, 1989

BOTERO, U.J. et al.: *Obstetricia y ginecología*, Ed. Carvajal, 1989

DE FREITAS, F. et al.: *Rotinas em obstetricia*, Ed. Artes Médicas, 1989

MENDOZA, A.I.: *Gineco obstetricia*, Ed. Manual Moderno, 1992

SCHWARCZ, S.D.: *Obstetricia*, Ed. El Ateneo, 1990

Información para la mujer sobre

ROTURA UTERINA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una complicación grave. Su matriz sufrió un desgarro. Esto le causa dolor y hace que se sienta inquieta y angustiada.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Como usted puede ver, esta complicación le está produciendo una hemorragia grave que sólo puede ser detenida a través de una operación quirúrgica. Esta operación debe ser realizada para salvar la vida de usted y su guagüita (si está viva)

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso y

controlaremos los latidos del corazón de su guagüita antes de la operación.

- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para administrarle algún medicamento y la enviaremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada ésta)

- Le realizaremos un examen de sangre, clasificación de su grupo sanguíneo y factor Rh.
- Le lavaremos el abdomen con agua tibia, jabón y desinfectante.
- En caso de ser necesario, le pondremos sangre.
- Le realizaremos una operación cesárea para solucionar su problema.

***Protocolos
de Atención
del Parto***

Atención de Parto de Bajo Riesgo

Definición

Parto es la expulsión del feto (mayor a 500 gramos) por vía vaginal, después de cumplidas las 22 semanas de gestación. Es de *bajo riesgo* cuando el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación, y donde no se han detectado factores intercurrentes que puedan alterar su acontecimiento normal o fisiológico. Es *espontáneo* cuando en su iniciación no han intervenido agentes externos, en caso contrario se denomina *provocado* o *inducido*.

Tareas

- La atención del parto tiene tareas, que deben cumplirse durante los diferentes períodos del trabajo de parto:
 - Durante el período de dilatación.
 - Durante el período expulsivo.
 - En el alumbramiento.
 - En el puerperio inmediato.
 - En el puerperio mediato.

ATENCIÓN DE LA USUARIA A SU INGRESO AL SERVICIO (EN TRABAJO DE PARTO)

Objetivo

- Detectar riesgos y determinar las mejores condiciones de ingreso de la embarazada que favorezcan un parto eutócico, y una madre y un recién nacido sanos.

Acciones

- Explique a la embarazada y a sus familiares los procedimientos que realizará y los hallazgos o riesgos que encuentre.
- Brinde el apoyo psicológico necesario y la orientación respectiva al inicio de la atención - a la llegada de la embarazada al establecimiento -.
- Revise la Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal. Si la embarazada no tuvo control prenatal, evalúe la necesidad de solicitar exámenes de laboratorio (orina, hemoglobina, VDRL y Grupo Rh).

- Realice una cuidadosa anamnesis preguntando sobre:
 - Fecha de última menstruación.
 - Inicio de las contracciones.
 - Si hubo rotura de membranas
 - Hemorragia.
 - Si se perciben los movimientos fetales.
- Efectúe inspección clínica general (color de piel, mucosas, hidratación, aspecto general).
- Tome la presión arterial según técnica.
 - Si encuentra hipertensión, ver el protocolo de Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Si encuentra hipotensión, buscar la causa específica, y descartar la presencia de hemorragia y o choque hipovolémico.
 - La presencia de taquicardia y el aumento de la temperatura se asocia con riesgo de infección. (Ver protocolos de Infección obstétrica).
- Realice examen obstétrico:
 - Explique bien a la embarazada lo que va a realizar.
 - Procure que sus manos estén tibias.
 - Si tiene antecedentes de cesárea anterior, revise condición de la cicatriz.
 - Palpación abdominal:
 - Realice las maniobras de Leopold para determinar situación y presentación fetal.
- Estime peso fetal.
- Número de fetos.
- Cantidad de líquido amniótico. Grado de encajamiento.
- Valore la viabilidad de la pelvis para el tamaño fetal (proporción feto pélvica).
- Ausculte la frecuencia cardiaca fetal según técnica
- Mida la altura uterina según técnica
- Relacione la edad gestacional con la altura uterina y evalúe el crecimiento fetal, descarte retardo de crecimiento intrauterino (la situación transversa altera esta interpretación).
- Ante sospecha de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), embarazo múltiple o presentación anormal, determine la capacidad resolutive disponible para valoración de las causas y manejo de ellas y, si es insuficiente, refiera al nivel de mayor complejidad.
- Control y evaluación de las contracciones uterinas:

Si hay hiperdinamia, indique:

 - Posición de decúbito lateral izquierdo.
 - Uteroinhibición con tocolíticos.
 - Controlar la dinámica uterina.
 - Oxígeno 3 litros/minuto por máscara.
 - Controlar latidos fetales.
 - Identificar la causa; si persiste, evaluar capacidad resolutive para su manejo; si es insuficiente, derivar al nivel de mayor complejidad.

— Efectúe tacto vaginal cuidadoso y delicado según técnica y evalúe:

- Dilatación y borramiento cervical.
- Variedad de presentación.
- Variedad de posición fetal.
- Estado de las membranas ovulares.
- Grado de descenso y encajamiento de la presentación.
- Viabilidad del canal del parto (estrechez, asimetría, presencia de tumores, bridas). Pelvimetría interna.

(Descarte la presencia de hemorragia genital por placenta previa, antes de realizar el tacto. No realice tactos frecuentes cuando existe bolsa rota).

— Si encuentra una o más de las siguientes situaciones, evalúe si dispone de capacidad resolutoria para su manejo, y si es insuficiente, refiera al nivel de mayor complejidad:

- Detecta algún factor de riesgo.
- Embarazo menor a 37 semanas.
- Presentación fetal anormal.
- Distocia de posición.
- Pelvis estrecha o asimétrica.
- Desproporción feto-pelvica evidente o sospechosa.
- Rotura prematura de membranas de más de 6 horas o con signos de infección.
- Tabiques vaginales u obstáculos en el canal del parto.
- Prolapso de cordón.

— Determine la mejor oportunidad para hospitalizar a la embarazada.

- Si es pretérmino y en trabajo de parto establecido, evalúe si dispone de condiciones para su manejo; si son insuficientes, derive al nivel de mayor complejidad.

- Si es de término, establezca si el trabajo de parto se ha iniciado:

- Si constata 2 o más contracciones uterinas en 10 minutos en períodos regulares (durante los últimos 60 minutos).

- Si presenta una dilatación cervical igual o mayor a 2 cm (con cuello blando en proceso de borrarse y centrarse).

- Evalúe las condiciones de accesibilidad geográfica. Estime los riesgos de enviarla a su casa.

— Si es necesario, observe progreso de la dilatación y dinámica en 2 horas para confirmar diagnóstico.

— Considere que las primíparas acuden prontamente con falso trabajo de parto, evite internaciones y gastos innecesarios a la embarazada.

Prepare a la embarazada para el parto:

— Durante la preparación de la embarazada es muy importante:

- Que el personal de salud busque el equilibrio entre las medidas higiénicas adecuadas y lo que la embarazada prefiera según su cultura.

- Asegure el respeto a los valores sociales y culturales. Esto favorecerá la evolución del trabajo de parto, más

que la estricta observancia de medidas higiénicas.

- La orientación constante sobre los procedimientos que va a efectuar y un ambiente de confianza favorecerá una actitud de cooperación entre la embarazada y el equipo de salud.
- Estimule la participación del esposo u otros familiares para que acompañen a la embarazada durante el trabajo de parto y parto.
- Procure que la embarazada orine y obre espontáneamente.
- Efectúe o asegure aseo abdominal perineal con agua tibia y jabón (pregunte si ella misma se lo quiere hacer, y de las indicaciones). La tricatomía (rasurado de genitales) es innecesaria e incluso aumenta el riesgo de infección.

ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN

Objetivo

- La atención del período de dilatación procura:
 - Promover la evolución fisiológica del trabajo de parto.
 - Promover la participación activa de la mujer y su marido o sus parientes que la acompañan.
 - Identificar precozmente la aparición de factores de riesgo.

- Lograr un parto en las mejores condiciones psíquicas y físicas maternas y fetales.

Acciones

- Apoye a la embarazada en los siguientes aspectos:
 - Identificar sus necesidades, dudas, temores y orientar la información basándose en éstos.
 - Conocer cuál es la posición que ella prefiere para tener su parto y procurar satisfacerla.
 - Motivar su participación activa y la de su pareja o grupo familiar que la acompaña, haciéndolos partícipes de las modificaciones fisiológicas que ocurren, y solicitando el continuo apoyo psicológico a la embarazada.
 - Estimular la ambulación de la embarazada durante el período de dilatación. Si la madre escoge estar en cama, es preferible la posición en decúbito lateral izquierdo para prevenir la aparición de hipotensión materna e hipoxia fetal (síndrome supino-hipotensivo).
 - Proporcionar la cantidad suficiente de líquidos a tomar, preferentemente azucarados, para disminuir el riesgo de deshidratación por la actividad física e hiperventilación, y prevenir la hipoglucemia neonatal secundaria.
 - Dar las facilidades para que la embarazada pueda vaciar su vejiga cada 2 horas y eliminar las deposiciones espontáneamente de acuerdo a sus necesidades, señalándole que esto facilita el trabajo de parto.

- Transmitir la información en lenguaje apropiado a las características socioculturales de la embarazada, asegurando el respeto por parte del equipo de salud de sus condiciones y valores.
- Evalúe el progreso de la dilatación y descenso de la presentación. Antes de realizarlo, explique a la mujer lo que va a hacer. Recuerde hacer el examen despacio y suave.
- Evalúe las modificaciones cervicales por tacto vaginal, cada 2 horas en primíparas o cada hora en multíparas (la frecuencia / horario indicada dependen de la dinámica uterina y la paridad).
- Si las membranas están rotas, evite hacer tactos y así evitar infecciones sobreagregadas.
- Registre todos los datos en el partograma (Anexo 2) y tome las decisiones de acuerdo a la evolución del trabajo de parto.
- Si la evolución del trabajo de parto es más lenta que lo esperado, según las condiciones de la embarazada, identifique la causa, evalúe capacidad resolutive disponible para corregirla anomalía y, si es insuficiente, refiera al nivel de mayor complejidad.
- Controle signos vitales (pulso, respiraciones, presión arterial, temperatura cada 4 horas) y registre.
- Ausculte la frecuencia cardíaca fetal según técnica.
- Controle y evalúe la duración, intensidad y frecuencia de las contraccio-

nes uterinas. Registrar en el partograma.

ATENCIÓN DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO

Objetivo

- Apoyar psicológica y físicamente a la embarazada en un ambiente adecuado para un parto y alumbramiento normal.

Acciones

- Procure una temperatura adecuada (25 °C ó +) en la sala de partos.
- Si está separada el área de pre-parto del área de parto, traslade a la embarazada; si es primípara, cuando tenga dilatación completa; y si es multípara, cuando tenga 8 cm.
- Motive la participación de su marido u otro familiar que la acompañe en la sala de partos.
- Procure que la embarazada puje espontáneamente durante la expulsión fetal (cuando sienta la necesidad de hacerlo). Oriente el pujo con respiraciones y una actitud afectuosa.
- Posición de la embarazada:
 - Permita que ella elija la posición, según su comodidad, costumbre y cultura. Adaptar si es posible la mesa ginecológica a su elección. Debe evitarse, de todos modos, la clásica posición horizontal con las piernas colgando o atadas a nivel del tobillo,

especialmente si el parto está cursando un desarrollo normal.

- Puede optar entre:
 - Semisentada con un ángulo de 120 grados y apoyando los pies.
 - Sentada con un ángulo de 90 grados.
 - De cuclillas.
 - Semiparada apoyada sobre una mesa.
 - De rodillas.
- Prepare instrumental, guantes y campo estéril.
- Efectúe lavado minucioso de sus manos.
- Efectúe aseo del periné de la embarazada con agua tibia que escurra sobre los genitales y entreabriendo ligeramente los labios mayores.

— Episiotomía:

- No debe ser un procedimiento de rutina.
- Realice episiotomía solamente en las pacientes que no presenten un periné elástico donde existe riesgo de desgarros y/o excesiva compresión de la cabeza fetal. Antes de seccionar el tejido, infiltre 5 a 10 cc de anestésico (Marcaine o Xilocaina).

— Desprendimiento de la presentación:

- Vigile y controle el avance de la presentación manteniendo su flexión, hasta que la circunferencia suboccipito-bregmática haya pasado la vulva distendida.

- Instruya a la madre para que no puje en ese momento.

- Controle el desprendimiento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la deflexión se produzca lentamente, favoreciendo la distensión progresiva de los tejidos del canal blando, evitando así desgarros.

- Simultáneamente, efectúe protección del periné, apoye la mano derecha extendida con un apósito sobre el periné. Acerque hacia el rafe medio los tejidos laterales del periné, frunciéndolos para disminuir la tensión. Pedir a la madre que puje suavemente.

- Asegure que el desprendimiento de la frente, cara y mentón sea lentamente para prevenir hemorragias cerebrales en el recién nacido.

- Observe si hay circular de cordón ajustada al cuello; de ser así, debe reducirse por deslizamiento por encima de la cabeza. Si está muy apretada, se debe pinzar el cordón inmediatamente con dos pinzas Kocher y seccionar entre ellas.

- Después de la rotación interna que realiza el feto por su cuenta, tome la cabeza con ambas manos, por los parietales; traccione suavemente hacia abajo hasta desprender el hombro anterior del pubis, y luego hacia arriba para desprender el hombro posterior. El resto del cuerpo se desprende fácilmente. Sostenga al recién nacido para evitar que salga con brusquedad.

Atención del recién nacido:

- Coloque al recién nacido en plano oblicuo apoyándolo sobre su brazo con la cabeza ligeramente más baja que el resto del cuerpo, facilitando la salida espontánea de secreciones oro-nasales.
- Mantenga al recién nacido en nivel más bajo que su madre.
- Seque la cara, boca y fosas nasales.
- A los segundos de nacido o cuando el cordón deje de latir, píncelo con una Kocher (pinza) a 10 o 15 cm de su inserción en el abdomen del recién nacido; exprima la sangre del cordón en relación distal y pince con otra a 3 cm en relación distal a la anterior. Corte entre ambas pinzas. Ligue el cordón en la sala de partos o de recién nacidos.
- Seque y abrigue al recién nacido.
- Póngalo en contacto con el seno materno para iniciar en forma precoz la lactancia materna (asegure que la madre acomode bien a su hijo). Este paso favorece una mayor producción de leche materna, estimula afectivamente al recién nacido y mejora la involución del útero.

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Objetivo

- Asegurar la expulsión completa de la placenta y anexos mediante el proceso fisiológico de desprendimiento, o el

manejo activo del alumbramiento.

Consideraciones

- Estudios clínicos han demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce el tiempo, la pérdida de sangre, el riesgo de hemorragia grave y la necesidad de transfusión activa.

Las 10 UI de oxitocinas requeridas son provistas por el SUMI, en 2 amp. de 5 UI y la jeringa correspondiente para cada parto vaginal.

Acciones

Consiste en la administración de 10 UI de oxitocina intramuscular, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

El manejo activo del alumbramiento será aplicado también en los partos a domicilio atendidos por personal de salud.

- Cuando la persona que atiende el parto no está adiestrada para realizar las maniobras del manejo activo del alumbramiento (tracción del cordón umbilical) de todas maneras administrará las 10 UI de oxitocina requeridas para el procedimiento.
- Cuando la embarazada solicite o acepte que se le entregue la placenta, esta deberá ser entregada en la misma sala de parto y a la vista de la parturienta.
- Al presentarse la placenta, sosténgala con una mano bajo el periné, elevando el útero hacia la sínfisis pubiana con la otra. Puede facilitar la salida de la placenta desprendida

- retorciendo, sin traccionar, la placenta sobre su eje hasta la salida total de las membranas.
- Verifique la formación del globo de seguridad de Pinard que indica una buena retracción uterina.
 - Estime el volumen de sangre perdida en el alumbramiento en la forma más acuciosa posible. La metrorragia del alumbramiento habitualmente no supera los 350 cc.
- Examen de la placenta y membranas:
- Examine cuidadosamente la placenta, primero por su cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna. Colocándola sobre una superficie plana, asegure que no le falte un cotiledón. Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica.
- Sutura de la episiotomía o desgarrros:
- Explique bien a la puérpera lo que va a realizar.
 - Efectúe un aseo con solución desinfectante no irritante en el periné.
 - Cambie la ropa del campo y guantes si está contaminada (deposición).
 - Haga una revisión minuciosa del periné y corrobore su indemnidad.
 - Si hay desgarrros o hizo episiotomía y no aplicó anestesia local para la sección, hágalo ahora, infiltrando en el tejido subdérmico de ambos bordes de la episiotomía 5 cc de solución (Marcaine o Xilocaína).

- Se debe realizar por planos con catgut 0 ó 00.
 - Se empieza por el ángulo de mucosa vaginal. Se realizan puntos separados o surget continuo pasado, evitando dejar espacios muertos.
 - Alcanzado el periné, se afronta el plano muscular con puntos separados, observando que se haga total hemostasia. Luego se suturan puntos separados en piel.
 - Si utilizó un taponamiento vaginal, no olvide retirar la compresa.
- Aseo vulvo-perineal con solución desinfectante no irritante. Coloque un apósito estéril.
- Controle signos vitales, retracción uterina y metrorragia.

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO (2 horas después del parto)

Objetivo

- Vigilar el proceso fisiológico de retracción uterina y prevenir hemorragia.
- Este período del parto es de mayor riesgo de hemorragia debido a:
 - Atonía o inercia uterina (no se contrae).
 - Retención de restos placentarios.
 - Desgarros cervicales y vaginales.
 - Puntos sangrantes en episiotomía.
 - Rotura uterina.

Acciones

- Traslade a la puérpera junto con su recién nacido a una cama que le permita adoptar una posición confortable y pueda descansar y estar junto a su recién nacido.
- Asegure que la puérpera este suficientemente abrigada e hidratada.
- La puérpera debe permanecer bajo estricta vigilancia durante las 2 primeras horas después del parto.
- Efectúe los siguientes controles en la puérpera cada 30 minutos o con mayor frecuencia si hay algún riesgo:
 - Control de signos vitales
 - Control de signos generales (color, calor y humedad de la piel, grado de consciencia y coordinación con el ambiente, sensación de bienestar y confort).
 - Control de retracción uterina (formación del globo de seguridad de Pinard) y hemorragia genital observando y midiendo la cantidad de los loquios en los paños o apósitos.
 - Vigilar episiotomía, si se realizó (observar si hay formación de hematomas).
- Si se practica el alumbramiento activo no es necesario, caso contrario se recomienda tratamiento profiláctico de inercia uterina con venoclisis de 10 - 20 unidades de ocitocina en 500 ml de solución fisiológica en casos de:
 - Exceso de volumen fetal.
 - Parto gemelar.
 - Polihidramnios.

- Gran múltipara.
- Trabajo de parto prolongado.
- Si ha usado medicamentos para inhibir la contracción uterina".
- Si hay hemorragia:
 - Inicie venoclisis con suero Rínger lactato.
 - Identifique rápidamente el origen del sangramiento e inicie tratamiento (ver protocolos *Hemorragias del parto*).
 - Si es atonía, haga masaje para estimular su contracción y salida de coágulos.
- Evalúe la capacidad resolutive disponible para el adecuado manejo de la complicación; si es insuficiente, derivar al nivel de mayor complejidad. con las medidas indicadas para referencia.

ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO (De 2 a 48 horas post-parto)

Objetivo

- Vigilar la evolución fisiológica del puerperio, detectar y tratar oportunamente las complicaciones.

Acciones

- Si no tiene complicaciones, traslade a la puérpera a la sala de alojamiento conjunto con su recién nacido.
- Fomente el inicio de la ambulación lo más precozmente posible.

- Inicie prontamente la alimentación (régimen completo si no hay complicaciones). Asegure buena hidratación.
- Fomente la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto. Explique la importancia del calostro. Los beneficios para mantener el tono del útero.
- Observe:
 - Estado general de la puérpera.
 - Estado de extremidades inferiores.
 - Control de signos vitales.
 - Diuresis y eliminación de deposiciones.
 - Altura, consistencia y sensibilidad del útero.
 - Cantidad y características de los loquios.
 - Estado del periné y suturas.
 - Estado de las mamas (examen de pezón, pesquisa de grietas). Verifique iniciación de lactancia.
- Observe estado del recién nacido (ver protocolo *Cuidados y valoración del recién nacido*).
- Dé orientación para motivar el precoz y regular aseo general de la puérpera, por ella misma o con ayuda de familiares o personal de salud.
- Efectúe aseo genital con solución antiséptica no irritante por lo menos 2 veces al día, especialmente si no se levanta.
- Haga curación de episiotomía si se realizó y está indicado.
- Indique vitamina A 200.000 UI v.o. (dosis única). Si el parto ha sido do-

miciliario, indique en el primer contacto que tenga con la puérpera.

- Dé indicaciones claras al alta o egreso sobre:
 - Como debe hacerse la higiene para evitar infecciones.
 - Alimentación e hidratación para favorecer su recuperación y lactancia.
 - Indicación de sulfato ferroso para prevenir o solucionar la anemia postparto.
- Dé orientación sobre signos de complicación en ella y su recién nacido y la importancia de acudir al establecimiento lo más pronto posible.
- Refuerce la orientación sobre espaciamiento intergestacional mayor a 36 meses. (Anticoncepción), Informe sobre cuándo y dónde debe acudir si desea un método anticonceptivo.
- Aliente a la madre a asistir a los controles de puerperio y de crecimiento y desarrollo del recién nacido y al cumplimiento de los esquemas de vacunación.

Material y equipo

- Pinard o estetoscopio obstétrico.
- Equipo completo para atención de parto (pijamas, ropa, instrumental, material).
- Oxitocina 10 UI (2 Amp).
- Xilocaína sin epinefrina al 2%
- Jeringas.
- Equipo de episiotomía.

- Pera de goma.
- Ambú con máscara adulta e infantil.
- Oxígeno.
- Lámpara de calefacción para el recién nacido.

Bibliografía

Manual de Técnicas y Procedimientos Obstétricos y Perinatales. UMSA – MSPS MotherCare Bolivia. Stampa Gráfica Digital 1998; pp. 49-148.

Información para la mujer sobre

ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO

Para I y II nivel

A la ayuda y cuidado del nacimiento de la guagüa se le llama atención de parto.

Usted sabrá que ha empezado su parto normal cuando:

- Sienta contracciones, es decir, endurecimiento de la barriga con dolores frecuentes, que se repiten dos o más veces cada 10 minutos.
- Cuando vea salir de sus partes flemas con manchas de sangre (la seña o tapón mucoso).
- Cuando salga un líquido transparente por sus partes, que será porque se le rompió la bolsa en la cual se encuentra su guagüita.

Durante la admisión al servicio:

- Le haremos preguntas para que nos cuente lo que ha sucedido hasta el momento.

- Le tomaremos su presión.
- Veremos si su pulso y la temperatura de su cuerpo están normales.
- Le realizaremos un examen, tocándole la barriga para saber:
 - Cómo está ubicada su guagüa.
 - De qué tamaño es su guagüa.
 - Si el tamaño de su cadera permitirá que su guagüa nazca por sus partes.
 - Si la cabeza de su guagüa ya está descendiendo.
- Escucharemos los latidos del corazón de su guagüita para asegurar que esté bien durante el parto.
- Le realizaremos un tacto vaginal para examinar cómo está avanzando la dilatación.
- Controlaremos la frecuencia de sus contracciones.

- La prepararemos para su parto, y le pediremos:
 - Que haga sus necesidades espontáneamente (orín, caca), para facilitar el parto.
 - Le haremos un aseo de sus partes con agua tibia y jabón; esto ayudará a evitar infecciones.
- Cada cierto tiempo anotaremos el proceso de la dilatación de sus partes.
- Usted podrá elegir en qué posición quiere tener a su guagüita.
- Cuando su dilatación se complete, empezará a sentir deseos de pujar. Puje solamente en estos momentos para evitar cansarse antes de que nazca su guagua.
- Cuando nazca su guagüita:
 - La secaremos con una toalla.
 - La abrigaremos.
 - La pondremos a su pecho para que empiece a mamar. Con esto, usted tendrá una mayor producción de leche, ayudará a que expulse la placenta y se contraiga su matriz normalmente; le evitará hemorragias, y hará que tenga una buena relación afectiva con su guagüa.
- Le pondremos una inyección en la nalga para que salga rápido la placenta completa y no pierda

mucha sangre. Si usted desea, se la entregaremos en una bolsa.

- La observaremos en la sala de partos un par de horas, y le haremos un masaje en su matriz para evitar hemorragias. Luego la llevaremos a su cama junto con su guagüita para que usted la atienda y le dé de lactar frecuentemente, y que así después tenga usted la suficiente cantidad de leche que necesita su guagüa.
- Cuando usted ya se sienta bien, usted deberá caminar un poco. Le daremos alimentación completa, y realizaremos sus controles médicos, le informaremos sobre planificación familiar y sobre los cuidados con su guagüa.

Indicaciones Generales:

- Podrá tomar agua o jugos con azúcar durante el proceso del Parto.
- Podrá caminar durante las contracciones, y compartir esos momentos con su pareja, familia y/o partera.
- Podrá contar en la sala de parto con la compañía de su pareja, familiar y/o partera.
- No debe tomar ningún medicamento, te o maté para apurar el parto artificialmente.

Trabajo de Parto Prolongado

Definición

Es el trabajo de parto activo, con duración mayor a 12 horas para primíparas y 8 horas para múltiparas.

Factores de riesgo

- Polihidramnios.
- Embarazos múltiples.
- Macrosomía fetal.
- Desproporción feto pélvica.
- Distocia de presentación o situación fetal.
- Hipodinamia uterina.
- Agotamiento materno (deshidratación).
- Vejiga llena.

Complicaciones

- El trabajo de parto prolongado puede producir:
 - Sufrimiento fetal agudo.
 - Muerte fetal.
 - Agotamiento físico y psicológico de la madre.
 - Deshidratación materna y alcalosis respiratoria.

- Hemorragia materna (rotura uterina, inercia uterina).

Signos clínicos

- La dilatación progresa a menos de 1 cm por hora en la fase activa (de 3 a 10 cm).
- Duración aproximada del trabajo de parto: 12 horas en primípara y 8 horas en múltiparas.

Manejo

- Asegure la información y apoyo a la embarazada para disminuir la tensión, ansiedad y miedo.
- Estimule y aliente la cooperación activa de la madre y sus familiares.
- Asegure un buen vaciamiento vesical.
- Investigue la dinámica uterina e identifique la causa que impide las contracciones regulares y efectivas.
- Valore el estado de agotamiento materno por alteraciones hidroelectrolíticas (deshidratación) y el estado fetal.
- Controle frecuencia cardiaca fetal después de cada contracción durante 10 min cada 1/2 hora.

- Identifique presencia de factores de riesgo.
- Evalúe recursos disponibles y necesidad de referir.
- Si refiere:
 - Informe a la embarazada y sus familiares sobre la causa y el lugar de referencia.
 - Tranquilice a la embarazada y brinde información completa y clara.
 - Embarazada en posición decúbito lateral izquierdo mientras es referida.
 - Acompañe a la embarazada con personal preparado para la atención de parto.
- Registre diagnóstico y tratamiento efectuado.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Refiera de inmediato al Centro de Salud u Hospital de Distrito según los recursos disponibles.
- Antes de referir:
 - Canalice vena para hidratación 500 cc de suero fisiológico o Rínger.
 - Estimule a la embarazada a vaciar su vejiga espontáneamente.
 - Si las membranas están rotas más de 6 horas, inicie tratamiento con Ampicilina 500 mg i.m. (después continúe con 500 mg v.o. cada 6 horas).

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación de trabajo de parto prolongado.
- Ante sospecha o confirmación de presencia de factores de riesgos.

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Si en el partograma la curva de dilatación sobrepasa la curva de alerta, referir de inmediato (excepto si hay más de 8 cm y/o pujos).
- En cualquier caso que la curva de dilatación en el partograma de la paciente sobrepase la curva de alerta, debe revalorar las condiciones fetomaternas.
- Revalore:
 - Condiciones de la pelvis (desproporción céfalo pélvica).
 - Tamaño fetal (macrosomía).
 - Evalúe la presentación y la variedad de posición.
 - Detecte variedad posterior persistente.
- Refiera si sospecha o confirma factor de riesgo agregado.
- Si la curva de dilatación en el partograma de la embarazada presenta una tendencia que sobrepasa la curva de alerta durante 2 controles horarios:
 - Con 7 cm o más:
 - Presentación normal y membranas

integras, proceda a efectuar rotura artificial de membranas (RAM).

- Si no progresa, refiera al II nivel de atención.
- Si las membranas están rotas y la presentación es anormal, refiera.

Menos de 7 cm:

- Refiera al II nivel de atención.
- Antes de referir siga mismas instrucciones indicadas para el Puesto de Salud.

Criterio de referencia

- Si el partograma refleja curva de dilatación que sobrepase la curva de alerta o de acción.
- Antes, si sospecha o confirma factor de riesgo agregado.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento

- En cualquier caso que la curva de dilatación en el partograma de la embarazada sobrepase la curva de alerta, debe revalorar las condiciones feto maternas.
- Revalore:
 - Condiciones de la pelvis (desproporción céfalo pélvica).
 - Tamaño fetal (macrosomía).
 - Evalúe la presentación y posición fetal.
 - Detecte variedad posterior persistente.

- Si la curva de dilatación en el partograma de la embarazada presenta una tendencia que sobrepasa la curva de alerta durante 2 controles horarios:

Con 7 cm o más:

- Presentación normal y membranas íntegras, proceda a efectuar rotura artificial de membranas (RAM), observe el líquido y realice la prueba de parto según técnica.

Menos de 7 cm:

- Con membranas rotas y/o presentación anormal y/o sufrimiento fetal o Dips atribuidos a circular apretada del cordón, realice cesárea.
- Si en el partograma la curva de dilatación sobrepasa la línea de acción:
 - Evalúe condiciones obstétricas; si no está con dilatación avanzada (más de 8 cm), vea la posibilidad de realizar cesárea.
- Sólo si existe alteraciones en la dinámica uterina refiérase al protocolo de *inducto conducción del trabajo de parto (prueba de parto)*.
- Hidratación con 1000 cc de suero fisiológico o Rínger lactato.
- Si las membranas están rotas más de 6 horas, administrar Ampicilina 1g i.v. por una vez y continuar con 1 g cada 6 horas v.o.

Criterio de referencia

Si no hay disponibilidad de recursos para el manejo adecuado de la embarazada y el recién nacido (riesgo de hemorragia materna e hipoxia neonatal) refiera al nivel de mayor complejidad.

Información para la mujer sobre

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Su parto está demorando más de lo esperado; su dilatación es muy lenta.

Si es posible, explique las causas de este problema.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Su guagüita podría tener problemas después del nacimiento. Asimismo, usted puede agotarse y deshidratarse de tal manera que no podrá ayudar al nacimiento de su guagüa. Hay riesgo de que usted tenga una fuerte hemorragia.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Vamos a examinarla para ver por qué se ha retrasado su parto.

- Le pediremos que vuelva a vaciar su vejiga para que tenga más espacio y ayude a que nazca su guagua.
- De acuerdo a lo que se diagnostique, la acompañaremos a un servicio más especializado para saber a qué se debe la tardanza de su parto.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Para ayudarla a que tenga su parto, le pondremos un suero con medicamentos que mejorarán la fuerza de sus contracciones, y romperemos la bolsa de las aguas para que su bebé pueda salir.
- Si esto no resulta y el bebé tiene riesgos de sufrir, o está sufriendo le realizaremos una operación cesárea. (**Nota:** Referirse al protocolo correspondiente.)

Parto Podálico

Definición

El parto podálico es aquel que se produce con una presentación fetal de pies o nalgas. Es la presentación distócica más frecuente.

Se diagnostica mediante:

- Palpación abdominal: Se palpa el polo cefálico en la parte superior del útero donde se verifica el signo de peloteo del polo cefálico. En la pelvis se palpa polo podálico que no permite peloteo.
- Frecuencia cardíaca fetal (FCF): Se ausculta más nítidamente por encima del ombligo.
- Tacto vaginal: Se toca nalgas o pies.

Variedades de presentación podálica

- Presentación podálica (o nalgas) pura: ambas piernas se encuentran flexionadas y las rodillas extendidas. Es la variedad más común.
- Presentación podálica (o de nalgas) completa: ambas caderas y rodillas se hallan flexionadas.
- Presentación podálica incompleta (o de pies): uno o ambos pies o rodillas se sitúan más bajo que el sacro fetal.

Factores de riesgo

- Prematuridad.
- Gestaciones múltiples.
- Pelvis estrecha.
- Placenta previa.
- Cordón corto
- Polihidramnios u oligoamnios.
- Malformaciones fetales.
- Malformaciones y tumores uterinos.

Consideraciones

- Se recomienda parto vía vaginal solamente en las presentaciones podálicas puras.
- La presentación podálica completa puede ser resuelta por vía vaginal sólo en multíparas con progresión rápida, y en la presentación de pies.
- La vía vaginal está contraindicada en toda presentación podálica asociada a otra complicación de embarazo, como placenta previa, HIE, RCIU, diabetes, etc.
- La persona que atiende el parto podálico debe estar debidamente capa-

citada y observar rigurosamente la técnica.

ATENCION DEL PARTO PODÁLICO

PUESTO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Ante sospecha o confirmación de presentación podálica, referir oportunamente al II nivel de atención, con excepción de parto inminente (paciente en expulsivo), con presentación podálica pura de acuerdo al manejo y tratamiento descrito para Centro de Salud y Hospital de Distrito

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo y tratamiento

- Explique a la paciente lo que ocurre y el procedimiento que va a efectuar, transmitale confianza y la importancia de la participación activa de ella y sus familiares que la acompañan en el buen desarrollo del parto. Háblele en lenguaje apropiado a sus características socio culturales y respetando sus valores.
- Prepare a la paciente en posición decúbito dorsal, apoyando ambos talones o en posición semisentada para facilitar pujos espontáneos.

- Procure un adecuado aseo perineal con agua tibia que escurra por los genitales, entreabriendo suavemente la vulva.
- Prepare caja de partos, guantes y campo estéril.
- Lavado minucioso de manos.
- Realice conducción con ocitocina según técnica.
- Atención del período expulsivo y manejo del desprendimiento:
 - Observe la expulsión de pies o nalgas sin tocarlas.
 - Realice episiotomía amplia.
 - No tocar el cuerpo del feto. El parto en podálica debe producirse espontáneamente. Evite cualquier intervención que estimule el feto para evitar que extienda los brazos y la cabeza dentro del útero.
 - Realice asa de cordón muy suavemente por debajo del abdomen fetal, evitando traccionarlo de manera que no corte la circulación fetoplacentaria.
 - Debe observar que en todo momento la espalda del feto se encuentre en posición anterior, hasta que aparecen los vértices de las escápulas, lo que indica que los hombros ya están en la pelvis.
 - Cuando el hombro anterior desciende, se sujeta con la mano izquierda los tobillos del feto, y se introducen los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina. Entonces se jala suavemente presionando, el

- antebrazo fetal para que se deslice por delante del tórax fetal y debajo del pubis materno.
- Se repite el procedimiento del lado contrario, alcanzando el brazo fetal en la concavidad del sacro. Si no alcanza, puede rotar el tronco fetal 90 grados para acceder al brazo izquierdo por debajo de la sínfisis pubiana.
 - Después de la extracción de los brazos, se permite que el feto cuelgue aproximadamente un minuto para que su propio peso ejerza tracción sobre la cabeza, hasta que se empiece a ver la implantación del pelo en la nuca. Esto indica que la cabeza ya se encuentra en la excavación pélvica.
 - Se levanta al feto sujetándolo por los tobillos en dirección del abdomen materno. Al desprenderse el polo cefálico, y si el cordón es corto, puede seccionar el cordón en este momento.
 - Aplicando una tracción suave y sostenida se consigue la extracción del feto. Procure que sea lo más espontáneo posible.
- Si existe dificultad para la expulsión del polo cefálico realice la maniobra de Mauriceau-Viet-Smellie: Se deja que el tórax fetal repose sobre el brazo derecho y se colocan los dedos índice y medio de la mano derecha en el maxilar fetal para producir una flexión máxima. La presión no debe realizarse sobre la mandíbula fetal. La mano izquierda se coloca sobre la espalda fetal utilizando los dedos índice y anular para traccionar los hombros, y el dedo medio para favorecer la flexión de la cabeza.
 - Se debe asumir que existe un plazo de 3 a 5 minutos para favorecer la expulsión de la cabeza sin producir hipoxia fetal.
 - Atención del alumbramiento y del recién nacido igual a atención del *parto de bajo riesgo* (ver protocolo correspondiente).

Criterio de referencia

- Si la capacidad resolutive disponible (principalmente entrenamiento) es insuficiente para el manejo descrito, refiera de inmediato.

Figura 2

PARTO DE NALGAS

Variedades de presentación podálica

Estos tres tipos de presentación podálica o de nalgas están descritos atendiendo a la relación entre la posición de los miembros inferiores del feto y sus nalgas



Presentación de nalgas (o podálica) pura. Ambas piernas se encuentran flexionadas, con las caderas flexionadas y las rodillas extendidas. Ésta es la variedad más común en el parto de término.



Presentación de nalgas (o podálica) completa Ambas caderas y rodillas se hallan flexionadas



Presentación de nalgas incompleta (o de pies). Uno o ambos pies o rodillas se sitúan a un nivel más bajo que el sacro fetal.

Información para la mujer sobre

PARTO PODÁLICO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Por el examen que le hicimos podemos ver que su guagüita se encuentra en una mala posición (está sentada de nalgas o de pies). Esta posición es peligrosa para un parto normal por sus partes, pues su guagüita podría tener dificultad para salir, y quedarse trancada.

¿Qué me puede pasara a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no solucionamos esto, su guagüita tendrá dificultad en nacer; hará mucho esfuerzo para salir, y eso le hará daño. Puede ser también que se quede trancada y que no nazca. Es importante que este parto debe ser atendido por un profesional con experiencia, pues en la mayoría de los casos es necesario hacer una operación cesárea. Asimismo, dependiendo de su situación, veremos si es posible hacer que su guagüita nazca por sus partes. Esta decisión la tomaremos según su estado y el de su guagüita evitándoles sufrimiento.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Dependiendo de la evaluación clínica, le realizaremos una operación cesárea o atenderemos su parto por sus partes. Asimismo, estaremos preparados para atender cualquier problema que tenga su guagüita.

Para I nivel

Parto vaginal

- En caso de un parto vaginal pedimos que siga al pie de la letra todas nuestras instrucciones. Esto facilitará su parto.
- De acuerdo a lo que se diagnostique, la acompañaremos a un servicio de salud más especializado para saber a qué se debe la tardanza de su parto.

Para II nivel (En caso de parto vaginal, dé la información anterior)

(En caso de **cesárea**, informe según el protocolo correspondiente.)

Prolapso de Cordón Umbilical

Definición

- Cuando el cordón umbilical sobresale por delante de la presentación siendo visible o palpable a través de la vagina. Puede ocurrir durante el trabajo de parto o el expulsivo.
- Es una grave complicación para el feto porque el cordón queda comprimido entre la presentación y la pelvis, ocluyendo la circulación y, por consiguiente, el aporte de oxígeno. Produce sufrimiento fetal y muerte si no se interviene rápida y adecuadamente.

Factores de riesgo

- Rotura prematura de membranas con presentación alta.
- Presentación fetal diferente a la cefálica.
- Placenta previa.
- Gran multiparidad.
- Polihidramnios.
- Feto pequeño.

- Parto pretérmino.
- Cordón largo.
- Gestación múltiple.
- Desproporción feto pélvica.
- Tumores intrauterinos que impiden el encajamiento de la presentación.
- El prolapso suele ocurrir después de la rotura de membranas y cuando la presentación no está encajada. El cordón es arrastrado por un chorro de líquido amniótico hacia delante de la presentación. Puede permanecer oculto o ser visible a través de la vagina. (Fig. 1)
- Si el cordón ha salido al exterior, el diagnóstico se hace observando directamente el cordón umbilical en el conducto del parto; si no se visualiza, el diagnóstico se hace a través de tacto vaginal, palpando el cordón.

Conducta

Evalúe vitalidad fetal

- Interrogue a la mujer sobre el momento en que ocurrió el prolapso o rotura de membranas.

- Indague sobre percepción de movimientos fetales por la madre.
- Realice exploración vaginal para visualizar el asa del cordón prolapsado. Si no se visualiza, realice tacto vaginal; palpe el cordón umbilical y establezca la frecuencia cardiaca fetal. Descarte o confirme mortalidad fetal.
- Realice examen obstétrico: Determine altura uterina y latidos cardíacos fetales.
- Controle los signos vitales maternos.

Si el feto está vivo:

- Posición Trendelenburg, Genupectoral o lateral de Sims. (Fig.2)
- Frente al diagnóstico de prolapso de cordón se debe proceder a la extracción fetal por cesárea, cuidando de mantener rechazada la presentación para evitar la compresión del cordón, hasta que se produzca la extracción fetal:
 - Deje los dedos cubiertos con guantes en la vagina, tratando de desplazar la presentación para disminuir la compresión del cordón. (Fig.3)
 - Envuelva la parte que sale del cordón con apósitos estériles humedecidos con solución salina.
 - Los dedos enguantados deben permanecer desplazando la presentación para disminuir la compresión del cordón. No debe tratar de acomodar el cordón umbilical dentro del útero.

- Traslade a la mujer colocándola en alguna de las posiciones descritas (al pabellón o al nivel de mayor complejidad).

- Canalice vena con 500 cc de Dextrosa al 5% en agua destilada, solución salina o lactato de Rínger, agregue inhibidores de la actividad uterina si tiene que referir a la embarazada.

- Administre oxígeno húmedo, 5 litros por minuto.

- Controle signos vitales maternos y fetales.

- Si tiene que referirla, proceda lo más rápido posible:

- Evalúe referencia al nivel II ó III según edad gestacional y tiempo de rotura de membranas.

- Informe a la mujer y acompañantes el estado de salud del feto, causa de la referencia y donde será referida.

- Brinde toda la información y orientación requerida por la mujer y su familia.

Si el feto está muerto:

- Deje progresar el trabajo de parto si ya está avanzado,

- Si no hay actividad uterina o si ésta se ha detenido, proceda según protocolo de feto muerto y retenido.

- Brinde toda la información y orientación requerida por la mujer y su familia.

Prevención

- Las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y tienen diagnóstico de rotura de membranas deben hacer reposo en cama. Especialmente si la presentación no está encajada.

POSICIONES DESCRITAS

Posición Genupectoral

Bajo el plano de la cabecera de la cama o camilla obstétrica, coloque a la mujer en posición genupectoral, de forma que se eleve el nivel de las caderas por arri-

ba de los hombros, para que la parte que se presenta desplace su zona de más presión, en la pelvis.

Posición de Trendelenburg

Eleve la parte inferior de la cama o camilla obstétrica de manera que, al elevar las piernas, se desplace la presentación.

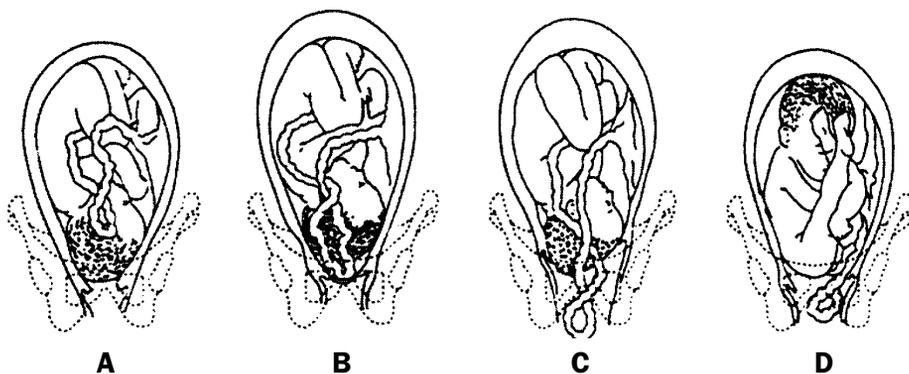
Posición lateral de Sims

Es apropiada si la mujer tiene que adoptar una posición durante un período prolongado (sitios alejados de donde se debe remitir). Se elevara la pelvis con almohadas.

Fuentes: Emergencias obstétricas. Guía para enfermeras en el I nivel de atención. PAHO/HMP/GDR-4/94 Rev.1

Obstetricia. Pérez Sánchez. 2° Ed. 199

FIGURA 1



Prolapso de cordón umbilical. Se observa la presión de la presentación sobre el cordón, lo cual pone en peligro la circulación fetal. **A.** Prolapso de cordón oculto. **B.** Prolapso completo de cordón. **C.** Cordón presente frente a la cabeza del feto, puede ser visualizado a través de la vagina. **D.** Prolapso de cordón con presentación podálica.

FIGURA 2

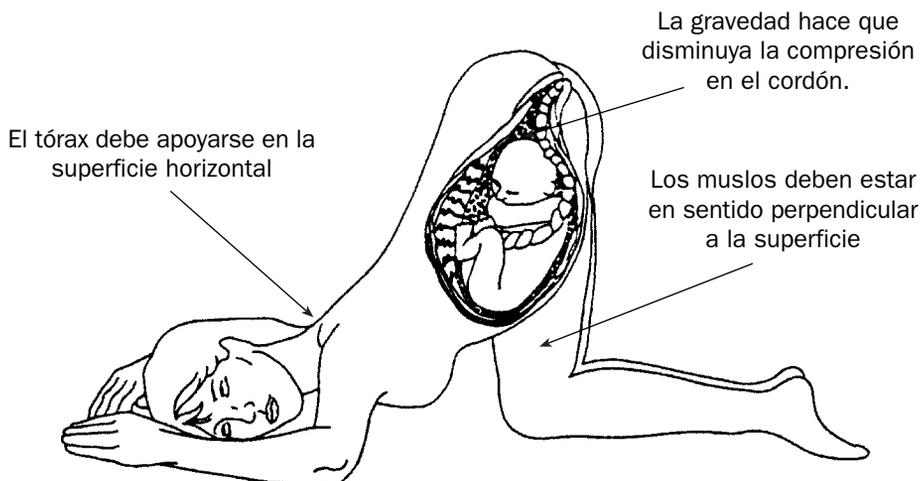
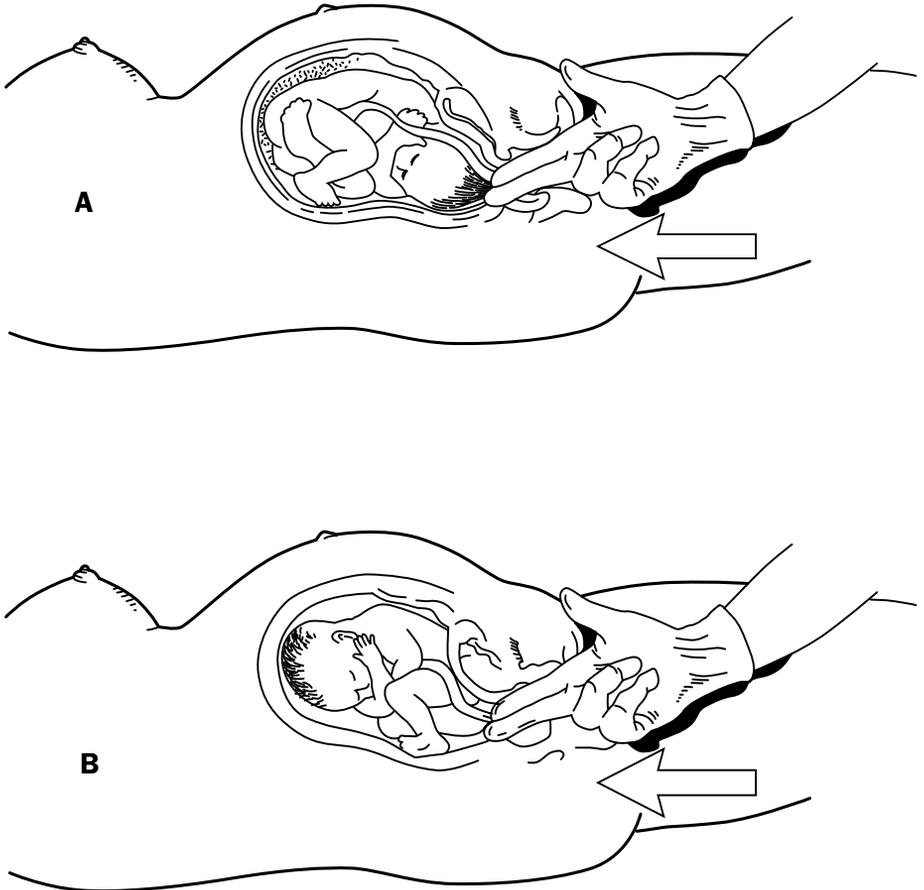


FIGURA 3



La flecha indica la dirección en que los dedos del examinador desplazan la presentación para disminuir la compresión del cordón prolapsado en:

A) Presentación de vértice.

B) Presentación podálica.

Complicaciones del Puerperio

Hemorragia Post Parto

Definición

Es la pérdida de más de 500 cc de sangre por la vagina después de la salida del feto y hasta las 24 horas postparto.

Las causas más frecuentes son:

- Hipotonía, atonía uterina.
- Retención de placenta total o parcial (restos placentarios y de membrana).
- Lesiones del útero, cuello, vagina o periné.
- Rotura uterina.

Factores de riesgo

- Antecedentes de hemorragia postparto.
- Roturas de útero o útero invertido.
- Operación de útero, tumores, cesáreas, dilatación o curetaje.
- Retención de placenta.
- Problemas de coagulación de la sangre.
- Cinco o más embarazos anteriores.
- Anemia.
- Placenta previa.
- Rotura prematura de membranas.

- Preeclampsia/eclampsia.
- Muerte del feto en el útero.
- Embarazo múltiple.
- Hepatitis.
- Polihidramnios.

En este embarazo:

- Trabajo de parto inducido (hierbas u otros medicamentos para iniciar las contracciones).
- Trabajo de parto prolongado.
- Corioamnionitis (fluido vaginal maloliente y fiebre).
- Trabajo de parto precipitado (3 horas o menos).
- Sangrado genital por cualquier razón durante el período prenatal.
- Incorrecta atención del alumbramiento.

Riesgos maternos

- Anemia aguda por hemorragia.
- Choque hipovolémico.
- Muerte materna.

Signos clínicos generales

- Sangre rutilante, roja, brillante.
- Hemorragia mayor a 500 cc. La hemorragia puede ser lenta, afectando a la puérpera en forma continua y disimulada, o puede ser brusca.
- Palidez generalizada.
- Baja gradual de presión arterial. Pulso acelerado.
- Sudoración, piel húmeda, mareos, náusea, lipotimia.
- Si aumenta la hemorragia o se aprecia alteración del estado general de la madre (síntomas de choque), se debe verificar si la sangre se está acumulando dentro del útero. Esta empieza a crecer expulsando la sangre en forma líquida y/o coágulos (útero aumentado de volumen, blando y doloroso).

Manejo general

- Solicite apoyo y colaboración de otras personas (familiares u otros integrantes del equipo de salud).
- Controle pulso y presión arterial.
- Identifique causa de la hemorragia y efectúe tratamiento correspondiente (ver protocolos de hipotonía o atonía uterina, retención de placenta o restos placentarios, desgarros o laceraciones en vulva, vagina o cuello, considere rotura uterina).
- Incentive vaciamiento vesical espontáneo (sonda Foley si es necesario).

- Detenga la hemorragia (ver procedimiento según causa).
- Si la placenta ha salido y no hay lesión de partes blandas:
 - Verifique si está completa.
 - Haga masaje externo del fondo del útero para estimular contracción. Este masaje debe realizarlo hasta que el útero permanezca retraído y puede hacerlo la propia paciente, dependiendo de su estado general.
- Si la placenta no ha salido, ver protocolo de retención placentaria.
- Identifique donantes de sangre y tome muestra para clasificación de grupo y Rh al receptor y al donante.
- La referencia debe ser hecha con la puérpera acompañada, abrigada, acostada en posición de Trendelenburg y con taponamiento vaginal estéril si hay lesión de partes blandas.

Tratamiento general

- Si hay signos de choque, canalice vena con 1000 cc de suero Rínger o fisiológico. Se puede abrir doble vía.
- Si ha descartado lesiones de partes blandas y/o restos placentarios administre ocitócicos (20 a 40 unidades de ocitocina en 500 cc de Rínger a 20 gotas por minuto) instalado en otra vía o en "Y".
- Metilergonovina 0,2 mg i.m., si la presión arterial diastólica es menor de 90 mm Hg y solo si se produjo el alumbramiento placentario.

- NUNCA debe usar metilergonovina en cardiópatas o hipertensas.
- Para el manejo y tratamiento específico, ver el protocolo correspondiente.

Bibliografía

CAVANAGH, D. et. Cols.: Emergencias em Obstetricia, Editora Harper & ROW do Brasil 1980

BENSON, R.: Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.: 1989

BOTERO, U. J. et. Cols.: Obstetricia y Ginecología, Editorial Carvajal. 1989

DE FREITAS, F. et. Cols.: Rotinas em Obstetricia, Editorial Artes Médicas; 1989

MENDOZA, A. 1.: Gineco Obstetricia, Manual Moderno; 1992.

SCHWARCZ. S. O.: Obstetricia, Editorial el Ateneo; 1990

Información para la mujer sobre

HEMORRAGIAS POSTPARTO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Después de su parto, usted está perdiendo más sangre de lo normal. Esto puede ser porque su matriz no se ha podido contraer, su placenta no ha salido totalmente, o se ha producido una rotura de sus partes. Le haremos un examen de sus partes para saber qué está sucediendo.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Esta es una situación muy delicada y es necesario tratarla de inmediato. Usted puede perder mucha sangre y debilitarse de tal manera que su vida se ponga en peligro.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.

- Le pediremos que orine para asegurar que su vejiga esté vacía.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para ayudar a que se mantenga hidratada.
- Le haremos un examen de partes para determinar la causa de la hemorragia.
- De acuerdo a esto, le daremos medicamento para contraer su matriz.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Le pediremos que orine para asegurar que su vejiga esté vacía. Si no puede hacerlo, le ayudaremos con una sonda.
- Nos aseguraremos de que su placenta haya salido completamente.
- Si tiene alguna herida se la coseremos con algunos puntos.
- Si fuera necesario, le pondremos sangre.

Hipotonia Uterina y Atonia Uterina Postparto

Definición

Es la deficiencia (hipotonía) o ausencia de contracción uterina (atonía) posterior al alumbramiento placentario, que provoca hemorragia en el postparto, con riesgo de choque hipovolémico y muerte materna.

Signos clínicos

- Hemorragia externa abundante.
- Sangre rutilante roja y brillante.
- Palidez generalizada.
- Sudoración, piel húmeda, lipotimia, náuseas.
- Hipotensión arterial.
- Shock.
- Utero blando, doloroso y aumentado de volumen (no hay formación de globo de seguridad de Pinard) a la palpación abdominal.

Riesgos maternos

- Muerte por hemorragia.
- Infección agregada.
- Falla del sistema de coagulación

Diagnóstico diferencial

- Retención de restos placentarios.
- Rotura uterina.
- Desgarros de cuello y vagina.

Manejo

- Explique a la puérpera y los familiares lo qué ocurre, los riesgos y los procedimientos que se realizarán.
- Controle signos vitales (pulso y presión arterial cada 15 minutos).
- Posición de Trendelemburg.
- Revise el canal del parto para descartar lesiones traumáticas que pueden solucionarse en el nivel.
- Estimule a la puérpera para que orine espontáneamente o instale sonda Foley si es necesario. Asegure vejiga vacía.
- Haga masaje y compresión uterina externa, hasta que el útero permanezca retraído. Estimule los pezones o ponga al recién nacido a lactar (lactancia precoz).
- Ponga bolsa de arena o bolsa de hielo en el abdomen inmediatamente sobre el borde superior del útero para evitar la relajación uterina.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Canalice aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre:
- Suero Fisiológico o Dextrosa 1000 cc al 5% más 10-20 UI de Ocitocina a 40 gotas/min. Puede canalizarse Ringer

Lactato 1000 cc en doble vía ante la posibilidad de choque por anemia aguda.

- Metilergonovina 0,2 mg i.m. (contraindicada en pacientes con síndromes hipertensivos y cardiopatías).
- Identifique posibles donantes de sangre en la familia o la comunidad.

Criterio de referencia

- Si no hay formación de globo de seguridad, persiste la hemorragia y hay compromiso del estado general, referir con vena canalizada Rínger 1.000 cc a goteo continuo (chorro).
- Si no es posible identificar la causa con los recursos disponibles. Se debe referir a la usuaria, si no cede al tratamiento en 1 hora como máximo (dependiendo de la cantidad de la hemorragia y compromiso del estado general).
- Si se requiere de transfusión de sangre.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Grupo y Rh.
- Pruebas de coagulación y sangría.
- Prueba de retracción del coágulo.

Tratamiento

- Canalice aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre:

- Fisiológico o Dextrosa al 5 % 1000 cc más 10-20 UI de Ocitocina a 20 o 40 gotas/min. Administre Rínger Lactato ante posibilidad de choque hipovolémico (doble vía).
- Metilergonovina 0,2 mg i.m. (contraindicada en pacientes con síndromes hipertensivos y cardiopatías).
- Si persiste hemorragia activa sin formación del globo de seguridad, efectúe:
 - Revisión y limpieza bimanual de cavidad uterina.
 - Revisión del segmento uterino, el canal del parto y masaje bimanual.
 - Controle presión arterial cada 15 minutos hasta que se estabilice.
 - Transfundir con sangre fresca si es necesario.

Criterio de referencia

- Si no se cuenta con los recursos necesarios.
- Si hay alteración de la coagulación (coagulopatías), se debe referir al III nivel.

Insumos

- Suero Fisiológico 1000 cc.
- Dextrosa 5 % 1000 cc.
- Rínger Lactato 1000cc.
- Metilergonovina 0,2 mg ampollas
- Ocitocina 5 o 10 UI (4 ampollas).
- Equipo de venoclisis.
- Aguja mariposa N° 19.
- Sonda Foley.
- Equipo de transfusión.

Información para la mujer sobre

HIPOTONIA Y ATONIA UTERINA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema

Después de su parto, su matriz no se ha podido contraer o no ha podido recuperar el tamaño que tenía antes de su embarazo. Esta situación le está produciendo una hemorragia y dolor en su abdomen. Es por ello que se encuentra pálida. Además, quizá esté transpirando, y sienta mareos y náuseas.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema rápidamente, usted puede perder tanta sangre y debilitarse de tal manera que pierda el conocimiento y se desmaye. También puede llegar a tener una infección y sobreparto. Sí dejamos pasar mucho tiempo, no podremos solucionar esta delicada complicación.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo con un medicamento que ayudará a la contracción adecuada de su matriz, y con eso disminuirá la hemorragia.
- Le pediremos que orine para asegurar que su vejiga esté vacía.
- Le haremos un masaje por fuera de su matriz para estimular la contracción.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Si fuera necesario, le pondremos sangre.
- Limpiaremos su matriz en caso necesario.
- Pondremos una bolsa de arena sobre su barriga para ayudar a contraer su matriz.

Retencion Placentaria

Definición

Es la retención total o parcial de placenta y anexos ovulares después de 30 minutos de la salida del feto, causada por atonía uterina o inserción anormal de la placenta. Si no hay expulsión, puede complicarse con hemorragia, anemia aguda, shock y muerte materna.

Signos clínicos

- Hemorragia externa mayor a 500 cc, sangre rutilante, roja, brillante.
- Palidez generalizada.
- Baja gradual de presión arterial. Pulso acelerado, sudoración, piel húmeda, mareos, náusea, lipotimia (signos de choque hipovolémico)
- A la palpación abdominal:
 - Alteración de la contracción uterina.
 - Útero aumentado de volumen, blando, doloroso.
 - Al tacto vaginal, evidencia de placenta retenida total o parcialmente (cotiledones o restos membranosos).

Diagnóstico diferencial

- Atonía o inercia uterina.
- Rotura uterina.
- Desgarros de cuello y vagina.

Manejo general

- Explique a la puérpera qué ocurre, los riesgos y qué se debe hacer.
- Controle signos vitales y vigile el estado general de la paciente hasta su normalización.
- Instale sonda Foley, si no ha orinado espontáneamente.
- Intente cuantificar cantidad de sangre perdida.
- Controle anemia y haga tratamiento.
- Identifique donantes de sangre.

Manejo en caso de placenta retenida:

- Espere como máximo 30 minutos después del parto, y durante ese tiempo realice:

- Masaje uterino externo suave.
- Haga tracción suave del cordón para verificar desprendimiento (la placenta puede estar en vagina).
- Haga un tacto vaginal suave (siguiendo la línea del cordón) y verifique si la placenta está en vagina o cuello. Si es así, traccione suavemente el cordón para facilitar la expulsión.
- Suspnda la maniobra si el cuello está firmemente cerrado, y refiera de inmediato.
- Si se mantiene retenida y no puede referir de inmediato, haga extracción manual de placenta, sólo si está entrenado.

Manejo en caso de placenta expulsada, con hemorragia:

- Haga masaje externo del fondo del útero para estimular su contracción.
- Revise minuciosamente si la placenta está completa.
- Haga estimulación del pezón o ponga al recién nacido al pecho de su madre.
- Si el sangramiento continúa, haga compresión bimanual interna y externa, sólo si está entrenado.
- Si la hemorragia continúa, refiera de inmediato con vena canalizada, acompañada, abrigada y en posición de Trendelemburg.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo en caso de placenta retenida:

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Grupo y Rh.

Tratamiento general

- Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre solución Rínger 1 .000 cc al 5% a 20 o 40 gotas/minuto.
- Antibioticoterapia, si ha hecho extracción manual o compresión uterina bimanual. Ampicilina 500 mg i.m. o i.v. (1 dosis), continuar con 500 mg cada 6 horas v. o. durante 5-7 días.

En caso de placenta expulsada y hemorragia:

- Canalice vena con mariposa N° 19, si no lo ha hecho antes, y administre:
- Dextrosa 500 cc al 5% o suero fisiológico 500 cc, más 10-20 unidades ocitocina, a 30-40 gotas por minuto.
- Metilergonovina, Methergín o similar, 1 amp. i.m. (contraindicada en hipertensas o cardiopatas).

Criterio de referencia

- Ante certeza o sospecha de retención de restos placentarios u ovulares.

- Si la hemorragia continua pese al tratamiento.
- Si el recurso disponible o el entrenamiento es insuficiente para el manejo descrito refiera lo más rápido posible.
- Si requiere de transfusión de sangre o presenta alteraciones en la coagulación (coagulopatías).

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Grupo y Rh.
- Prueba de coagulación y sangría.
- Prueba de retracción del coágulo.

Manejo en caso de placenta retenida:

- Espere como máximo 30 minutos; mientras tanto verifique desprendimiento, y si está en vagina o cuello traccione suavemente el cordón. Si la hemorragia supera los 500 cc de sangre, inmediatamente o antes de los 30 minutos, “no espere”, realice los procedimientos necesarios para lograr la expulsión placentaria inmediata.
- Bajo anestesia general, o Diazepam 10 mg i.v. y la administración de 0.5 mg. de atropina i.v. (para evitar síncope vasovagal), realice la revisión de la cavidad uterina y extracción manual de la placenta.
- Administre 0,2 mg de Metilergonovina i.m. Si es hipertensa, 10 unidades de Ocitocina i.m.

- Revise el canal del parto, descarte lesiones de partes blandas.
- Mantenga goteo con Rínger o Fisiológico 1000 cc al 5% más 10-20 UI de Ocitocina.
- Controle signos vitales cada 15 minutos hasta estabilización de la puérpera.
- Si hay hipotensión y hemorragia continua: Infusión de Rínger o Fisiológico de 1000 cc más 10-20 UI Ocitocina a 40 gotas/minuto.
- Si al realizar la revisión de la cavidad la placenta, está adherida y no se desprende fácilmente, considere la presencia de un grado de acretismo placentario y refiera de inmediato.
- Si hay hipotonía o atonía uterina coloque bolsa de arena en el abdomen a nivel del fondo uterino.
- Observe condición de la paciente y signos de choque.
- Si hubo extracción manual de placenta: Ampicilina 500 mg i.m. ó i.v. (1 dosis). Continuar con 500 mg cada 6 h v. o. durante 5-7 días.

Manejo en caso de placenta expulsada con hemorragia:

- Masaje externo del fondo uterino para estimular su contracción.
- Administre Rínger o Fisiológico 1000 cc al 5% más 10-20 UI de Ocitocina.
- Rínger Lactato 1000 cc en doble vía ante posible choque hipovolémico.
- Aplicación de Metilergonovina 0,2 mg i.m. (si no es hipertensa o cardiópata).

- Revise minuciosamente la integridad de la placenta.
- Bajo anestesia general, ó 10 mg de Diazepam i.v. revisar cuello y vagina. Si hay signos de hipotensión gradual y hemorragia persistente, efectúe una revisión manual de cavidad uterina previa atropina 0.5 mg i.v. para evitar el choque vasovagal.
- Haga estimulación del pezón o ponga al recién nacido en el pecho de su madre.
- Vigilar y evaluar hemorragia genital y signos de choque.
- Si el sangramiento continúa, haga compresión bimanual interna y externa, sólo si esta entrenado.
- Antibióticoterapia, si ha hecho extracción manual o compresión uterina bimanual: Ampicilina 500 mg i.m. ó i.v. (1 dosis). Continuar con 500 mg cada 6 h v.o. durante 5-7 días.
- Si la hemorragia genital en las primeras 24 horas es importante y hay tendencia a una hipotensión arterial sostenida, debe efectuarse una revisión manual de cavidad uterina bajo normas anteriormente descritas.
- Si la hemorragia continúa, abrigue a la usuaria y colóquela en posición de Trendelemburg y valore otro tipo de intervenciones quirúrgicas para solucionar el caso (legrado, histerectomía u otros).

Criterios de referencia

- Ante la sospecha de patología placentaria (placenta ácreta, percreta o increta) refiera a un II o III nivel para histerectomía.

- Si el recurso disponible o el entrenamiento es insuficiente para el manejo descrito, refiera lo más rápidamente posible.
- Si se presentan alteraciones en la coagulación (coagulopatías) o complicación renal.

Insumos

- Suero Fisiológico 1000 cc.
- Rínger Lactato 1 000 cc.
- Metilergonovina 0,2 mg ampollas
- Ocitocina 5 o 10 UI (4 ampollas).
- Equipo de venoclisis.
- Aguja mariposa N°19.
- Sonda Foley.
- Equipo de transfusión.

Bibliografía

- CAVANAGH, D. et al.: Emergencias em Obstetricia, Ed. Harper & Row do Brasil, 1980.
- BENSON, R.: Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos, Ed. El Manual Moderno, 1989.
- BOTERO, U.J. et al.: Obstetricia y Gicología, Ed. Carvajal, 1989.
- DE FREITAS, F. et al.: Rotinas em Obstetricia, Ed. Artes Médicas, 1989.
- MENDOZA, A.I.: Gineco Obstetricia, Ed. Manual Moderno, 1992.
- SCHWARCZ, S.D.: Obstetricia, Ed. El Ateneo, 1990.

Información para la mujer sobre

RETENCIÓN PLACENTARIA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Después de su parto, su placenta no salió totalmente. Esta situación impide que su matriz se contraiga, y por ello está teniendo una hemorragia por sus partes.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema rápidamente, usted puede perder tanta sangre y debilitarse de tal manera que pierda el conocimiento y se desmaye. Si dejamos pasar mucho tiempo, no podremos solucionar esta delicada complicación.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para mantenerla hidratada y para administrarle algún medicamento si fuera necesario.
- Ayudaremos a que su placenta salga totalmente de su matriz a través de sus partes.

- Si vemos que es necesario, le pondremos anestesia.
- Además, le pediremos que dé de mamar a su guaguüita o estimularemos su pezón para ayudar a la contracción natural de su matriz.
- Una vez que hayamos extraído la placenta, le daremos un medicamento que ayudará a la contracción adecuada de su matriz, y con eso disminuirá la hemorragia.
- Si fuera necesario, le daremos antibióticos para protegerla de cualquier infección en su matriz.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Le realizaremos un examen de sangre y determinaremos su grupo sanguíneo y factor Rh.
- Si fuera necesario, le haremos un masaje por fuera de su matriz para estimular la contracción.
- Si fuera necesario, le pondremos sangre.
- Es necesario parar la hemorragia y necesitamos limpiar su matriz. Si la hemorragia después de todo no cede y la causa es su matriz, tendremos que operarla para sacársela. Esto salvará su vida.

Desgarros del Cuello Uterino

Definición

Los desgarros del cuello son aquellos producidos después el parto y que se encuentran entre el orificio cervical externo y la región ístmica o las comisuras del cuerpo uterino. Pueden producir hemorragias, desde leves hasta graves.

Factores de riesgo

- Feto grande.
- Cicatrices previas.
- Dilatación manual de cuello.
- Uso inadecuado de ocitócicos, ergonovínicos o pujantes.
- Pujos prematuros (antes de la dilatación completa).
- Período expulsivo rápido.
- Parto instrumental.

Riesgos maternos

- Hemorragia grave, choque y muerte materna
- Infección puerperal.

Signos clínicos

- Hemorragia vaginal permanente con

útero bien contraído.

- Hipotensión.
- Taquicardia, mareos, náusea.

Manejo

- Explique a la puérpera qué tiene, cuáles son los riesgos y qué se debe hacer.
- Controle signos vitales, especialmente presión arterial y pulso.
- Evalúe cantidad de hemorragia genital.
- Procure vaciamiento vesical espontáneo, sólo si es necesario instale sonda Foley.
- Identifique donantes de sangre.
- Si debe referir, hágalo de inmediato. Asegure que la paciente vaya acompañada, abrigada, acostada (ideal en posición de Trendelenburg).

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo y Rh.

Tratamiento general

- Canalice vena con suero fisiológico 1.000 cc a 40 gotas por minuto.
- Haga un taponamiento y observe la evolución de la hemorragia.
- Si no puede referirla de inmediato, y la paciente sangra severamente, puede, con entrenamiento necesario, hacer una compresión bimanual. Ponga una gasa o compresa estéril enrollada dentro de la vagina, empujándola con su puño enguantado, y con la otra mano aplique presión externa en el fondo del útero, comprimiendo así el útero entre ambas manos. Busque apoyo para la referencia y vaya al centro de referencia realizando la compresión bimanual permanente.

Criterio de referencia

- Si continúa o hay agravamiento del estado general de la paciente, debe procurar la referencia de inmediato.
- Si con el taponamiento no cede la hemorragia o hay compromiso del estado general.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina, Hcto y VES.
- Grupo y Rh.

Tratamiento general

- Canalice vena en antebrazo con agu-

ja mariposa N° 19 y suero fisiológico 1.000 cc a 40 gotas por minuto. Rínger Lactato en caso de hemorragia excesiva.

- Evalúe el grado del desgarró, la cantidad de la hemorragia y la necesidad de sutura.
- Si es pequeño y la hemorragia escasa, haga un taponamiento vaginal y observe la evolución de la hemorragia. Si continúa, aumenta o hay agravamiento del estado general de la puérpera, debe realizar la sutura, con el apoyo de otra persona:
 - Procure vaciamiento vesical espontáneo: sólo si es necesario instale sonda Foley.
 - Administre suero Rínger 1.000 cc 40 gotas por minuto y fisiológico 1.000 cc 40 gotas por minuto.
 - Anestesia con Xilocaína al 2% más Epinefrina 10 cc en la región paracervical.
 - Comprima el útero a través de la pared abdominal hacia el interior de la pelvis.
 - Identifique el desgarró: traccione el labio cervical con pinza aro y esponja el desgarró para la sutura.
 - Coloque una valva para separar la pared vaginal del lado del desgarró.
 - Suture con catgut cromado 1 ó 0, puntos separados (es recomendable comenzar la sutura en la parte no desgarrada del cuello, inmediatamente por encima del ángulo superior de la herida).
 - Aplique gasa vaselinada a presión y retire tapón 8 horas después.

- Indique Ampicilina 1 g v.o. c / 6 h durante 7 días.

Criterio de referencia

- Si el desgarro compromete segmento o cuerpo uterino, y no se cuenta con los recursos necesarios.

Insumos

- Ampicilina 500 mg.
- Suero fisiológico / Rínger 1 .000 cc.

- Xilocaína 2%
- Catgut cromado 1, 0
- Gasa estéril.
- Vaselina estéril.
- Sonda Foley.
- Pinza aro.
- Espéculo.
- Valva.
- Equipo de sutura.

Desgarros Vulvo - Vagino - Perineales

Definición

Es la solución de continuidad que compromete la vulva, la vagina o la región perineal a veces con compromiso anal o rectal.

Puede provocar hemorragias de diferente magnitud en las primeras 24 horas del postparto, y complicarse con anemia, infección y choque. Pueden causar fístulas y a veces compromiso del esfínter externo del ano.

Factores de riesgo

- Infecciones vulvovaginales
- Vagina granulosa.
- Várices vulvovaginales.
- Cicatrices previas.
- Primigesta adolescente o añosa.
- Producto grande.
- Periodo expulsivo rápido.
- Uso inadecuado de ocitócicos, ergonovínicos o pujantes.
- Tactos repetidos y agresivos, edema vulvoperineal.
- Parto instrumental e inadecuada protección perineal.

- Distocias de presentación.

Signos clínicos

- Hemorragia activa cuya magnitud se relaciona con el grado de compromiso del desgarro.
- Dolor en región vaginal.
- Paciente con hipotensión gradual, taquicardia, pulso acelerado.
- Mareos, sudoración, debilidad y náusea.

Manejo

- Depende del tamaño de la lesión y cuantía de la hemorragia.
- Controle presión arterial y pulso.
- Procure vaciamiento vesical espontáneo.
- Si es fisura y no sangra, sólo observación.
- Si hay sangramiento evalúe necesidad de suturar.
- Suture si es necesario y si tiene el entrenamiento y los recursos necesarios.

- Si debe referir haga previamente un taponamiento vaginal con gasa estéril vaselinada.
- Procure determinar cantidad de sangre perdida.
- Explique a la paciente qué le ocurre y qué se debe hacer.

Manejo preventivo

- Episiotomía medio lateral oportuna.
- Protección adecuada del periné.
- Protección en desprendimiento del hombro.

PUESTO DE SALUD

- Si hay sangramiento canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre suero fisiológico 1.000 cc a 30-40 gotas por minuto.
- Refiera.

Criterio de referencia

- Si hay compromiso del estado general.
- Si es necesario suturar.
- Cuando hay complicaciones de desgarros.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina y VES.
- Grupo y Rh.

Tratamiento

- Controle signos vitales, especialmente presión arterial y pulso.
- Si hay hemorragia:
 - Canalice vena con aguja mariposa N° 19, en antebrazo y administre Rínger 1.000 cc, a 30-40 gotas por minuto.
 - Procure vaciamiento vesical espontáneo; sólo si es necesario instale sonda Foley.
- Suture si es necesario:
 - Infiltra Xilocaína al 2%, 5 a 10 cc en, sitio de desgarro.
 - Identifique bordes del desgarro.
 - Suture con catgut simple 0. Puntos aislados en cruz.
 - Aplique apósitos con gasa vaselinada y retire a las 8 horas.
 - Indique ampicilina 1 g oral c/6 h durante 7 días.
- Si hay compromiso muscular:
 - Identificación del plano muscular.
 - Suture con catgut crómico 1 ó 0 (con puntos separados).
 - Suture mucosa vaginal y piel con catgut cromado 1 ó 0 (puntos separados).
 - Corrección de eventual anemia.

Criterio de referencia

- Si hay compromiso del estado general.
- Si es necesario suturar y no dispone de recursos.

- Cuando hay complicaciones de desgarros que no puede resolver con el recurso disponible (entrenamiento y material).
- Si pese al tratamiento la hemorragia no cede.

Insumos

- Ampicilina 500 mg cápsulas.
- Suero fisiológico / Rínger 1.000 cc.

- Xilocaína 2%
- Catgut cromado 1, 0
- Gasa estéril.
- Vaselina estéril.
- Sonda Foley.
- Fleboclisis.
- Aguja mariposa N° 19.
- Equipo de sutura.

Información para la mujer sobre

DESGARROS DEL CUELLO, VULVO VAGINALES, PERINEALES

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Debido a su parto, se ha producido una rotura de sus partes y por lo tanto usted está sangrando más de lo normal.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si el desgarro o rotura de una de sus partes no es muy grande, usted no tendrá problemas, y cicatrizará por sí solo.

Si el desgarro o rotura es grande o está sangrando demasiado, entonces tendrá un gran dolor. Usted puede perder tanta sangre y debilitarse de tal manera que pierda el conocimiento y se desmaye.

¿Qué me han a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.

- Evaluaremos la cantidad de hemorragia genital.
- Le haremos un examen de sangre y clasificaremos su grupo sanguíneo y factor Rh.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla.
- Le realizaremos un taponamiento; si la hemorragia continúa la enviaremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Evaluaremos el grado de desgarro y la necesidad de suturar. Si es necesario coserla o suturarla, le pondremos anestesia antes de hacerlo.
- Si es necesario, le daremos antibióticos para evitar una infección.
- Si es necesario, le pondremos sangre.

Hematoma Vulvo Vagino Perineal

Definición

Se desarrolla en las primeras 24 horas postparto como consecuencia de una hemostasia deficiente de los vasos afectados del canal genital por reparación de desgarros o episiotomía.

Factores de riesgo

- Primigesta añosa o adolescente.
- Várices vulvo vaginales.
- Primíparas añosas o adolescentes.
- Desconocimiento de la técnica de episiorrafia.
- Parto instrumental.

Signos clínicos

- Dolor y sensación de cuerpo extraño o peso en región perineal.
- Incremento gradual del dolor en región vulvar.
- Aparición de tumoración de color violáceo que distiende la región y protruye a través de vagina.
- Puérpera con hipotensión gradual, taquicardia, pulso acelerado.
- Mareo, sudoración, debilidad y náusea.

Manejo

- Explique a la puérpera qué le ocurre, los riesgos y qué se debe hacer.
- Controle signos vitales.
- Asegure vaciamiento vesical espontáneo.
- Si debe referir asegure que la puérpera vaya acompañada, con abrigo suficiente y en posición de Trendelenburg.
- Hacer corrección de anemia, si es necesario.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Si el hematoma es pequeño y no crece:
 - Hielo local.
 - Antiinflamatorio (Paracetamol).
 - Observación rigurosa.
- Si el hematoma es de mayor tamaño o va creciendo:
 - Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre

suero fisiológico 1.000 cc 10 gotas por minuto.

- Refiera.

Criterio de referencia

- Si hay compromiso de estado general (hipotensión, signos de shock).
- Si el hematoma no cede al tratamiento y va aumentando de volumen.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma y VES.
- Grupo y Rh.

Tratamiento general

- Si el hematoma es pequeño y no crece:
 - Hielo local.
 - Antiinflamatorio (Paracetamol).
 - Observación rigurosa.
- Si el hematoma es de mayor tamaño o va creciendo:
 - Canalice vena con aguja mariposa Nº 19 en antebrazo y administre suero fisiológico 1.000 cc 10 gotas por minuto.
 - Infiltre con Xilocaína al 2% 10 cc en región afectada.
 - Debridación del hematoma.
 - Hemostasia.
 - Suture por planos.
 - Catgut simple 1, puntos separados.
 - Dejar drenaje laminar.

- Indique Ampicilina 1 g v.o. c/6 h durante 7 días y Paracetamol 1 tableta v.o. c/8 h.
- Retire el drenaje a las 48 horas.

Criterio de referencia

- Ante hematomas extensos con compromiso de otras estructuras anatómicas, o presencia de shock, referir con vena canalizada.

Insumos

- Suero fisiológico 1 .000 cc.
- Xilocaína 2%
- Catgut simple Nº 1.
- Drenaje laminar.
- Ampicilina 500 mg.
- Paracetamol
- Fleboclisis.
- Equipo de sutura.

Bibliografía

- BENSON, R. et. Cols.: *Diagnóstico y tratamiento Ginecobstétricos*. Editorial El Manual Moderno. S.A. de C.V. 1989
- BOTERO, R. et Cols.: *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Carvajal. 1989
- DE FREITAS, F, et. Cols.: *Rotinas em Obstetricia*. Editorial Artes Médicas. 1989
- MENDOZA, A. I.: *Gineco Obstetricia Manual Moderno*. 1992
- SCHWARCZ.: *Obstetricia*. Editorial El Ateneo. 1990

Información para la mujer sobre

HEMATOMA VULVO VAGINO PERINEAL

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Después del desgarro o rotura que se produjo durante su parto, se ha formado un hematoma (bolsa de sangre), y por eso usted siente sensación de peso y dolor en sus partes. Además, puede que sienta palpitaciones, mareos, sudoración, debilidad y náuseas.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos esta situación, el hematoma o bolsita de sangre puede crecer e infectarse, debilitándola; y si esto se complica, puede que usted se desmaye y hasta le dé sobreparto, es decir, fiebre, escalofríos, transpiración, mareos, náuseas, mal olor en sus partes, dolor del bajo vientre y malestar general.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.

- Le pondremos una bolsa de hielo a sus partes para detener el sangrado.
- Le daremos un medicamento para disminuir el dolor y el sangrado.
- Le daremos antibióticos para evitar una infección.
- Si usted no mejora, le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla y la enviaremos al hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Le realizaremos un examen de sangre y clasificaremos su grupo sanguíneo y factor Rh.
- Si no se mejora, le pondremos anestesia.
- Si es necesario, buscaremos el lugar que está sangrado, lo coseremos y dejaremos un tubito de drenaje para limpiar toda la sangre que se acumuló.

***Infecciones
Gineco - Obstétricas***

Infecciones Gineco - Obstétricas

Definición

Son infecciones originadas en el canal genital, que están en relación directa con la gestación y/o el puerperio y que afectan al aparato genital femenino.

Si el tratamiento es inadecuado, estas infecciones evolucionan desde las localizadas a infecciones propagadas a órganos vecinos y a infección generalizada por vía hemática.

Tanto las infecciones del embarazo (infección ovular) como las del puerperio y de aborto pueden provocar los mismos cuadros de complicación.

Gérmenes causales más frecuentes:

- Parásitos (*Trichomona vaginalis*).
- Hongos (*Candida albicans*).

- Bacterias (*Entameba coli*, *Streptococcus*, *Proteus mirabilis*).
- Virus.
- Infecciones de transmisión sexual ITS (antes ETS), gonorrea, sífilis, clamidia.

Factores de riesgo

- Aborto séptico.
- Infección ovular (rotura prematura de membranas).
- Traumatismos del parto (desgarros, laceraciones).
- Técnica inadecuada de asepsia y antisepsia durante la atención del parto y puerperio.
- Anemia.
- Diabetes.

Vulvitis, Vaginitis y Cervicitis Post-parto o Post-aborto

Definición

Son infecciones localizadas en la vulva, la vagina y el cuello uterino. Se presentan después de un parto o un aborto.

Signos clínicos

Las variedades de mayor importancia clínica son:

- Vulvitis aguda.
- Episiotomías infectadas.
- Úlceras y gangrena.
- Absceso y flemones.
- Erisipela.
- Linfangitis.

Manejo

Preventivo:

- Identifique en el control prenatal las cérvico-vaginitis, y trátelas adecuadamente.
- Aseo vaginoperineal preparto.
- Correcta asepsia y antisepsia durante el parto y las intervenciones obstétricas.

- Correcto manejo en la atención del parto para evitar desgarros y laceraciones. (Buena protección de periné durante el expulsivo y desprendimiento de hombros).
- Uso de técnica de asepsia y antisepsia en la reparación de la episiotomía y en la sutura de desgarros y laceraciones postparto o postaborto.

Curativo:

- Explique a la puérpera qué se debe hacer.
- Descarte presencia de cuerpo extraño (algodón, compresa u otro) en la vagina.
- Curación de la herida o sutura infectada con antisépticos no irritantes, dos veces al día. Retire algunos puntos si hay indicios de supuración.
- Espere cicatrización por segunda intención, si la dehiscencia es pequeña.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Indique Ampicilina 500 mg v.o. cada 6 horas durante 7 días.

Criterio de referencia

- Si la dehiscencia es mayor y requiere resuturar.
- Si no mejora en 48 horas y aparecen signos de complicación.
- Si el recurso disponible es insuficiente para el manejo descrito.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Examen de laboratorio

- Hemograma. Tratar la anemia si es necesario (ver protocolo de Anemia).

Tratamiento

- En dehiscencias mayores (episiotomía), suturar con catgut cromado 1-0, cuando esté en proceso de granulación.

- Drenaje de abscesos
- Indique ampicilina 500 mg v.o. cada 6 horas durante 7 días.
- Si persiste la infección cambiar de antibiótico a Cotrimoxazol 800 mg cada 12 horas durante 7 días.

Criterio de referencia

- Si aparece complicación y el recurso disponible es insuficiente para el manejo descrito.

Insumos

- Cotrimoxazol 800 mg tabletas.
- Ampicilina 500 mg cápsulas.
- Catgut cromado 1-0.
- Equipo de sutura.
- Equipo de curación.
- Solución antiséptica no irritante.

Información para la mujer sobre

VULVITIS, VAGINITIS Y CERVICITIS POST-PARTO, POST-ABORTO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una infección de sus partes (vulva, vagina y cuello uterino) a consecuencia de su parto o aborto, y por ello usted tiene esas molestias: fiebre, escalofríos, transpiración, mareos, náuseas, mal olor en sus partes, dolor del bajo vientre y malestar general.

¿Qué me puede pasar a mi y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema inmediatamente, la infección puede tomar todo su cuerpo y producirle fiebres altas y complicaciones de largo tratamiento, las cuales pueden dejar problemas permanentes.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le daremos antibióticos.
- Deberá continuar dando de mamar a su guagüita,

Para el II nivel (dé la información del I nivel y añada esto)

- Le haremos un examen de sangre.
- Si es necesario, buscaremos el lugar infectado, lo limpiaremos y lo coseremos. Dejaremos un tubito de drenaje para que la pus salga y se cure más rápidamente.

Vulvovaginitis durante el Embarazo

Durante el embarazo existe un flujo vaginal normal debido al aumento del número de lactobacilos y el incremento de la desfoliación del epitelio, con presencia de moco cervical por hiperestrogenismo.

Los flujos anormales más frecuentes son producidos por:

Candida albicans

- Prurito, ardor y leucorrea blanca con aspecto de leche cortada.

Tratamiento:

- Clotrimazol, óvulos de 100 mg vía vaginal, una vez al día antes de dormir, durante 7 días.

Recomendaciones:

- Tratamiento simultáneo a la pareja sexual.
- Abstinencia sexual durante el tratamiento.
- Control post tratamiento.

Trichomona vaginalis

- Flujo vaginal leve, escaso o muy abundante, blanco o amarillo verdoso, de mal olor y con presencia de burbujas de aire. Al examen puede apreciarse inflamación y excoriación de la vulva.
- Las paredes vaginales y el cuello uterino pueden estar cubiertos de una secreción no adherente que al ser removida presenta sangramiento de la superficie mucosa.

Tratamiento:

- Metronidazol, 2 g vía oral, dosis única; o Metronidazol, óvulos de 500 mg cada 12 horas durante 7 días. (A partir del segundo trimestre).

Recomendaciones:

- No realizar este tratamiento en el 1º trimestre del embarazo (el Metronidazol está contraindicado en este período).
- Tratamiento simultáneo a la pareja.
- Abstinencia sexual durante el tratamiento.

- Control post tratamiento.

Herpes genital (Herpes simple)

- El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
- Prurito y ardor, asociado a una placa eritematosa localizada. Posteriormente aparecen vesículas de 1 a 3 mm de diámetro que al romperse provocan la formación de úlceras superficiales muy dolorosas en el cuello uterino y vulva. Son infecciones recurrentes. La primoinfección puede ir acompañada de fiebre, decaimiento, linfadenopatía regional, edema y ulceración alrededor del meato urinario, lo que dificulta orinar.
- La complicación más grave es la infección durante el embarazo y la infección del recién nacido al pasar en el parto por el canal infectado; un 25% de recién nacidos desarrollan enfermedad severa, con una mortalidad del 50%.
- La cesárea electiva previene la infección neonatal.

Tratamiento:

- No hay tratamiento específico.
- Puede usarse:
 - Acyclovir 200 mg v.o., 5 veces al día durante 7 días.
 - Acyclovir tópico, 5 veces al día.

Recomendaciones:

- Control a la pareja sexual.
- Abstinencia sexual durante el tratamiento.
- Mantener el área afectada limpia.
- Control a los 15 días (estricto).

Gardnerella vaginalis

- Flujo grisáceo, fuerte olor a pescado.

Tratamiento:

- Metronidazol 2 g v.o., dosis única; o Metronidazol, 500 mg 2 veces al día durante 7 días (solamente en el 2º y 3º trimestre del embarazo).

Recomendaciones:

- Tratamiento simultáneo a la pareja.
- Abstinencia sexual durante el tratamiento.
- Control post tratamiento.

Neisseria gonorrhoeae

- Es generalmente una infección asintomática en la mujer. Se puede encontrar flujo amarillo verdoso y disuria. Es necesario confirmar el hallazgo por cultivo en medio de Thayer-Martin.

Tratamiento:

- Ciprofloxacina 500 mg, dosis única.
- Ceftriaxona 125 mg i.m., dosis única.
- Penicilina - Procainica, 4.8 millones i.m., más 1 g de Probenecid v.o.

Recomendaciones:

- Control a la pareja sexual.
- Abstinencia sexual.
- Control médico a los 4 días de concluido el tratamiento.

Chlamydia trachomatis

- Generalmente asintomática. El tratamiento durante el embarazo se realiza con Eritromicina, 250 mg v.o. cada 6 horas durante 21 días.

Tratamiento:

- Doxiciclina, 200 mg diarios durante 10 días; o Tetraciclina, 500 mg v.o. cada 6 horas durante 10 días.

Recomendaciones:

- No es de fácil diagnóstico y precisa medios especiales.
- Tomar en cuenta *Trichomona vaginalis*.

Bibliografía

Algoritmos - Atención a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual SNS - La Paz, 1994.

Revisión bibliográfica material CDC.

Tratamiento de la Sífilis Materna durante el Embarazo

Definición

Infección de Transmisión Sexual causada por el *Treponema Pallidum* la misma que puede producir úlcera genital (sífilis primaria) o mantener en forma asintomática (sífilis latente) que solamente se puede diagnosticar a través de pruebas serológicas que permita detectar los anticuerpos (reagina) presentes en la sangre que solamente las personas infectadas con sífilis la tienen. Sólo en un porcentaje menor al 10% la sífilis secundaria se manifiesta lo que muestra que es una enfermedad que en la mayoría de los casos puede no presentar signos y síntomas evidentes.

Signos clínicos

- Sífilis primaria, se caracteriza por la presencia de úlcera genital en mujeres, especialmente en los genitales externos y en algunos casos en genitales internos. La úlcera puede ser indolora, de bordes regulares, generalmente única y limpia.
- La sífilis secundaria, se manifiesta por la presencia de manchas en las palmas de las manos y plantas de los pies, rash cutáneo, adenomegalia y condiloma plano.

Diagnóstico

Fundamentalmente el diagnóstico se basa en pruebas serológicas positivas de detección de anticuerpos anti-treponémicos presentes en la mujer embarazada o madre (RPR o Prueba rápida Treponémica con resultado positivo).

Para fines epidemiológicos se considerará como caso de sífilis materna y deberá tratarse:

- Mujer embarazada o madre con examen físico normal, sin signos y síntomas característicos de sífilis con resultado de RPR Reactivo o Prueba Rápida Treponémica Positiva y que:
 - a) No recibió tratamiento o recibió tratamiento inadecuado o no tiene documentación del mismo.
 - b) Los títulos de RPR se elevaron a dos diluciones más o la pareja no recibió tratamiento y mantuvo relaciones sexuales sin protección.

VDRL Positivo

- Descarte hepatitis aguda y colagenopatías porque puede aumentar la reacción y presentar falso positivo.

- Solicite el FTA-AT (Fluorescent Treponema Antibodies Absorption Test). Si no está disponible, realice tratamiento.
- Si el FTA-AT es positivo, realice tratamiento.
- Si el FTA-AT es negativo, repita el VDRL - RPR cada tres meses; pero si sospecha de sífilis, repita el FTA-AT en un mes.
- Todas las úlceras genitales deben ser consideradas sifilíticas, hasta que estas proveen otras y tratamiento empezado.

Tratamiento

En base a los resultados de Pruebas Rápidas Treponémicas o RPR.

- Penicilina Benzatínica de 2,400,000 UI dosis única y entregar otra dosis a la mujer embarazada o madre para su pareja, el mismo que deberá ser administrada en el mismo Puesto de Salud, Centro de Salud/Hospital o Maternidad, de lo contrario no se podrá asegurar la solución del problema en la mujer embarazada o madre.
- La sífilis tratada antes de la 16^o semana de embarazo previene la sífilis congénita. Más allá de ese lapso, se cura la infección pero no se evitan los estigmas sifilíticos del neonato. Las mujeres necesitan recibir tratamiento por lo menos 30 días antes del parto; si es menor, no cura al feto.
- En caso de alergia a la Penicilina, se recomienda como primera opción la desensibilización ya sea oral o endovenosa en tercer nivel.
- Eritromicina, 500 mg v.o. 4 veces al día durante 30 días consecutivos. La Eritromicina no previene la sífilis congénita.
- Cuando una mujer ha recibido Eritromicina como tratamiento, el niño debe tener un examen radiológico de fémur y también un examen de líquido cefalorraquídeo para excluir la sífilis congénita.
- La Eritromicina no previene la transmisión vertical de la sífilis, por lo que luego del tratamiento con Eritromicina a la madre, se deberá tratar al recién nacido.
- Solamente el tratamiento con Penicilina Benzatínica puede prevenir la transmisión vertical de la sífilis.

Endometritis

Definición

Es la infección de la mucosa uterina como consecuencia de un parto o aborto sucio o en condiciones sépticas.

Signos clínicos

- Buscar antecedentes de parto y/o aborto en malas condiciones o sépticas.
- Temperatura superior a 38° C (axilar) y taquicardia.
- Loquios fétidos (postparto) o flujo serosanguíneo fétido (postaborto).
- Subinvolución uterina, útero doloroso a la movilización.
- Dolor a la palpación en hipogastrio.
- La sudoración y los escalofríos son signos de agravamiento.
- En tacto vaginal, cuello uterino entreabierto y doloroso a la movilización.

Manejo

- Explique a la usuaria lo que ocurre, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.
- Controle la fiebre por medios físicos (pañes fríos húmedos)

- Vigile remisión de signos y síntomas durante 48 horas.
- Indique aseo genital con agua tibia 4-5 veces al día.
- Hidratación adecuada.
- No suspender la lactancia.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Indique Ampicilina 1 g v.o. c/6 h durante 7 días.
- Metilergonovina 1 comprimido cada 8 horas por 3-4 días.
- Paracetamol 500 a 1 g v.o. cada 6 horas o por requerimiento necesario.
- Si se realizó cultivo de flujo o secreciones anormales: tratamiento antibiótico dirigido.

Criterio de referencia

- Si persisten los signos y síntomas después de 48 h de tratamiento, referir al II nivel.
- Si existen complicaciones.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Cultivo y antibiograma del flujo.
- Hemograma y VES.
- Glicemia.
- Hemocultivo seriado (si persiste la fiebre más de 38 °C)
- Grupo y Rh.

Tratamiento

- Haga corrección de la anemia.
- Hidratación. Rínger Lactato o Fisiológico 1000 cc 30 a 60 gotas/minuto.
- Ocitocina 20 a 40 UI diluidas en él.
- Iniciar antibióticos:

Esquema 1 (Biasociado)

- Penicilina G sódica 6.000.000 UI por venoclisis cada 4-6 Hrs por 7 a 10 días ó Ampicilina 1 g iv., v.o cada 6 horas.
- Gentamicina 80 mg IM cada 12 Horas *(después de las 12 semanas de gestación)*

Esquema 2 (Biasociado)

- Penicilina G sódica 6.000.000 UI por venoclisis cada 4-6 Hrs por 7 a 10 días
- Cloranfenicol 1g i.v., v.o , i.m. cada 6 a 8 horas

Esquema 3 (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 i.m. c/8 a 12Horas. o IV c/4 a 6 horas
- No suspender la lactancia.
- Ajuste el tratamiento a resultados del antibiograma si está disponible.
- Efectúe raspado uterino si hay sospecha de retención de restos placentarios u ovulares:
 - Inmediatamente si hay metrorragia importante.
 - Debe ser diferido si hay metrorragia persistente a pesar del tratamiento.

Criterio de referencia

- Si persisten signos y síntomas después de 3-5 días de tratamiento y/o aparecen complicaciones
- Si la capacidad de recursos disponibles no es suficiente para el manejo descrito.

Insumos

- Ampicilina 1 g (frascos).
- Cloranfenicol de 1 g ampollas.
- Gentamicina 80 mg ampollas
- Suero Rínger / Fisiológico 1.000 cc.
- Penicilina sódica 30 Millones
- Metronidazol 500 mg frasco ampolla
- Equipo de venoclisis.
- Sonda Foley / Sonda recolectora.
- Cefotaxima 1 g ampollas
- Ocitocina 5 o 10 UI ampollas

Endometriometritis

Definición

Es la infección de la mucosa uterina y del músculo uterino como consecuencia de un parto o aborto séptico.

Es siempre un cuadro grave, de manejo en II ó III nivel de atención.

Signos clínicos

- Mal estado general, signos de infección, fiebre (más de 38 °C en axilar), hipotermia, estado septicémico.
- Antecedentes de atención de parto o aborto en condiciones sépticas.
- Dolor abdominal severo y difuso.
- Subinvolución uterina.
- Signos de irritación abdominal.
- Signos de agravamiento del cuadro.
- Existe gangrena uterina si al examen ginecológico con espéculo vaginal:
 - El cuello tiene un aspecto cianótico.
 - Salida de gases fétidos y ocasionalmente trozos de tejido uterino.
 - Dolor intenso a la movilización del cuello uterino y a la palpación abdominal del útero.

Manejo

Internación

- Explique a la usuaria lo que ocurre, los riesgos y lo que se debe hacer.
- Procure que orine espontáneamente. Sólo si es necesario instale sonda Foley.
- Tome muestra para cultivo y antibiograma de la secreción uterina.
- Si debe referir, hágalo lo antes posible.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Antes de referir, cateterice vena y administre Rínger o Suero Fisiológico 1.000 cc a 40 gotas por minuto.
- Administre Ocitocina 10 a 20 UI diluidas en el Suero Fisiológico.
- Iniciar antibióticos: Penicilina sódica 6 millones i.v. cada 6 h. o ampicilina 1 g i.v., v.o, cada 6 horas.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación de esta complicación, referir de inmediato al II ó III nivel, según capacidad de recursos disponibles.

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Antes de referir, cateterice vena y administre Rínger o suero fisiológico 1.000 cc a 40 gotas por minuto. Indicar antibióticos:
 - Esquema 1 (biasociado)
 - Penicilina sódica 6 millones i.v. c/6 h.
 - Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 a 12 horas.

Criterio de referencia

- Ante sospecha o confirmación de esta complicación, referir de inmediato al II o III nivel.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Cultivo y antibiograma del flujo.
- Hemograma, VES, Grupo y Rh..
- Glicemia.
- Hemocultivo seriado (si persiste la fiebre más de 38° C).

Tratamiento

- Haga corrección inmediata de trastornos electrolíticos y hemodinámicos.
- Administre Rínger Lactato o fisiológico 1.000 cc a 40 gotas/min.
- Antibióticos:

Esquema 1 (biasociado)

- Penicilina sódica 6 millones i.v. c/6 h.

- Gentamicina 80 mg i.m. c/ 8 a 12 horas.

Esquema 2 (biasociado)

- Gentamicina 80 mg i.m. c/8 a 12 horas.
- Metronidazol 100 ml al 0.5 % (500 mg) 30 minutos por venoclisis y luego cada 8 horas.

Esquema 3 (triasociado)

- Penicilina sódica 6.000.000 UI 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, i.m., i.v. diluida, cada .12 horas.
- Ajuste el esquema de tratamiento al antibiograma si es necesario.
- No suspender la lactancia.

Criterio de referencia

- Paciente que no mejora con tratamiento y presenta complicaciones cuyo manejo requiere de una mayor complejidad de atención.

Insumos

- Ampicilina 1 g (frascos).
- Gentamicina 80 mg ampollas
- Suero Rínger / Fisiológico 1.000 cc.
- Penicilina sódica 30 Millones
- Metronidazol 500 mg frasco ampolla
- Equipo de venoclisis.
- Sonda Foley / Sonda recolectora.
- Ocitocina 5 o 10 UI ampollas
- Metilergonovina ampollas o grageas

Información para la mujer sobre

ENDOMETRITIS / ENDOMIOMETRITIS

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una infección de su matriz a consecuencia de su parto (o aborto). Por ello tiene fiebre, dolor abdominal severo, sangrado y secreción con mal olor.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema inmediatamente, la infección puede tomar todo su cuerpo y producirle fiebres altas y complicaciones de largo tratamiento, las cuales pueden dejar problemas permanentes.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.

- Aseguraremos que su vejiga esté desocupada. Idealmente, usted deberá orinar espontáneamente; si no es posible, le pondremos una sonda de goma para sacar su orina.

- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla y darle medicamentos.

- Le daremos antibióticos.

- Le daremos medicamentos para bajar la fiebre y aliviar el dolor.

- Le haremos un aseo de sus partes con medicamentos.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- Si es posible, le tomaremos una muestra de su secreción, y una muestra de sangre para determinar la razón de su problema.
- En general, debe continuar dando de mamar a su guagüita.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria Anexitis Obstétricas

Definición

Son inflamaciones infecciosas secundarias a una infección obstétrica de uno o de ambos anexos (trompa y ovarios). De comienzo agudo o reagudización de un proceso crónico como causa de parto o aborto en condiciones sépticas.

Lo más común es que se presenten en forma de una salpingitis (inflamación / infección de las trompas uni o bilateral).

Deja como secuela esterilidad secundaria.

Clasificación

- Anexitis supurativa: con absceso tubo-ovárico, piosalpinx y con propagación al peritoneo y riesgo de septicemia.
- Anexitis crónica.

Factores de riesgo

- Parto o aborto asistido en condiciones sépticas.
- Cérvico vaginitis.
- Endometritis.

Signos clínicos

- Signos de infección generalizada:
 - Fiebre.
 - Taquicardia.
 - Sudoración.
 - Deshidratación.
- Dolor a la palpación en hipogastrio, bilateral o unilateral, sordo, continuo, de intensidad variable.
- Signos de irritación peritoneal, defensa muscular abdominal.
- En el examen ginecológico y especuloscopia:
 - Flujo genital hemático, purulento, fétido.
 - Descargas periódicas de líquido purulento acompañadas de dolor, que emergen por el orificio cervical externo.
 - A veces es posible observar abombamiento del fondo de saco posterior.
- Al tacto vaginal:

- Cuello entreabierto doloroso a la movilización, desviado al lado puesto del anexo comprometido. En el fondo del saco posterior se palpa masa dolorosa, alta, alargada irregular separada del útero.
- El tacto rectal no aporta mayores hallazgos.

Exámenes de laboratorio y auxiliares

- Hemograma, glicemia, velocidad de sedimentación (VES).
- Cultivo y antibiograma de flujo uterino.
- Ecografía para localizar él o los anexos involucrados.
- Prueba de hidróxido de potasio.

Manejo

- Internación.
- Control de signos vitales.
- Buscar antecedentes de endometriosis.
- Explique a la paciente los riesgos y los procedimientos que le va a efectuar.
- Reposo semisentada (posición de Fowler).
- Control de diuresis y deshidratación.
- Hidratación.
- Haga corrección de la anemia (ver protocolo de Anemia).

Tratamiento

- Indique analgésicos y sedantes

(Paracetamol 500 mg y Diazepam 5 mg, según necesidad).

- Antibióticos de amplio espectro en dosis altas según antibiograma durante 15 días mínimo hasta normalizar los síntomas clínicos y los resultados de laboratorio.

Tratamiento quirúrgico

- Laparotomía y anexectomía cuando exista un absceso anexial que pueda evolucionar hacia una peritonitis generalizada y en procesos crónicos como anexitis, pio o hidrosalpinx.

PARAMETRITIS

Es la inflamación infecciosa del tejido subperitoneal pelviano (secundaria a una infección localizada). Según su ubicación puede ser:

- Basal: Se localiza en la base de los ligamentos anchos, en los parametrios posteriores o en los ligamentos uterosacros.
- Alta: Localizada entre los ligamentos anchos.
- Celulitis pelviana difusa: Infección generalizada de todo el tejido celular pelviano

Signos clínicos

A continuación se presentan los cuadros clínicos comparativos entre la parametritis alta y basal, dentro de la enfermedad inflamatoria pélvica (ver cuadros en la próxima página):

PARAMETRITIS BASAL	PARAMETRITIS ALTA
ANAMNESIS	ANAMNESIS
Hay antecedentes de parto o aborto con complicación infecciosa.	Antecedentes de parto o aborto previo
Traumatismo cervical (colocación de DIU)	Traumatismo cervical (colocación de DIU)
Fiebre y signos inflamatorios en genitales y abdomen	Endometritis, loquimetra o piometra
Polaquiuria, disuria, pujo, tenesmo, moco y pus en el ano (irritación de órganos vecinos).	Dolor abdominal bajo

PARAMETRITIS BASAL	PARAMETRITIS ALTA
EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO
No se palpa masa inflamatoria.	Se palpa tumor duro doloroso que va desde el fondo uterino hasta el hueso ilíaco correspondiente.
Al tacto vaginal se encuentra un proceso que abraza el fondo de saco correspondiente y que inmoviliza el cuello uterino.	No suele ser fluctuante.
El proceso inflamatorio se extiende desde el útero hasta el hueso ilíaco.	En genitales hay signos de inflamación local.
Si no hay compromiso parametrial bajo, los fondos de saco están libres.	

Diagnóstico diferencial

- La celulitis pelviana difusa presenta signos y síntomas que corresponden a la suma de los dos procesos anteriormente citados.
- Es importante realizar un diagnóstico diferencial de la parametritis con un hematoma del ligamento ancho abscedado post-cesárea. En este caso, la signología es más precoz y, además, está acompañada de anemia y de una masa que aparece antes que el cuadro séptico.

Manejo

- Internación.
- Control de signos vitales.
- Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos y los procedimientos que se debe hacer.
- Vigile diuresis.
- Vigile deshidratación.
- Mejore el estado general de la paciente (hidratación).

Exámenes de laboratorio y auxiliares

- Cultivo y antibiograma del flujo uterino.
- Hemograma completo.
- Glicemia.
- Hemocultivo.
- Ecografía.

Tratamiento

- Inicie antibioticoterapia:
- Mientras espera el resultado del cultivo y antibiograma administre una de las siguientes alternativas:

Esquema uno:

- Ampicilina 1 g i.v. cada 6 horas.

Esquema dos:

- Penicilina sódica 6 millones i.v. cada 6 horas.

Esquema tres:

- Gentamicina de 80 mg i.m. cada 12 horas.
- Ajuste el tratamiento según antibiograma.

Tratamiento quirúrgico

- En parametritis baja: colpotomía y drenaje.
- En parametritis alta: laparotomía, drenaje y colocación de puntos capitonados para evitar una dehiscencia de las suturas.

Insumos

- Suero Fisiológico / Rínger 1 .000 cc.
- Ampicilina 1 g (frascos).
- Penicilina sódica.
- Gentamicina 80 mg.
- Equipo de fleboclisis.
- Equipo de laparotomía.
- Drenaje.

A MANERA DE INTRODUCCIÓN

Infecciones Propagadas (Pelviperitonitis, Peritonitis, Sepsis y/o Choque Séptico)

El manejo y el tratamiento de las *infecciones propagadas secundarias a una infección obstétrica*, a otros órganos o sistemas: Pelviperitonitis, Peritonitis, Sepsis y/o Choque Séptico, deben realizarse en II ó III nivel. En el II nivel, según la disponibilidad de recursos.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD	HOSPITAL DE REFERENCIA
<p>Está indicada la referencia inmediata de pacientes con certeza o sospecha de infección propagada y signología-sintomatología sugerente de infección ginecobstétrica localizada, que no cede al tratamiento y manejo indicado para el I nivel.</p>	<p>Está indicada la referencia al III nivel lo más rápidamente posible si los recursos son insuficientes para el manejo descrito o aparece cualquier complicación cuyo manejo y tratamiento requiere de un nivel de mayor complejidad.</p>

Pelviperitonitis Obstétrica

Definición

Es la inflamación del peritoneo pelviano secundario a una infección obstétrica. La infección y la inflamación resultante tienden a localizarse en la pelvis menor con la presencia de los exudados en la parte más baja del peritoneo.

Esta infección puede curarse totalmente, dejar secuelas o convertirse en una peritonitis generalizada o una septicemia obstétrica.

Factores de riesgo

- Infección obstétrica previa.
- Rotura uterina.
- Intento de aborto.
- Dehiscencia de histerectomía

Signos clínicos

- Aparecen a los de 7 días de iniciado el cuadro de infección obstétrica si la diseminación es linfática o canalicular.
- Compromiso del estado general menor que en la peritonitis difusa.

- Taquicardia, deshidratación, polipnea, fiebre que presenta una diferencia axilo-rectal de más de 1 °C.
- En región baja del abdomen dolor con resistencia a la palpación, Geneau de Mussy positivo, ligero meteorismo.
- En la región supraumbilical el abdomen es blando depresible y poco doloroso.
- Al tacto vaginal se palpa útero aumentado de volumen.
- Al inicio del proceso, el Douglas es levemente doloroso, pero si se va hacia la abscedación, se encuentra un tumor que abomba el fondo de saco vaginal posterior, siendo doloroso y con un surco de separación entre la masa y los huesos ilíacos.
- Al tacto recto-vaginal se aprecia un proceso que ocupa el Douglas, entre los ligamentos uterosacros.

Manejo

- Internación.
- Explique a la usuaria el cuadro, riesgos y procedimientos que le va a efectuar.

- Control de signos vitales cada 6 h.
- Control de diuresis.
- Mejoramiento del estado general
- Realice colpocotomía posterior si fuere necesario.

Exámenes de laboratorio y auxiliares

- Hemograma.
- Hemocultivos.
- Cultivo de exudado peritoneal.
- Glicemia.
- Cultivo de orina.
- Ecografía.
- Radiografía simple de abdomen.

Tratamiento

- Corrija deshidratación, canalice vena ms y administre Rínger Lactato 1.000 cc 40-60 gotas por min.
- Inicie tratamiento antibiótico con uno de los siguientes esquemas:

Es quema uno (triasociado):

- Ampicilina 1 g i.v. cada 6 h.
- Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 h. (Utilizar éste u otro aminoglucósido sólo si hay una buena función renal.)
- Cloramfenicol 1 g i.v. cada 8 h.

Esquema dos (triasociado):

- Metronidazol 500 mg i.v. en 30 minutos a goteo lento cada 8 h.

- Cefotaxima 1 a 2 g i.v. cada 8 h.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 h. o
- Amikacina 500 mg i.m., i.v. cada 8 h.

Esquema tres(biasociado):

- Clindamicina 300 a 400 mg i.v. cada 6 h.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 h.
- Si hay reportes de un cultivo y antibiograma, ajuste tratamiento a resultados.
- Si la infección persiste a pesar de una buena terapia antibiótica, considere el uso de antimicóticos, previo cultivo para hongos.

Tratamiento quirúrgico

Punción de Douglas; y si da salida de pus, colpoceliotomía.

Insumos

- Suero fisiológico / Rínger 1.000 cc.
- Ampicilina 1 g ampollas.
- Gentamicina 80 mg ampollas.
- Cloramfenicol 1 g frascos.
- Metronidazol 500 mg frascos y tabletas.
- Cefotaxima 1 g ampollas.
- Equipo de punción Douglas.
- Clindamicina 300-600 mg. ampollas
- Amikacina 500 mg. ampollas

Peritonitis Obstétrica

Definición

La peritonitis obstétrica es la inflamación generalizada de la cavidad peritoneal secundaria a una infección obstétrica.

Clasificación

- Por inoculación directa de gérmenes (mediante una intervención quirúrgica, perforación uterina, salpingítis y abscesos).
- Por propagación linfática o hemática (por una endometritis, metritis o parametritis).

Signos clínicos

- Fiebre con diferencia de temperatura axilar y rectal mayor a 1 °C, taquicardia, vómitos, tendencia al shock.
- Distensión abdominal con dolor difuso a la palpación.
- Contractura muscular en abdomen defensa muscular.
- Reacción dolorosa en todo el abdomen (signo de Geneau de Mussy positivo).

- Timpanismo y silencio abdominal.
- Es muy importante considerar los siguientes aspectos:
 - Antecedentes de vómitos, dolor abdominal, fiebre o diarrea.
 - Antecedente de algún tipo de infección obstétrica o de intervención quirúrgica intrauterina o intraperitoneal.
 - Se debe tener en cuenta que algunos signos o síntomas pueden estar encubiertos si la paciente estuvo recibiendo antibióticos.
 - Se debe recordar que en el puerperio toda la sintomatología es menos acentuada.

Manejo

- Internación.
- Explique a la usuaria lo que tiene, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.
- Control de signos vitales.
- Control de diuresis.
- Mejore el estado general:

- Corrección de anemia.
- Hidratación. Cateterice vena y administre Rínger Lactato o Suero Fisiológico 1.000 cc a 40 gotas por minuto.
- Corrija trastornos electrolíticos.
- Aportes nutritivos.
- Analgésicos.

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Electrolitos en sangre.
- Hemocultivo.
- Cultivo.
- Antibiograma del exudado peritoneal

Tratamiento

- Inicie tratamiento antibiótico con uno de los siguientes esquemas:

Esquema uno (triasociado):

- Penicilina sódica 6 millones i.m. cada 6 h.
- Cloranfenicol 1 g i.v. cada 8 h.
- Metronidazol 500 mg i.v. en 30 minutos o goteo lento cada 8 h.

Esquema dos (triasociado):

- Ampicilina 1 g i.v. cada 8 h.
- Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 h.

Esquema tres:

- Metronidazol 500 mg i.v. en 30 minutos y a goteo lento cada 8 h.

- Cefotaxima 1 a 2 g i.v. cada 8 h.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 h. o Amikacina 500 mg iv., i.m. cada 8 h.
- Si hay reporte de cultivo y antibiograma, ajuste el tratamiento a los resultados de éste.
- Si la infección persiste a pesar de una buena terapia antibiótica, considere el uso de antimicóticos, previo cultivo para hongos.

Tratamiento quirúrgico

- Se debe hacer siempre en forma precoz, previo equilibrio hemodinámico y mejoramiento del estado general.
- Realizar una laparotomía exploradora con reparación o exéresis de los órganos afectados, lavado peritoneal y colocación de drenajes.
- Considerar siempre la laparotomía contenida, para dar a la usuaria la posibilidad de someterla a nuevos lavados peritoneales en el caso de existir abscesos residuales en cavidad.

Insumos

- Suero Fisiológico / Rínger 1.000 cc.
- Penicilina sódica.
- Gentamicina 80 mg.
- Cloranfenicol 1 g (frascos).
- Metronidazol 500 mg Frasco o tab.
- Amikacina 500 mg, ampollas.

Infección Generalizada

Choque Séptico

Definición

Es un estado de hipoperfusión generalizada, de causa circulatoria, secundaria a la acción sistémica de toxinas bacterianas.

Es una infección obstétrica importante, posterior al embarazo, parto o aborto.

Factores de riesgo

- Rotura prematura de membranas.
- Amnionitis.
- Infección urinaria grave.
- Aborto séptico.
- Legrado con foco séptico activo.
- Exceso de tactos en infección ovular

Signos clínicos

- Puede presentar:
- Hemorragia, deshidratación, hemólisis.
- Hipertermia importante.
- Hipotensión arterial o tendencia al descenso de la presión arterial.
- Oliguria o anuria.
- Excitación psicomotora, piel, fría cianosis, ictericia, llenado capilar lento, pulso blanco, galope cardíaco,

ingurgitación yugular, polipnea, disnea, respiración acidótica.

- En una primera fase la enferma presenta piel caliente y seca, fiebre mayor a 38 °C, rubicundez, presión arterial baja, metrorragia ausente o escasa y tendencia a la oliguria.
- En una segunda fase, cuando se realiza un diagnóstico tardío, presenta piel húmeda y fría, las extremidades están pálidas, hay hipotensión arterial, excitación psicomotora, taquicardia y a veces ictericia con coluria.

Manejo

- *Es un cuadro grave y debe ser tratado en el III nivel de atención.*
- Explique a los familiares qué ocurre, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Ante la sospecha o confirmación debe referir de inmediato:
- Con signos vitales tomados.
- Vena canalizada (idealmente con bránula) con suero Rínger 1.000 cc.

- Abrigada.
- Acompañada.
- Adjuntando la información obtenida (signos vitales, antecedentes del parto o aborto, procedimientos efectuados, líquidos administrados, medición de orina, condición de la paciente, etc.).

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

Ante la sospecha o confirmación debe:

- Tomar signos vitales.
- Vena canalizada (idealmente con bránula) con suero Rínger Lactato 1000 cc o Fisiológico a 40-60 gotas por minuto
- Penicilina sódica 6-10 millones en “bolo” y luego cada 6 horas.
- Cloramfenicol 1 g i.v. y luego cada 8 horas.
- Sonda Foley instalada, idealmente conectada a bolsa o frasco de orina estéril.
- Referir del I nivel al II o III nivel, abrigada, acompañada y adjuntando la información obtenida (signos vitales, antecedentes del parto o aborto, procedimientos efectuados, líquidos administrados, medición de orina, condición de la paciente, etc.).

Criterio de referencia

- De inmediato, si sospecha shock séptico.

- Todo caso de aborto infectado.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento

Iniciar con:

- Tomar signos vitales.
- Vena canalizada (idealmente con bránula) con suero Rínger Lactato 1000 cc o Fisiológico a 40-60 gotas por minuto.
- Penicilina sódica 6-10 millones en “bolo” y luego cada 6 horas.
- Cloramfenicol 1 g i.v. y luego cada 8 horas. (Ver otros esquemas en sepsis)
- Sonda Foley instalada, idealmente conectada a bolsa o frasco de orina estéril.

Criterio de referencia

- Referir al III nivel, abrigada, acompañada y adjuntando la información obtenida (signos vitales, antecedentes del parto o aborto, procedimientos efectuados) si no se cuentan con los medios necesarios para completar el tratamiento.

Insumos

- Rínger Lactato, Fisiológico 1.000 cc.
- Penicilina sódica 30.000.000 UI
- Cloramfenicol 1 g.
- Sonda Foley / bolsa colectora.
- Bránula No. 19

Información para la mujer sobre

CHOQUE SÉPTICO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

(Si la paciente no está consciente, explicar la situación a la familia).

Usted (su familiar) tiene la complicación más grave de una infección después del parto o aborto. Esto se dio como consecuencia de no haber tratado a tiempo dicha infección o por no haber tenido un tratamiento adecuado.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema inmediatamente, la infección puede tomar todo su cuerpo y producirle fiebre alta y complicaciones muy graves.

Es una complicación muy grave y la vida corre peligro.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I y II nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla y darle medicamentos (antibióticos).
- Debido a que este es un problema grave, la enviaremos a un hospital más especializado.
- Pediremos que uno de sus familiares la acompañe y la lleve bien abrigada.
- Si tiene mareos o siente que se va a desmayar, le pediremos que vaya acostada, con los pies más altos que su cabeza.

Sepsis Puerperal

Definición

Es una complicación infecciosa severa del puerperio, que ocurre entre las primeras 24 horas y los 10 días después del parto o aborto.

Signos clínicos

- Dolor pelviano.
- Fiebre igual o mayor a 38,5 °C en por lo menos una ocasión en 24 horas.
- Taquicardia.
- Secreción anormal o salida de pus.
- Secreción vaginal con mal olor.
- Disminución del ritmo normal de regresión uterina. (< 2cm por día en los primeros 8 días. Desde 20 cm a 2 cm sobre la sínfisis pubiana).

Precaución

- Observar aparición de abscesos pelvianos o de septicemia.
- Una mujer con sepsis puerperal puede presentar una hemorragia.

Manejo

- Internación.

- Explique a la usuaria lo que ocurre, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.
- Mantenga a la usuaria bien hidratada.
- Controle signos vitales cada 4 horas.
- Controle evolución de loquios, presencia de hemorragia y signos de complicación.
- Si la sepsis puerperal es el resultado de un aborto, evalúe la necesidad de legrado y planifique la mejor oportunidad para referir o practicarlo (según nivel de atención).
- Si hay hemorragia que no cede al tratamiento, el legrado debe ser inmediato; si no hay hemorragia, espere estabilización de la paciente (hidratada, sin fiebre, anemia controlada).
- No suspender la lactancia.
- Evalúe presencia de anemia y haga el tratamiento correspondiente según la severidad (ver protocolo de Anemia).

PUESTO DE SALUD

Tratamiento

- Refiera de inmediato, previamente:

- Administre Ampicilina 1 g. i.v. ó i.m.
- Canalice vena y administre Rínger Lactato o Solución Fisiológica 1.000 cc 40-60 gotas por minuto.

Criterio de referencia

- Ante la sospecha de esta complicación referir de inmediato al II nivel.

CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- Administre Ampicilina 1 g. i.v.ó i.m.
- Canalice vena y administre Rínger Lactato o Solución Fisiológica 1.000 cc 40-60 gotas por minuto y refiera.

Criterio de referencia

- Toda sospecha de sepsis puerperal debe ser referida al II o III nivel

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y auxiliares

- Hemograma.
- Hemocultivos.
- Cultivo de exudados
- Glicemia.
- Cultivo de orina.
- Ecografía.
- Radiografía simple de abdomen.

Tratamiento

- Internación.

- Medios físicos para bajar la fiebre.
- Explique a la usuaria el cuadro, riesgos y procedimientos que le va a efectuar.
- Control de signos vitales cada 4 horas y PVC.
- Control de diuresis.
- Mejoramiento del estado general.

Tratamiento

- Corrija deshidratación, canalice vena con bránula N° 19 y administre Rínger Lactato o Fisiológico 1.000 cc 40-60 gotas por min.
- Inicie ocitocina 20 a 40 UI en suero fisiológico o de dextrosa a 30 gotas minuto (para 24 horas)
- Inicie tratamiento antibiótico con uno de los siguientes esquemas:

Esquema uno (biasociado):

- Penicilina G 6 millones UI c/4 a 6 horas ó Ampicilina 1 g i.v. c/ 6 h.
- Cloramfenicol 1 g. i.v. cada 8 horas.

Esquema dos (triasociado):

- Penicilina G 6 millones UI c/4 a 6 horas o Ampicilina 1 g iv. C/ 6 h.
- Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 h. (Utilizar éste u otro aminoglucósido sólo si hay una buena función renal.)
- Metronidazol 500 mg a 1 g i.v. lenta en 30- 40 minutos cada 8 horas.

Esquema tres (triasociado):

- Metronidazol 500 mg i.v. en 30 minutos a goteo lento y luego cada 8 h.
- Cefotaxima 1 a 2 g i.v. o i.m. cada 8 h.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 h. o Amikacina 500 mg i.m., i.v. cada 8 h.

Esquema cuatro (biasociado):

- Clindamicina 300 a 400 mg i.v. cada 6 h.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 h.
- Si hay reportes de un cultivo y antibiograma, ajuste tratamiento a resultados.
- Evalúe la necesidad de hacer legrado instrumental, histerectomía u otras intervenciones quirúrgicas y hágalo en el momento más oportuno (8 horas post-tratamiento antibiótico) y de acuerdo a criterio de equipo.

Criterio de referencia

- Si la infección persiste a las 48 horas a pesar de una buena terapia antibiótica, considere el uso de antimicóticos, previo cultivo para hongos, o refiera al III nivel.
- Si aparece otra complicación.
- Si no hay recursos disponibles para el manejo descrito; si es insuficiente, referir al III nivel de atención.

Insumos

- Suero fisiológico / Rínger 1.000 cc.
- Ampicilina 1 g (ampollas y cápsulas)

- Gentamicina 80 mg ampollas.
- Cloramfenicol 1 g (frascos).
- Metronidazol 500 mg (frascos y tabletas)
- Cefotaxima 1 g ampollas.
- Clindamicina 300-600 mg ampollas
- Bránula N° 19

Bibliografía

GUIAS TECNICAS PARA LA ATENCIÓN DEL SEGURO BASICO DE SALUD: *Sepsis Obstétrica*. Ministerio de Salud y Previsión Social. Bolivia, Ed. 1999. 91- 92.

GOODMAN GILMAN A. et al: *Agentes antimicrobianos en el tratamiento de las infecciones*. Bases farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Panamericana. México D.F. Tercera reimpresión 1995. 991-1011.

UGALDE M., et al. *Sepsis puerperal*. Medicamentos y Acciones Esenciales. Manejo de Complicaciones Maternas y Perinatales. MotherCare Bolivia. Ed. Stampa. 2000. 45-46

GONZALES M.A., LOPERA W. ARANGO A.: *Agentes Antimicrobianos*. Fundamentos de Medicina, *Manual de terapéutica*. Editorial Rojo. Octava Ed. 1998, 29-64

CURRICULO DE CAPACITACION, MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES. LIBRO II-GUIA DEL PARTICIPANTE. *Manejo de las Infecciones ginecoobstétricas*. MotherCare Bolivia, UMSA, UMSS. Biblioteca de Medicina. TOMO XXX VI. Stampa Gráfica Digital Primera Edición 1998. 299-311.

Información para la mujer sobre

SEPSIS PUERPERAL

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Usted tiene una infección en su matriz (sobreparto) debido a que su parto (o aborto) fue atendido en condiciones poco higiénicas.

¿Qué me puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema inmediatamente, la infección puede tomar todo su cuerno y producirle calentura o (fiebre alta), dolor abdominal severo, latidos rápidos del corazón y secreción de sus partes con mal olor. Esto puede producir complicaciones, y dejarle problemas en sus siguientes embarazos.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I nivel

- La examinaremos para saber dónde está la infección.
- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Le pediremos que orine.

- Deberá continuar dando de mamar a su guagüita.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para hidratarla y darle medicamentos (antibióticos).
- Le daremos medicamentos para bajar la fiebre y aliviar el dolor.
- Le haremos un aseo de sus partes con medicamentos.
- La enviaremos al Hospital.

Para II nivel (Dé la información del I nivel y añada esto)

- La hospitalizaremos y la examinaremos para saber dónde está la infección.
- Le pediremos que orine. Si no es posible, le pondremos una sonda de goma para ayudarla.
- Si es posible, le tomaremos una muestra de su secreción, y una muestra de sangre para determinar la razón de su problema.
- Si es necesario, le haremos una limpieza de la matriz con anestesia.
- Si no se siente mejor con este tratamiento, la enviaremos a un hospital más especializado.

Infecciones de la Mama

Definición

Son infecciones de la glándula mamaria ocasionadas generalmente por mala técnica de amamantamiento.

Pueden complicarse si no se tratan oportunamente.

Según su localización, pueden ser:

Del pezón:

- *Grietas (erosiones, fisuras, ulceraciones).*

De la mama:

- *Mastitis aguda.*
- *Linfangitis.*
- *Absceso mamario.*

Grieta

- Es una solución de continuidad o separación del epitelio del pezón o de la aréola, debida a técnica inadecuada de amamantamiento (presión o tracción exagerada del pezón).
- Es la puerta de entrada a estreptococos, estafilococos y colibacilos.

PUESTO DE SALUD, CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo

- El manejo es fundamentalmente preventivo.

Durante el control prenatal:

- Preparar a la madre para el amamantamiento.
- Motive la confianza en su capacidad natural de amamantar. Hable con su esposo, su pareja o familiares sobre la importancia de apoyar
- Evalúe tipo de pezón. Si es plano o umbilicado, enseñe ejercicios de rotación y estiramiento suave del pezón, para favorecer la capacidad de protruir durante la lactancia. (No indique si tiene antecedentes de parto prematuro.)
- Enseñe la técnica de amamantamiento: posición de la madre y del bebé, forma correcta de succionar el pezón y la aréola, vaciamiento del pecho, etc.
- Durante el puerperio:

- Lavado de manos antes de dar de mamar (especialmente si ya hay infección o grieta).
- Lavado de manos del personal que atiende a la madre y a su recién nacido.
- Asegúrese que la madre esté usando la técnica correcta de amamantamiento para evitar la aparición de grietas y fisuras en el pezón.
- Oriente a la madre sobre una hidratación y alimentación adecuada utilizando los recursos disponibles.

Si hay grietas en el pezón:

- Explique a la madre lo que tiene, los riesgos y la importancia de seguir las indicaciones.
- Si la grieta es leve, brinde el apoyo necesario para que la mujer continúe amamantando directamente.
- Corrija la técnica de amamantamiento, cuidando que la boca del bebe esté de frente al pecho y asegure que el pezón y la aréola queden dentro de la

boca del recién nacido durante el amamantamiento.

- Indique que después de cada tetada se cubra el pezón y la aréola con leche materna, y los deje al aire libre, expuestos al sol por algunos minutos.
- Si la grieta es muy profunda, indique extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y dársela al niño con cuchara durante 1 ó 2 días (oriente sobre la importancia de la higiene en este procedimiento).
- Refuerce y observe el uso adecuado de la técnica de amamantamiento.
- No suspenda la lactancia.
- No use pomadas cicatrizantes (la humedad retarda la cicatrización).

Criterio de referencia

- Si aparecen síntomas o signos de mastitis aguda, y no se tiene suficiente capacidad resolutive para el manejo, refiera al nivel de mayor complejidad.

Información para la mujer sobre

INFECCIONES DE LA MAMA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Tiene una infección en sus pechos debido a las heridas de sus pezones. Esto le produce dolor al dar de lactar, y puede producir infección, fiebre e hinchazón en sus senos. Esto generalmente sucede porque no es adecuada la forma de darle de lactar a su guagüita.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos este problema rápidamente, la infección puede generalizarse y comprometer su estado de salud general e impedir que siga dando de lactar a su guagüita.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I y II nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- El tratamiento va a depender de la gravedad de la infección:
 - En primer lugar recuerde que debe lavarse las manos antes

de dar de mamar, especialmente si ya hay infección o grietas.

- Si presenta grietas o heridas pequeñas en el pezón, le enseñaremos a dar de lactar adecuadamente y le pediremos que nos haga una demostración. Le daremos indicaciones para ayudar a la cicatrización de las heridas. Es importante que siga dando de lactar a su guagüita.
- Si presenta grietas o heridas profundas en el pezón, le enseñaremos a sacarse su leche manualmente y dársela a la guagüita, hasta que su pezón esté curado. Le daremos indicaciones para ayudar a la cicatrización de las heridas. Una vez sanadas las heridas, podrá continuar dando de lactar directamente de su pecho.
- Recuerde que después de dar su pecho debe cubrir el pezón y la aréola con su propia leche y dejar al aire libre y expuesto al sol por unos minutos.
- Continúe dando de mamar a su guagüita.
- No use pomadas cicatrizantes, pues la humedad retarda la cicatrización.

Mastitis Aguda

Definición

Es la inflamación aguda o supurada de la mama durante la lactancia.

Los conductos galactóforos o las grietas del pezón son la puerta de entrada de los gérmenes.

Factores de riesgo

- Mala técnica de amamantamiento.
- Aseo insuficiente de las manos de la madre o persona que la atiende a ella y a su recién nacido.
- Vaciamiento incompleto de las mamas.
- Retención de leche.
- Saltarse una mamada.
- Agotamiento excesivo de la madre.

Signos clínicos

- Puede haber compromiso serio del estado general.
- Dolor en la mama afectada, y que aumenta con la lactancia.
- Fiebre y escalofríos.
- Enrojecimiento y turgencia de la zona afectada.

- Puede haber aumento de volumen de la mama afectada.
- Zona edematosa y enrojecida.
- Algunas veces secreción lácteo-purulenta por el pezón.
- Adenopatía axilar.
- Puede involucrar espontáneamente o evolucionar a una mastitis parenquimatosa o a una mastitis intersticial.

Manejo

- Una vez instalada la mastitis, se la debe tratar precozmente para evitar que evolucione hacia un absceso mamario.
- Explique a la madre lo que tiene, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.
- Indique reposo (idealmente, 24 a 48 horas de cama).
- Líquidos abundantes.
- Vaciamiento completo y frecuente de la mama.
- No suspenda la lactancia (la infección está en el tejido extraglandular).

PUESTO DE SALUD, CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento

- Analgésicos o antiinflamatorios.
- Indique antibióticos: Cloxacilina 250 - 500 mg cada 6 h v.o. durante 10 días, o Eritromicina 250-500 mg cada 6 h v.o. durante 10 días.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Criterio de referencia

- Si no hay signos de mejoría después de las 48 horas de tratamiento.

- Si aparece compromiso del estado general.
- Si no hay recursos suficientes para el manejo adecuado.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Criterio de referencia

- Si hay signos de complicación y no hay recursos suficientes para el manejo adecuado.

Insumos

- Cloxacilina 250 mg cápsulas.
- Eritromicina 250 mg cápsulas.
- Paracetamol 500 mg tabletas.

Absceso Mamario

Definición

Es la colección enquistada de pus en la mama, que se produce a consecuencia de una mastitis no tratada o tratada tardía o insuficientemente.

Manejo

- En general, es de manejo quirúrgico, aunque puede vaciarse espontáneamente a través de un conducto.
- Explique a la mujer qué tiene, sus riesgos y los procedimientos que va a efectuar.
- Si hay vaciamiento espontáneo, maneje de acuerdo a lo indicado en la mastitis.
- Si el absceso es drenado cerca de la aréola, la madre va a tener dificultades para alimentar al niño, pero puede amamantarlo del lado sano.
- Si el absceso fue drenado lejos de la aréola, puede amamantar de ambos lados, no es una contraindicación de la lactancia.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Tratamiento

- El tratamiento es igual que el de la mastitis.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento

- El tratamiento quirúrgico consiste en el drenaje del absceso, procurando no seccionar los conductos galactóforos y sin destruir las trabéculas innecesariamente.
- Se debe debridar ampliamente con el dedo, evitando dejar cavidades sin drenar.
- No dejar drenajes comunicando dos incisiones.

PUESTO DE SALUD, CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Criterio de referencia

- Si no hay signos de mejoría tras 48 horas de tratamiento.
- Si los recursos son insuficientes para un manejo adecuado.

Información para la mujer sobre

MASTITIS AGUDA Y ABSCESO MAMARIO

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema

Tiene una grave infección en sus pechos debido a las grietas producidas en sus pezones. Esto puede ser por varias razones: por dar de lactar inadecuadamente, por no vaciar completamente sus senos al dar de mamar, por retención de leche, por saltarse una mamada, o porque usted está completamente agotada. Es por ello que tiene fiebre, escalofríos, dolor, malestar general e hinchazón de senos.

¿Qué me puede pasara mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos esta infección rápidamente, usted se puede enfermar y no podrá dar de mamar a su guagüita.

Si este problema continúa, puede transformarse en una bola de pus (**absceso mamario**), la cual tendremos que sacar poniéndole anestesia y haciendo un pequeño corte en su seno.

¿Qué me han a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I y II nivel

- Le tomaremos su presión arterial, temperatura y pulso.
- Debe hacer reposo de uno a dos días en cama.
- Le daremos medicamentos para aliviar el dolor, la hinchazón y la infección.
- Debe beber agua en abundantes cantidades.
- Debe asegurar que su guagüita vacíe sus pechos completa y frecuentemente, utilizando la técnica adecuada. (Nota: referirse a las instrucciones delineadas en este protocolo.)
- Debe continuar dando de mamar a su guagüita. Su leche no le hará daño.
- Para que esto no le vuelva a pasar, recuerde que debe darle de mamar a su guagüita cada vez que tenga hambre, y asegúrese de vaciar completamente cada seno.

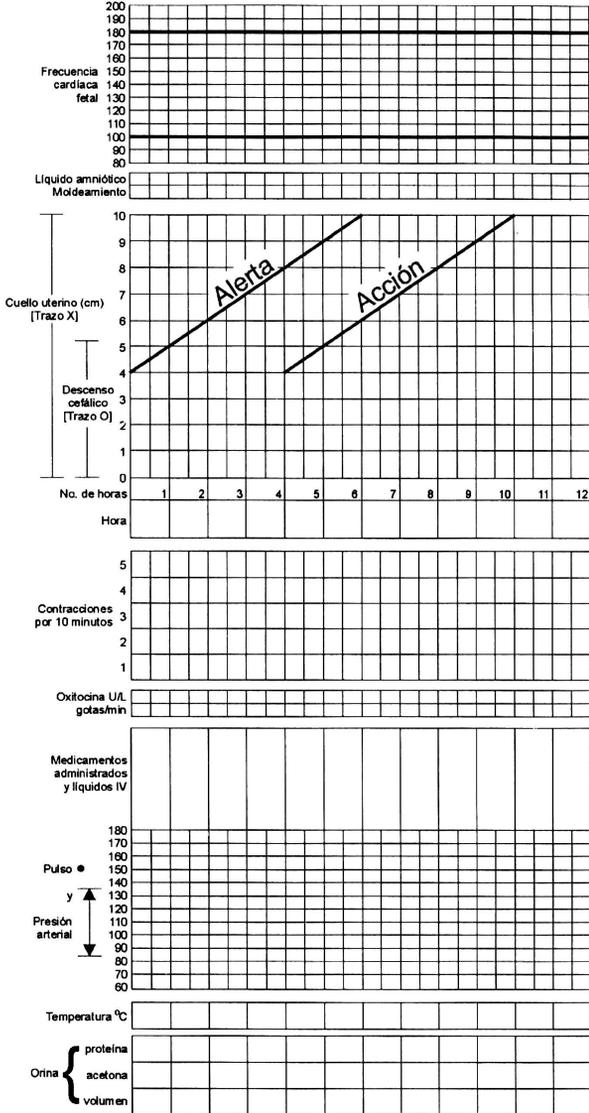
***Anexos a los
Protocolos
Obstétricos***

ANEXO 2

Partograma de la OMS modificado

Nombre _____ Gravidiez _____ Paridad _____ No. de historia clínica _____

Fecha de ingreso _____ Hora de ingreso _____ Membranas rotas _____ hora(s) _____



USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Información sobre la paciente : Nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, y la hora de rotura o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partoograma).

Frecuencia cardiaca fetal: Registre cada media hora.

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

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

Moldeamiento

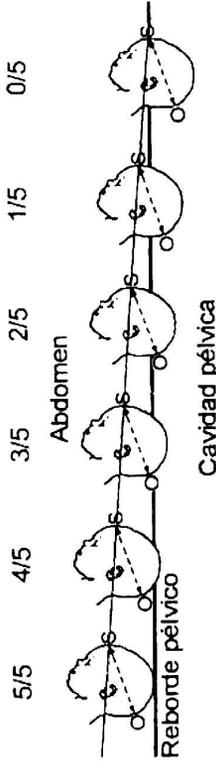
- 1: suturas lado a lado;
- 2: suturas superpuestas, pero reducibles;
- 3: suturas superpuestas y no reducibles.

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

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

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

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable



Completa-mente por encima Sincipucio fácilmente palpable, occipucio fácilmente palpable
Sincipucio por alto, Sincipucio fácilmente palpable, occipucio apenas palpable
Sincipucio palpable, Sincipucio palpable, occipucio no palpable
Sincipucio no palpable, Sincipucio no palpable, occipucio palpable
Sincipucio apenas palpable, Sincipucio apenas palpable, occipucio palpable
Sincipucio no palpable, Sincipucio no palpable, occipucio palpable
Sincipucio palpable, Sincipucio palpable, occipucio palpable

por encima de la sinfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. A 0/5, el sincipucio (S) está al nivel de la sinfisis del pubis.

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

Hora: Registre el tiempo real.

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

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

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

Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

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

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

Temperatura: Registre cada 2 horas.

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

Fuente : IMPAC - 2002.

ANEXO 3

CARNET DE SALUD DE LA MADRE
PLAN BOLIVIA

CARNET PERINATAL - CLAP - OPS / OMS		FECHA DE NACIMIENTO	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	CONTROL PRENATAL EN
NOMBRE: _____		dia mes año	ninguna <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/>	ninguno <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/>	casado <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/>	PARTO EN
DOMICILIO: _____ ZONA _____		EDAD (años)	si <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> uny <input type="checkbox"/>	soltera <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>
LOCALIDAD _____		< de 18 <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
MUNICIPIO _____ RED _____		> de 40 <input type="checkbox"/>	años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
					F. Nac. _____	Nº Reg. _____

Este color significa ALERTA

ANTECEDENTES		OBSTETRICOS		ESTADOS DE VIDA	
FAMILIARES	PERSONALES	gestas previas <input type="checkbox"/>	aborts <input type="checkbox"/>	vaginales <input type="checkbox"/>	nacidos vivos <input type="checkbox"/>
no si <input type="checkbox"/>	no si <input type="checkbox"/>	último < 3500 g <input type="checkbox"/>	último > 4500 g <input type="checkbox"/>	último pretermaturo <input type="checkbox"/>	último pretermaturo <input type="checkbox"/>
diabetes <input type="checkbox"/>	adm. preconcep. ácido fólico <input type="checkbox"/>	partos <input type="checkbox"/>	cesáreas <input type="checkbox"/>	nacidos muertos <input type="checkbox"/>	después <input type="checkbox"/>
hipertensión <input type="checkbox"/>	infertilidad <input type="checkbox"/>	cardiopat. reñop. <input type="checkbox"/>	cond. médica grave <input type="checkbox"/>	muertes < 1º sem. <input type="checkbox"/>	muertes > 1º sem. <input type="checkbox"/>
preclampsia eclámpsia <input type="checkbox"/>	cond. médica grave <input type="checkbox"/>				

GESTACION ACTUAL		EG CONFIABLE por FUM		MOVIM. FETALES desde		CIGARRILLOS POR DIA		ALCOHOL DROGAS		ANITETANICA		ANTIRRUEOLA		EX NORMAL	
PERSONA INTERC. <input type="checkbox"/>	TRIA (1) <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
NO. DE MASA CORPORAL	BACTERIURIA	GRUPO	PA	RAPIAN. COLICLOU	Dates. prot. otra	VIM. solicitada	VORL/RPR < 20 sem.	SIFILIS confirmada por FTA	VORL/RPR ≥ 20 sem.	Hb < 20 sem.	Fe / FETALOS indicados	Hb > 20 sem.	ESTREPTOCOCCUS B 35-37 semanas	PELVIANA interna/externa	
dia mes edad gest.	sem. no si <input type="checkbox"/>	sem. no si <input type="checkbox"/>	altura uterina	presentación	latidos fetales	No. Tab. S. fetoico	Signos de alarma, exámenes, tratamientos		Responsable	Próxima cita					
1	2	3	4	5	6	7									

ABORTO		CORTICOIDES ANTENATAL		INICIO		RUPTURA MEMBRANAS ANTERIOR		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION		ENFERMEDADES	
Dias <input type="checkbox"/>	CICLO UNICO <input type="checkbox"/>	semana inicio <input type="checkbox"/>	completo <input type="checkbox"/>	múltiple <input type="checkbox"/>	ninguna <input type="checkbox"/>	esporádico <input type="checkbox"/>	inducido <input type="checkbox"/>	cesar. elect. <input type="checkbox"/>	EG sem. <input type="checkbox"/>	Tiempo hasta el parto <input type="checkbox"/>	céfalica <input type="checkbox"/>	pelviana <input type="checkbox"/>	transversiva <input type="checkbox"/>
NOTAS: _____												ninguna <input type="checkbox"/> HTA previa <input type="checkbox"/> HTA inducida <input type="checkbox"/> embacaco <input type="checkbox"/> preclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopat. reñop. <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> otra cond. grave <input type="checkbox"/>	

PARTO		NACIMIENTO		MÚLTIPLE		TERMINACION		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		INDUC. OPER.	
MUERTO antes/parto <input type="checkbox"/>	vivo <input type="checkbox"/>	hora min dia mes año	orden <input type="checkbox"/>	único <input type="checkbox"/>	espontánea <input type="checkbox"/>	cesárea <input type="checkbox"/>	fórceps <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>	_____	INDUC. <input type="checkbox"/>	OPER. <input type="checkbox"/>
acompañante <input type="checkbox"/>	posición PARTO <input type="checkbox"/>	EMBRIO/GEMIA <input type="checkbox"/>	DESARROLLO <input type="checkbox"/>	OXITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO <input type="checkbox"/>	PLACENTA/RETENIDA <input type="checkbox"/>	LIGADURA CORDON <input type="checkbox"/>	MESO <input type="checkbox"/>	otocoma <input type="checkbox"/>	antibiot. <input type="checkbox"/>	anest. general <input type="checkbox"/>	anest. general <input type="checkbox"/>

RECIEÑ NACIDO		PER CEFALICO		EDAD POR EX FISICO		PESO EG		APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA de PARTO		1 CAPSULA DE VITAMINA "A" ADMINISTRADA POSPARTO	
SEXO <input type="checkbox"/>	PESAL NACER <input type="checkbox"/>	LONGITUD <input type="checkbox"/>	semanas <input type="checkbox"/>	dias <input type="checkbox"/>	adec. <input type="checkbox"/>	1º min. <input type="checkbox"/>	2º min. <input type="checkbox"/>	3º min. <input type="checkbox"/>	masaj. <input type="checkbox"/>	adrenalina <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
DEFECTOS CONGENITOS <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS <input type="checkbox"/>	TAMIZAJE NEONATAL NORMAL <input type="checkbox"/>	VORL <input type="checkbox"/>	TSH <input type="checkbox"/>	Audición <input type="checkbox"/>	Bir <input type="checkbox"/>	Hipóxi <input type="checkbox"/>	Macron <input type="checkbox"/>	Prda <input type="checkbox"/>	Bata <input type="checkbox"/>	anti <input type="checkbox"/>	anti <input type="checkbox"/>	anti <input type="checkbox"/>	anti <input type="checkbox"/>	anti <input type="checkbox"/>

EGRESO RN		EGRESO DE LA MUJER	
dia mes	vivo <input type="checkbox"/>	dia mes	vivo <input type="checkbox"/>
vivo después de traslado <input type="checkbox"/>	fallace <input type="checkbox"/>	vivo después de traslado <input type="checkbox"/>	fallace <input type="checkbox"/>
fallace después de traslado <input type="checkbox"/>	fallace <input type="checkbox"/>	fallace después de traslado <input type="checkbox"/>	fallace <input type="checkbox"/>
F. Nac. _____	Nº Reg. _____	F. Nac. _____	Nº Reg. _____

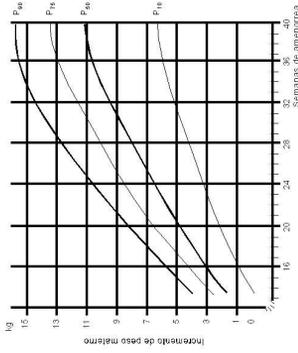
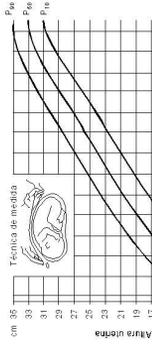
Descripción de códigos en el reverso

**CARNET DE SALUD DE LA MADRE
PLAN BOLIVIA**



Ministerio de Salud y Deportes

NOMBRE/APELLIDOS: _____
 RESUMEN DE SALUD: _____
 DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____



FECHA DE PARTO: / /
 FECHA DE VIGENCIA: / /

5. ¿En qué movilidad podría llegar hasta el servicio de salud para el parto o en caso de alguna complicación? (CONVERSAR CON LA EMBARAZADA SOBRE UNA O DOS POSIBILIDADES FACTIBLES: VEHICULOS, DE TRANSPORTE PÚBLICO, Y DE PARIENTES O VECINOS)

6. ¿Qué persona o agente de la comunidad (manzanera, RPS, defensor de la salud, otro) conozco que pudiera ayudarme para mi parto o si mi embarazo se complica? ¿ES CALIFICADO PARA EL SERVICIO DE SALUD ELEGIDO? LA EMBARAZADA DEBE CONOCER LA DIRECCIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA

(Nombre y tipo de agente)

7. Si el servicio de salud queda lejos, ¿dónde podría alojarme por unos días antes de la fecha de mi parto? (sitio cercano al servicio de salud elegido)

8. ¿Qué necesito para el parto? (ORIENTARLA SOBRE EL PARTICULAR)

DESPUÉS DE MI PARTO
 9. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) atenderá todas mis enfermedades hasta los 6 meses después de mi parto.

Nombre y apellidos de la persona que ayudó a elaborar y completar el Plan

Fecha: / /

PLANEANDO MI PARTO

NOTA PARA EL PERSONAL DE SALUD: Si la embarazada llega con el formulario "Planeando mi parto" llenado por un agente comunitario, al personal del servicio de salud le corresponde confirmar, completar o mejorar la información. En caso contrario, dialogar con la embarazada sobre las preguntas planeadas a continuación, ofreciéndole ayuda y orientación. La información debe quedar registrada en la historia clínica

Señora: _____

Planear el parto es muy necesario para prevenir dificultades y evitar riesgos de último momento. Las siguientes preguntas sirven para saber lo que usted piensa de su embarazo, pero también le ayudan para que junto con su familia pueda tomar decisiones oportunas sobre los asuntos planeados sobre el parto. El personal de salud que usted sea conveniente que consulte primero con su esposo o compañero, familiares, amigos y vecinos.

1. ¿Dónde preferiría o quisiera tener mi parto?

(SI ES EN UN SERVICIO DE SALUD, ORIENTARLA SOBRE EL LUGAR MAS APROPIADO, INCLUIDO ESTE SERVICIO SI TIENE ATENCIÓN DE PARTOS)

2. Si tuviera alguna complicación mientras estoy embarazada, ¿a cuál servicio de salud u hospital tendría que ir? (ORIENTARLA EN RELACION CON LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ESTE SERVICIO Y OTROS).

(Nombre del servicio, ubicación y distancia)

DURANTE EL PARTO, O SI TENGO ALGUNA COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO:

3. ¿Con quién voy a dejar mis hijos? (nombre, parentesco o tipo de relación)

4. ¿Qué familiar o persona conocida me acompañará hasta el servicio de salud? (nombre, parentesco o tipo de relación)

ANEXO 5
TABLA DE JELLIFE

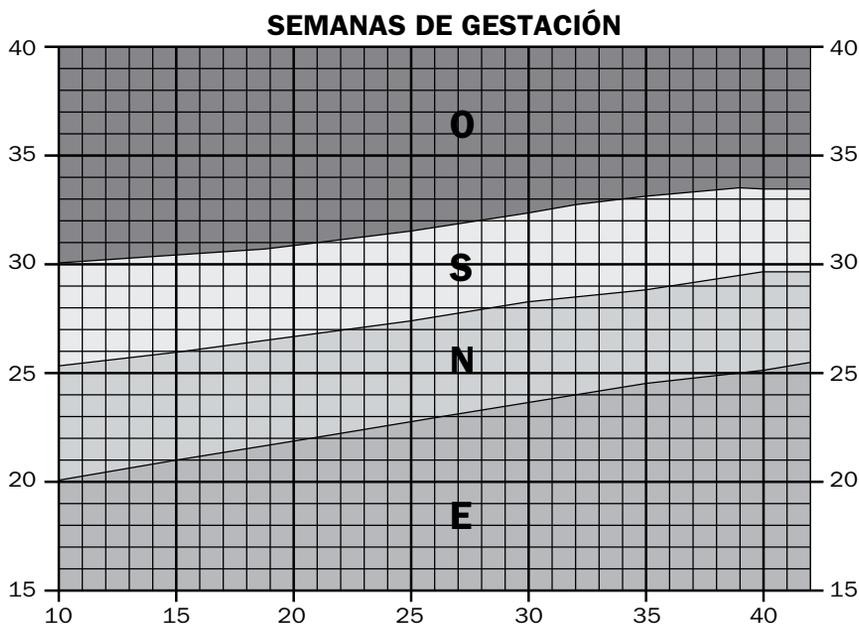
Talla (cm)	Peso (kg)	Talla (cm)	Peso (kg)
140	44,9	155	53,1
141	45,4	156	53,7
142	45,9	157	54,3
143	46,4	158	54,9
144	47,0	159	55,5
145	47,5	160	56,2
146	48,0	161	56,9
147	48,6	162	57,6
148	49,2	163	58,3
149	49,8	164	58,9
150	50,4	165	59,5
151	51,0	166	60,1
152	51,2	167	60,7
153	52,0	168	61,4
154	52,5	169	62,1

Fuente: Dic. Atención a la Mujer. SNS/Bolivia

ANEXO 7

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$



Atalah E. Castillo C. Castro R. Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas
Rev. Chile 1997; 125: 1429-36

O = Obesidad
S = Sobrepeso
N = Normal
F = Enflaquecida

ANEXO 7
ALIMENTOS RECOMENDADOS POR DÍA¹⁵

ALIMENTOS	MUJERES FÉRTILES EMBARAZADAS		EMBARAZADAS	
	1º TRIMESTRE		2º Y 3º TRIMESTRE	
ENERGÉTICOS	Cantidad	En medidas caseras	Cantidad	En medidas caseras
CEREALES: Arroz, quinua, maíz	150 g	10 cucharas	180 g	12 cucharas
Pan	120 g	2 unidades	180 g	3 unidades
LEGUMINOSAS: Habas y arvejas secas, tarhui, soya	60 g	4 cucharas	90 g	6 cucharas
TUBÉRCULOS: Papas, camote, oca	240 g	4 unidades	240 g	4 unidades
GRASAS	45 g	3 cucharas	30 g	2 cucharas
AZÚCAR	30 g	6 cucharillas	40 g	8 cucharillas
FORMADORES				
LECHE	20 cc	1 vaso	200 cc	1 vaso
QUESO (en vez de leche)	30 g	1 tajada	30 g	1 tajada
CARNE SIN HUESO: Res, pollo, cordero, cerdo	90 g	1 porción	135 g	1 1/2 porción
VÍSCERAS: Hígado, corazón, riñón	90 g	1 porción	135 g	1 1/2 porción
HUEVO (en vez de carne)	100 g	2 unidades	100 g	2 unidades
VEGETALES (en vez de carne)	60 g	4 cuch.cereal y 3 de leguminosas	90 g	6 cuch.cereal y 4 de leguminosas
PROTECTORES				
VERDURAS VERDES Y AMARILLAS: Acelga, lechuga, zanahoria	60 g	1 porción	120 g	2 porciones
OTRAS VERDURAS: tomate,	120 g	2 porciones	120 g	2 porciones
FRUTA: Cualquier fruta de la época	90 g	1 unidad	180 g	2 unidades
LÍQUIDOS				
Refrescos de cereales, jugos de	800-1000 cc	4 - 5 vasos	800-1000 cc	4 - 5 vasos

15. **Nota:** De los alimentos que figuran en minúscula debe seleccionarse uno. En el caso de los alimentos formadores (proteínas) hay opciones, según disponibilidad en el mercado y posibilidad económica (el queso en vez de leche, mezclas vegetales en vez de carne).

FUENTE: Doc. Atención Integral a la Mujer SNS / Bolivia.

ANEXO 8

Inducto Conducción del Trabajo de Parto

Definición

Es un medio para desencadenar en forma artificial el trabajo de parto.

Se denomina *inducción* al uso de ocitocina en dosis fisiológicas, adecuadamente preparadas y recomendadas, para iniciar el trabajo de parto.

Conducción es el uso de ocitocina en dosis fisiológicas, adecuadamente preparadas y recomendada, para manejar la contractibilidad uterina, ya iniciada, regulando su intensidad y frecuencia hasta lograr la finalización del trabajo de parto.

Indicaciones

- Para II nivel exclusivamente.
- Condiciones cervicales favorables con índice de Bishop mayor a 6 puntos (ver figura 1).

Contraindicaciones

- Desproporción feto pélvica.
- Situación o presentación anómala.
- Sufrimiento fetal agudo o crónico.
- Placenta previa.
- Útero malformado, tumores previos.

- Antecedentes de cirugía en útero:
- Cesárea corporal, cesárea iterativa, miomectomía, etc.
- Hipertonía uterina
- Anemia severa
- Desnutrición materno-fetal

Técnica

- Explique a la paciente lo que le va a hacer y cuáles son los efectos esperados.
- Diluya 5 UI de Ocitocina en 1000 cc de fisiológico e inicie el goteo a 10 gotas por minuto.
- Inicie goteo de Ocitocina a 4 mU/minuto y aumente dicho goteo duplicando la dosis cada 30 minutos hasta obtener una adecuada respuesta contráctil del útero, sin sobrepasar las 32 mU/minuto.
- Si no es efectivo, suspender el goteo a las 12 horas de iniciado; permitir reposo de la fibra uterina por 12 horas y reiniciar un nuevo goteo, duplicando la dosis hasta obtener respuesta.

- Si fracasa el segundo intento, dar por fallida la maniobra. Indicación cesárea.

Insumos

- Ocitocina 5 unidades, ampolla.
- Fisiológico o dextrosa 5% 1000 cc.
- Venoclisis.

Bibliografía

- SCHWARCZ R., DUVERGES C., DIAZ G., FESCINA R. Inducto-conducción del parto. Obstetricia. Uruguay Montevideo. Ed. El Ateneo 1997; pp. 573-575.
- MANUAL DE TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS. Inducto-conducción del parto. UMSA-MSPS-MotherCare Bolivia 1998. Stampa Grafica Digital; pp. 97-98.

Figura 1 TEST DE BISHOP MODIFICADO¹⁶

Definición

Es un sistema de puntuación que sintetiza en cifras las condiciones cervicales y de encajamiento de la presentación para poder realizar en cada caso una adecuada inducto-conducción.

Evaluación

Parámetros	0	1	2	3
Borramiento	20%	30%	50%	Borrado
Dilatación	0	1 – 2	3 – 4	Más 4
Consistencia	rígido	mediano	blando	-
Posición	posterior	central	anterior	-
Encajamiento	libre	insinuado	encajado	encajado

Interpretación

- Una puntuación superior a 9 indica maduración de las condiciones locales. Puede inducirse el parto.
- Una puntuación inferior a 7 es exponente de condiciones inmaduras. No es aconsejable realizar una inducción.

16. **Fuente:** Normas y procedimientos Hospital San Gabriel 1992

Información para la mujer sobre

INDUCTO-CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

¿Por qué me van a inducir?

Explicación del procedimiento:

Su guagüa ya está lista para nacer, pero aún no se ha iniciado el parto, o si comenzó, las contracciones se han detenido. Le daremos unos medicamentos para que tenga contracciones y ayudar a que su guagüita nazca pronto.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para II nivel, exclusivamente

- Le pondremos un suero en su brazo con un medicamento que hace que empiecen las contracciones.
- Mientras le ponemos este medicamento, controlaremos que usted y su guagüita estén bien.
- Si su guagüita no nace, repetiremos el tratamiento.
- Y si no da resultado, aconsejaremos realizar una operación cesárea.

Aplicación de Fórceps

El fórceps es un instrumento de gran utilidad cuando se aplica correctamente, de acuerdo a la técnica adecuada y en las situaciones indicadas.

Si no se cumplen los requisitos o no se tiene la *habilidad y capacitación* necesaria, puede causar lesiones maternas y fetales de graves consecuencias.

Sus funciones son:

- Facilitar la rotación cuando la presentación no es directa.
- Hacer la tracción necesaria para proyectar el polo fetal fuera de la pelvis.

Indicaciones

- Para II nivel exclusivamente.
- Se debe aplicar fórceps solamente cuando se trata de reducir el esfuerzo materno o proteger el feto de un sufrimiento fetal agudo (SFA). Debe realizarse para acelerar el segundo período, con la cabeza fetal en piso perineal (fórceps bajo) y en posición directa.

Requisitos para su aplicación

- Perfecto conocimiento del manejo del

fórceps y de la técnica correcta de su aplicación.

- Identificación plena de la pelvis.
- El diámetro biparietal de la cabeza debe estar por debajo de las espinas ciáticas y en posición directa.
- Dilatación cervical completa.
- Membranas ovulares rotas.
- Diagnóstico correcto de la posición.
- Vejiga y recto vaciados.
- Analgesia o anestesia adecuadas.
- Episiotomía amplia.

Técnica de aplicación en directa anterior

- El fórceps de Simpson es el más indicado.
- Embarazada en posición ginecológica.
- Intente vaciamiento vesical espontáneo; si no es posible, vacíe la vejiga por sonda con técnica aséptica.
- Aseptización de la región vulvo-vaginoperineal.
- Anestesia.

- El fórceps articulado se sostiene con la curvatura pélvica hacia arriba, enfrente de la paciente.
- Se coloca primero la rama posterior (rama izquierda para occípito-izquierda anterior y rama derecha para ODA). Esta maniobra siempre debe hacerse con una mano como guía entre la pelvis materna y la cabeza fetal. (Figura 3).
- Para ello, se coloca el mango del fórceps en posición vertical y se lo balancea suavemente hasta el nivel horizontal, empujándolo en la vagina a lo largo de la cabeza fetal.
- Introducir la rama anterior del mismo modo, con una mano como guía.
- Después de articular los mangos debe verificarse la toma, localizando la fontanela posterior a la mitad de la distancia entre ambas ramas. La sutura sagital debe encontrarse perpendicular a las ramas de los fórceps.
- Cuando la cabeza distiende la vulva debe realizarse la episiotomía. Se tracciona el fórceps en dirección al piso pélvico y al tronco del operador. La fuerza debe venir únicamente de la flexión de los brazos del operador, manteniendo los codos cercanos al tronco.
- Debe desarticularse el fórceps en los intervalos entre las contracciones. Durante la expulsión de la cabeza, se hace protección del periné con una compresa, y se cambia la dirección de la tracción efectuándola ahora hacia arriba, en un ángulo de 45 grados de la horizontal.

- Tan pronto como aparecen los parietales se desarticula el fórceps retirando primero la rama derecha, y permitiendo el movimiento de restitución y rotación externa.
- Coloque la cabeza fetal entre las palmas de ambas manos sobre los parietales fetales y aplique una suave tracción hacia el piso, hasta conseguir la expulsión del hombro anterior.
- Libere el hombro posterior levantando levemente la cabeza. El resto del feto nacerá con facilidad.

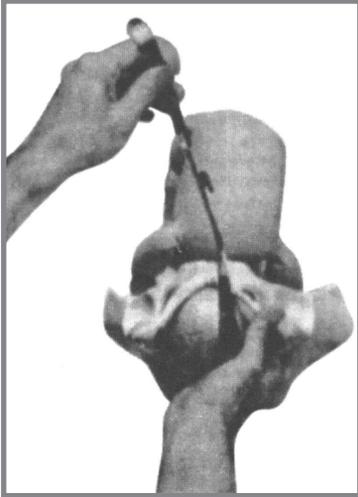
Criterio de referencia

- Como es un procedimiento de urgencia, evalúe si dispone de los recursos para realizarlo; si son insuficientes, la referencia no es un criterio práctico, excepto si el hospital queda muy cerca. Por tanto prefiera el parto con episiotomía amplia. No presionar psicológicamente a la embarazada. No realice maniobras bruscas.

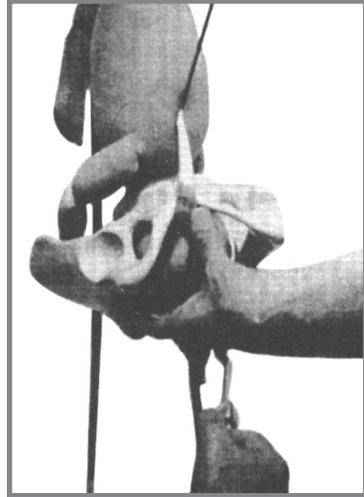
Insumos

- Fórceps de Simpson.
- Sonda Nelaton.
- Caja de episiotomía.
- Diazepam.
- Xilocaína.
- Catgut.
- Equipo de sutura.

Figura 1
**INTRODUCCION DE LAS RAMAS
 DEL FÓRCEPS¹⁷**



Introducción de la primera rama del fórceps en posición occípito-pubiana. La rama izquierda tomada con la mano homónima y guiada con la mano derecha que se ubica en el espacio isquio-coxígeo izquierdo. Sólo el pulgar queda fuera de los genitales.



Introducción de la segunda rama en posición occípito-pubiana. La rama derecha tomada con la mano homónima. La mano antónima con los dedos índice y medio introducidos en la vagina. El pulgar se ubica en el borde convexo de la cuchara y le sirve de eje de rotación.

17. **Fuente:** *Obstetricia. Pérez Sánchez. Mediterráneo 2° ed. 1992*

Información para la mujer sobre

APLICACIÓN DE FÓRCEPS

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

Su guagüita tiene dificultades para salir por sí misma y la vamos a ayudar con un aparato que no será doloroso para usted ni para ella. (Si es posible, explique las causas de este problema.)

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

Esta situación puede alargar su parto por mucho tiempo, haciendo que usted se agote y no pueda ayudar al

nacimiento de su guagüita. Este largo período de trabajo de parto puede hacer que su guagüita sufra, ocasionándole problemas respiratorios al nacer.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para II nivel, exclusivamente

- Le pondremos anestesia en sus partes para evitarle dolor.
- Utilizando unos aparatos parecidos a unas cucharas, ayudaremos a salir a su guagüita.

Operación Cesárea

Definición

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, con un embarazo mayor de 37 semanas.

El riesgo asociado a la cesárea en comparación con el parto vaginal es 4 veces mayor para la madre y 5 veces para el neonato.

La cesárea puede ser:

- Electiva: Cirugía programada por antecedentes de la paciente relatados en su Historia Clínica.
- De emergencia: Por complicaciones maternas o fetales durante el trabajo de parto.
- Previa: En paciente con antecedentes de una cesárea anterior.
- Solamente se repite la cesárea en los casos siguientes:
 - Si la causa absoluta de la primera cesárea fue:
 - Desproporción feto-pélvica (estrechez pelviana).
 - Malformaciones uterinas.
- Incisiones corporales anteriores.

- Antecedentes de cirugía en cuerpo uterino.
- En pacientes con antecedentes de cesárea previa se debe permitir un parto vaginal solamente en el II o III nivel de atención, y bajo las condiciones siguientes:
 - Internación en el primer período del parto.
 - Observación estricta de la dinámica uterina, vigilando signos de inminencia de rotura o dehiscencia uterina.
 - Revisión manual de la cicatriz uterina post-alumbramiento.
- *Cesárea iterativa*: Antecedentes de dos o más cesáreas.

Indicaciones

- Desproporción feto-pélvica.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Prolapso de cordón no reductible que compromete el estado fetal.
- Inducto conducción fallida (ver protocolo de Inducto-conducción).

- Pacientes con factores de riesgo obstétrico por enfermedades asociadas al embarazo (diabetes, cardiopatía, nefropatía, etc.) o desencadenadas por él (preeclampsia, eclampsia).
- Infecciones agudas del tracto genital (condilomatosis, herpes, etc.).
- Isoinmunización feto-materna con riesgo fetal.
- Patología de cérvix (carcinoma, displasia severa, etc.).
- Distocia de partes blandas.

Criterio de referencia

- Depende de las causas que indican la cesárea. Evalúe riesgo materno-fetal y, si los recursos son insuficientes para el manejo adecuado de ellos, refiera al nivel de mayor complejidad.

Insumos

- Caja de cesárea.
- Equipo de anestesia.
- Sueros Rínger - fisiológico 1.000 cc
- Equipo de fleboclisis.

Información para la mujer sobre

CESÁREA

¿Qué problema tengo?

Explicación del problema:

(Nota: El profesional de salud debe explicar a la paciente y a su familia las razones por las cuales debe operar, informando en qué consiste esta complicación y los riesgos que corre la madre y la guagüita. Para este efecto, puede remitirse al punto del protocolo correspondiente.)

- Dadas las condiciones suyas y/o las de su guagüita usted no puede tener un parto normal y nos vemos obligados a operarla para asegurar su bienestar y el de su guagüita.

¿Qué me puede pasar a mí y a mi guagüita?

Consecuencias del problema:

- Si no se hace una cesárea, no podremos evitar que empeore su complicación.

¿Qué me van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para II nivel, exclusivamente

- Le tomaremos su presión arterial, y controlaremos los latidos del corazón de su guagüita antes de la operación.
- Le prepararemos el abdomen con un aseo de agua tibia y jabón, y le pondremos un desinfectante.
- Le aplicaremos un desinfectante en la espalda que sentirá un poco frío.
- Le pondremos anestesia en la espalda. Esta anestesia le permitirá estar despierta sin sentir ningún dolor durante el nacimiento de su guagüita.
- Le pondremos un suero en la vena de su brazo para administrarle en caso necesario algún medicamento.
- Le haremos una operación por debajo del ombligo.

Anexos

Contenidos Educativos

Beneficios de la lactancia

- Se debe fomentar la lactancia materna precoz, permitiendo el apego del recién nacido al seno materno en los primeros minutos después del nacimiento, y facilitando el alojamiento conjunto.
- Se debe informar a la madre sobre las ventajas nutricionales, inmunológicas y afectivas que brinda la leche materna, procurando que la lactancia materna sea a demanda y exclusiva durante los seis primeros meses, y que, pasado este período, se mantenga el mayor tiempo posible.
- La lactancia natural proporciona al binomio madre-niño y a la sociedad muchos e importantes beneficios.

Para el niño:

- Aporta una óptima nutrición.
- Lo protege contra enfermedades infecciosas y alérgicas.
- Favorece su desarrollo psicosocial.

Para la madre:

- Favorece la recuperación post-parto.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mama.
- Favorece la relación madre-hijo.
- Aumenta el intervalo entre embarazos.
- Ahorra recursos a la familia.

Para la comunidad:

- Reduce la morbimortalidad infantil.
- Disminuye los requerimientos de anticoncepción.
- Ahorra recursos en alimentos y salud.

Nutrición óptima:

- Ningún sustituto puede proveer el aporte nutritivo de la leche humana, ya que la cantidad, calidad y proporción de sus componentes le confiere máxima biodisponibilidad, permitiendo al niño un adecuado crecimiento y desarrollo (Garza y cols., 1987).

- El riesgo de desnutrición infantil es menor en los niños amamantados. La lactancia previene la anemia, debido a la mayor disponibilidad de hierro y a la ausencia de microhemorragias de la pared intestinal, que suelen observarse con la leche de vaca (Juez, 1989).
- Es especialmente importante en los países en desarrollo, pues la leche de la madre no puede ser diluida y está siempre fresca.

Protege la salud del niño:

- Los niños amamantados tienen menor riesgo de morir por enfermedades infecciosas (Victora y cols., 1987) y presentan menor incidencia y severidad de ellas (Victora y cols., 1989). Calidad especialmente rescatable en los países en desarrollo, como los latinoamericanos, donde la diarrea, con sus secuelas de desnutrición y mortalidad, es frecuente en los niños con alimentación artificial por el riesgo de contaminación del biberón.
- La incidencia de infecciones respiratorias y de alergias es menor en los niños amamantados (Hayward, 1983; Chandra, 1986). Asimismo, una menor incidencia de diabetes juvenil (Borch-Johnson, 1984) y de linfomas (Davis y cols., 1988) se asocia con el antecedente de amamantamiento.

Beneficia la salud materna:

- El amamantamiento contribuye a una adecuada retracción uterina en el post-parto, disminuyendo la metrorragia.
- La mujer que amamanta mejora su eficiencia metabólica, permitiéndole una óptima utilización de los nutrientes (Illingworth y cols., 1986).
- El menor riesgo de cáncer de ovario y mama están asociados a períodos prolongados de amamantamiento (Yuan y cols., 1988; Hartge y cols., 1989).

Favorece la relación madre hijo:

- Para la mujer la lactancia exitosa significa *satisfacción en su rol de madre*, lo que retroalimenta en forma positiva su relación con el niño, motivándola a darle más afecto y atención. A su vez, favorece el *desarrollo psicossocial del niño* al recibir éste la atención y el afecto que significa el contacto piel a piel con su madre cada vez que mama.

Espaciamiento de los nacimientos:

- La lactancia es el método más efectivo para obtener un adecuado espaciamiento de los embarazos. La amenoreea de lactancia exclusiva ofrece una protección más efectiva que la que ofrece cualquier anticonceptivo

durante los seis primeros meses post-parto (VHO, 1983).

Ahorro de recursos:

- La lactancia materna disminuye la compra de leche de vaca y ahorra recursos a la familia y al país.
- Es más barato y saludable aportar a la madre la alimentación que requiere para producir leche, que alimentar artificialmente al lactante.

Planificación Familiar¹⁸

- Las posibilidades de muerte perinatal en un recién nacido, con un espaciamiento menor a 12 meses, es el doble que el de uno nacido 2 años después. El síndrome de desgaste materno, la suspensión de la lactancia, la competencia afectiva y a veces alimentaria hace que los productos de embarazos con espaciamiento intergenésico muy corto presenten altas posibilidades de morir en el primer año de vida.
- Debe aprovecharse el control prenatal para informar a la madre sobre métodos anticonceptivos eficaces y adecuados para prevenir un embarazo muy pronto. Estas son algunas opciones:

Método de lactancia y amenorrea (MELA)

- Su efecto anticonceptivo se da solo

si se cumplen las condiciones siguientes:

- Está en amenorrea. Ningún sangrado posterior a los 52 días del parto, sin importar su magnitud.
- Da de lactar en forma completa y exclusiva. No suplementa ningún alimento sólido ni líquido.
- Permite una lactancia a demanda. Ofrece el seno cuando el recién nacido solicita. Lacta por lo menos 8 veces durante el día y la noche, con intervalos nunca mayores a 4 horas.
- Está en los primeros 6 meses posteriores al parto.

DIU post-parto

- Puede ser insertado después del alumbramiento, en la cesárea, o durante las primeras 72 horas del puerperio. Es altamente eficaz y no interfiere la lactancia. Requiere capacitación para su inserción.

Medroxiprogesterona

- Puede iniciar sus inyecciones trimestrales a los 45-60 días post-parto. Mejora la cantidad de la leche materna. Altamente efectiva. Produce alteraciones profundas del patrón menstrual.

Anticonceptivos orales

- No se recomienda el uso de anti-

conceptivos orales combinados, en tanto no se conozcan los efectos del estrógeno en el recién nacido. Además, disminuyen la cantidad de leche. Se puede utilizar -donde están disponibles- píldoras de progestina sola.

Métodos de barrera

- Deben ser utilizados en todas las relaciones sexuales, ya que no se puede predecir el momento del retorno de la fecundidad durante el puerperio. No interfieren con la lactancia y están ampliamente disponibles. Favorecen

recen la responsabilidad compartida de la pareja en la planificación familiar.

Crecimiento y desarrollo del recién nacido

- Informe sobre actividades de estimulación precoz, desarrollo psicomotriz y somático del recién nacido.
- Motive a la paciente para asistir a los controles del crecimiento y desarrollo, y al cumplimiento de los esquemas de vacunación vigentes, así como la utilización y conservación del carnet de salud infantil.

Medidas para el Cumplimiento de las Precauciones Universales con Sangre y Fluidos Corporales en la Atención Materna y Neonatal

INTRODUCCIÓN

- El conocimiento del mecanismo de transmisión del VIH causante del SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), a través de sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna, como también las evidencias de la fragilidad del virus; su termosensibilidad (se inactiva a 56 °C durante 30 minutos) o, frente a cualquier desinfectante como alcohol, acetona, agua oxigenada, hipoclorito de sodio, glutaraldehído, determinan la alta responsabilidad que tiene cada persona, especialmente el personal de salud en conocer y aplicar las medidas que fuesen necesarias para prevenir el contagio de esta enfermedad, que a la fecha tiene una tasa de letalidad de 80-100 %.
- Esta actitud adquiere mayor relevancia en la atención materna-neonatal, considerando que es una situación donde se produce un estrecho contacto y manipulación con sangre

y fluidos corporales de alto riesgo, como la secreción vaginal, líquido amniótico y semen. Generalmente esta atención se realiza en condiciones de emergencia, lo que agrega otro factor de riesgo si se desconocen o no se aplican las medidas mínimas de protección.

- Si bien es conocido que la incidencia de SIDA por transmisión accidental es baja, no es menos cierto que el factor de riesgo existe, como también, las medidas para prevenirla, cuyo conocimiento y aplicación puede ser vital si es posible evitar un contagio y con ello detener una cadena que puede ser interminable.
- A continuación se plantea una serie de medidas prácticas y eficaces para evitar que el personal de salud se exponga a contaminación accidental por el VIH, como también motivarlo a ponerlas en práctica en su ambiente de trabajo para mantenerlo libre de riesgos de contagio por VIH tanto para

el personal de salud como para los/as usuarios/as, contribuyendo así a disminuir una eventual propagación del riesgo.

CONSIDERACIONES GENERALES

- El VIH se contagia una sola vez y para siempre, la oportunidad de evitarlo es en el momento, no hay UNA próxima ocasión.
- El SIDA comienza por el contagio del virus, los síntomas son la etapa final del proceso, es decir antes de la aparición de los síntomas ya hay infección y el individuo es contagiante si se dan las condiciones de transmisión.
- Toda persona que entra en contacto con el virus está expuesta a adquirirlo, si están las condiciones para el contagio.
- Dadas las características de propagación en forma silenciosa, TODOS los consultantes deben ser atendidos usando las medidas de seguridad.
- La gravedad del contagio por VIH justifica el cambio de actitud y de las condiciones de trabajo.
- Cada uno es responsable de identificar elementos o situaciones de riesgo de contagio por VIH en su ambiente de trabajo como también garantizar un ambiente laboral libre de riesgos tanto para él como para los/as usuarios/as.
- La infección VIH no se transmite por contacto casual en el trabajo, al compartir utensilios, baños, piscinas, sau-

nas, ropa, al toser o dar la mano, al besar o acariciar, por picadura de insectos, compartir el transporte o es-tornudar.

MEDIDAS PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD

A. GENERALES

- Tome las precauciones en toda situación que manipule sangre o fluidos corporales de alto riesgo. Considere a todo usuario/a potencialmente infectado. De esta forma los enfermos con SIDA no requieren aislamiento especial.
- Use de rutina barreras protectoras para evitar que piel y mucosas tomen contacto con sangre y fluidos corporales de alto riesgo (guantes, mascarillas, etc.).
- Cumpla estrictamente las medidas específicas tendientes a prevenir lesiones causadas por manipulación de material corto punzante usado durante los procedimientos clínicos, de limpieza o eliminación de éstos.
- *Si tiene alguna lesión en las manos o en la piel, evite exponerse a sangre y fluidos corporales de alto riesgo.*

B. ESPECÍFICAS

EXAMEN GINECOLÓGICO U OBSTÉTRICO:

- Lave sus manos antes y después del procedimiento, en lo posible use toalla

de papel para secarlas o toalla de género individual o séquelas al aire.

- Use guantes de goma o desechables estériles diferentes para cada cliente (esterilizar guantes máximo 3 veces). Deséchelos cada vez que se rompan.
- Use sabanilla en la mesa ginecológica. Use papel intercambiable en la zona de apoyo de la pelvis.
- Use chata individual y desinfectada con soluciones de cloro al 0,5 % (en personas hospitalizadas).
- Cumpla estrictamente la técnica de examen ginecológico para evitar la contaminación del operador y del campo.
- Concluido el procedimiento y con los guantes aún puestos, elimine el material desechable:

Deseche los apósitos y gasas, insertadores de DIU, espátula de Ayre, guantes desechables, toallas higiénicas y envoltorios de papel, en una bolsa de plástico contenida en un recipiente a prueba de filtraciones. No permita que los desechos toquen el exterior del recipiente o bolsa. La bolsa será retirada al término de la sesión para ser eliminada con el rótulo de “contaminada”. Si no se dispone de sistema de recojo de basura, evite echarlas en basureros expuestos a ser manipulados por la población. Es preferible incinerarla.

- Sáquese los guantes de goma usados y deposítelos en un recipiente con solución desinfectante (solución de cloro al 0,5 %).

PROCEDIMIENTOS CON UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL (Espécúlos, pinzas, histerómetros, amnioscopios y material usado en técnicas invasivas)

- Use instrumental esterilizado en todo procedimiento.
- Con los guantes aún puestos deposite el instrumento usado en un recipiente con solución desinfectante (solución de cloro al 0,5 %) inmediatamente después del uso, durante 10 minutos antes de limpiarlos.
- Posteriormente deben ser retirados con guantes gruesos, para su limpieza, enjuague y esterilización.

MANIPULACIÓN DE MATERIAL CORTOPUNZANTE (Hoja de bisturí y agujas)

- Para montar o desmontar la hoja del bisturí use una pinza y nunca la mano directamente.
- Elimine la aguja usada junto a la jeringa, sin manipularla. (Si la jeringa es de vidrio, remueva la aguja con una pinza, nunca con la mano directamente).
- Para eliminar material desechable cortopunzante debe usar guantes gruesos y depositarse en envases especiales que sean resistentes a las punciones, pueden ser de plástico, vidrio o metálico, por ejemplo, tarros de cartón grueso, bidones vacíos de aceite, etc. (coloque el recipiente cerca de la zona donde se utilizará, para

evitar el transporte de artículos afilados antes de botarlos).

- No manipule el contenido de los envases para evitar un accidente de punción o corte.
- Elimine el recipiente una vez que esté lleno en sus 3/4 partes, cerrándolo en la forma más hermética posible con la tapa o cinta adhesiva.
- Elimine el recipiente una vez que esté lleno en sus 3/4 partes, enterrándolo o incinerándolo.
- Lavarse las manos después de manejar los recipientes con artículos afilados y descontaminar los guantes (solución desinfectante de cloro al 0,5).

CONTAMINACIÓN DE SUPERFICIES CON SANGRE Y SECRECIONES

- Efectúe aseo inmediato del área con solución detergente y cloro al 0,5 % cada vez que se contamine.

CURACIÓN DE HERIDA OPERATORIA (Episiotomía, Perineotomía, Laparotomía)

- Use papel individual o sábanilla desechable y equipo estéril de curación.
- Lave sus manos antes y después del procedimiento.
- Use guantes de goma estériles.
- Cumpla estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia durante la curación de heridas.

- Manipule y elimine el material e instrumental utilizado según la técnica descrita.
- Deposite los guantes usados en recipiente con solución de cloro al 0,5 % de acuerdo a lo descrito.

ATENCIÓN DEL PARTO

- Use vestimenta protectora (gorro, mascarilla, pechera impermeable, delantal, botas, antiparras).
- Efectúe lavado de sus manos en forma, quirúrgico antes de la técnica y simple después de ella.
- Use guantes de goma estériles de primer uso.
- Cámbielos cada vez que se contaminen o rompan.
- Use ropa estéril en el campo operatorio.
- Cámbiela cada vez que se contamine.
- Cumpla estrictamente con la técnica de Atención del Parto para evitar lesiones en el canal blando materno y, la contaminación de operador y del campo. Después de la asistencia, deje el delantal, la pechera, la ropa del campo operatorio y todo otro elemento contaminado, en el mismo sitio de atención.
- Recoja la ropa sucia en bolsa plástica, para posterior lavado. (Se recomienda un remojo previo en una solución de cloro al 0,5 %).
- Deposite los guantes y el instrumental reutilizable y no cortopunzante en recipiente que contenga agua con de-

tergente. (Solución de cloro al 0,5 %), durante 10 minutos. Posteriormente efectúe el lavado, enjuague y esterilización.

- Limpiar la sala de partos o pabellón de acuerdo a procedimiento normado, evite la salida de elementos desechables contaminados que no estén contenidos en bolsas plásticas.

Precauciones que debe tener el operador durante la atención del parto:

- No saque las agujas de sutura de su sobre sino hasta el momento de hacer la sutura.
- Al cortar el cordón entre las pinzas, cubra con la otra mano, para evitar que le salpique sangre.
- Al suturar la episiotomía, no ponga puntos a ciegas en el ángulo de la mucosa vaginal. Use siempre la pinza e identifique bien los bordes internos.

MANIPULACIÓN DE LA PLACENTA

- Con los guantes aún puestos y después de examinarla, deposite la placenta en una bolsa plástica y ciérrela para su posterior eliminación (a través de enterrarla o incinerarla), o entréguela a la madre o los familiares, según lo solicite la puérpera.

RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Si es necesario aspirar, use equipo individual para aspiración. Aspire suavemente con máquina de aspiración

o perilla de goma. Se recomienda no usar pipeta.

- Cumpla las técnicas de asepsia y antisepsia.
- Lave sus manos antes y después de la técnica de atención.
- Use equipo individual para la atención del recién nacido.
- Use vestimenta protectora (gorro, mascarilla, pechera impermeable, delantal).
- Use guantes estériles (especialmente si debe hacer aspiración, ligadura y sección del cordón umbilical).
- Deposite la ropa sucia en bolsas plásticas para su lavado posterior. (Se recomienda un remojo previo con una solución de cloro al 0,5 %).
- Con los guantes aún puestos, elimine el material desechable según lo descrito.
- Deposite los guantes y el instrumental en recipientes que contengan agua con detergente. (Solución de cloro al 0,5 %, por 10 minutos. Posteriormente efectúe limpieza, enjuague y esterilización).

PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA

- Lave sus manos antes y después del procedimiento.
- Use guantes quirúrgicos estériles.
- Aplique estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia.
- Use un equipo individual (no usar ban-

- deja en común con otras usuarias).
- Uso individual de medicamentos.
- Manejo y eliminación de material de acuerdo a lo descrito anteriormente.

SOLUCIONES DE CLORO

- Son desinfectantes de alto nivel, ya que inactivan a todas las bacterias, virus, hongos, parásitos y algunas esporas. Actúan con rapidez y son muy eficaces contra el VIH y el virus de la hepatitis B, poco costosos y de gran disponibilidad.
- Las soluciones de cloro se pueden preparar a partir de un blanqueador líquido para el hogar. En Bolivia, con el blanqueador “lavandina” puede obtenerse una solución de cloro al 0,5%, diluyendo 1 parte de este blanqueador por 15 partes de agua.
- Las soluciones de cloro deben prepararse o reponerse diariamente o antes si se torna turbia, para obtener el efecto esperado, ya que el hipoclorito de sodio pierde su potencia

con rapidez al pasar el tiempo o con la exposición a la luz solar.

- Las soluciones de Cloro corroen los instrumentos metálicos con la exposición prolongada, por lo que las soluciones no deben prepararse ni almacenarse en recipientes metálicos. El tiempo de exposición no debe exceder a los 20 minutos. Los artículos de metal deben enjuagarse en forma concienzuda y secarse individualmente después de remojar en cloro para evitar la corrosión. (Prefiera usar recipientes plásticos).

Fuentes

- Adaptación de Guía Práctica: Precauciones Universales con sangre y fluidos corporales en la atención. Gineco-Obstetricia y Neonatología. Ministerio de Salud-Chile.
- Prevención de Infecciones para los programas de Planificación Familiar. Jhpiego - Marzo, 1992 (Un manual de referencias para solucionar problemas).

***Protocolos
de Atención al
Recién Nacido***

Cuidados y Valoración del Recién Nacido

Definición

Es la atención y cuidado que se otorga al recién nacido (RN) desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Objetivo

- Vigilar el proceso de adaptación a la vida extrauterina.
- Detectar y prevenir problemas en forma temprana.
- Ofrecer tratamiento apropiado si hay disponibilidad y/o referirlo al hospital en las mejores condiciones.
- Dar consejería a los padres o cuidadores del recién nacido.

Criterio clínico de normalidad

- Recién nacido normal es el que presenta las siguientes características:
- RN de término (37 a 42 semanas), con peso de 2.500 a 3.800 g; talla de 48 a 52 cm y perímetro cefálico de 35 cm \pm 2.
- Llanto fuerte y sostenido. Respiración inmediata y regular
- Coloración rosada de piel y mucosas.

- Tono muscular normal (movimientos activos).
- Frecuencia cardíaca mayor a 100 por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 40-60 por minuto.
- Reflejos presentes.
- Integridad física y conformación normal (sin malformaciones).

Factores de riesgo

- Nivel: Socio económico, cultural bajo.
- Familiares: Diabetes, TB, Sífilis, etc.
- Pregestacionales: Rh(-), alcoholismo, tabaquismo y drogas, desnutrición, malformaciones, diabetes, tuberculosis, ITS, mala historia obstétrica (antecedentes de aborto y óbito fetal).
- Prenatales: Ausencia de control, sensibilización a Rh (-), desnutrición, HIE, RPM, infección, hemorragias, etc.
- Durante el parto: Parto sin atención profesional en domicilio, líquido con meconio, parto prolongado, presentación transversa o podálica, hemorragias, sufrimiento fetal.

- Después del parto: Apgar 6 o menos, reanimación.

Manejo

- En el I nivel sólo deben ser atendidos los recién nacidos normales. Ante la sospecha o confirmación de algún riesgo o complicación, deben ser referidos a la brevedad al nivel de mayor complejidad.
- En el II nivel deben ser atendidos los recién nacidos normales y los que presenten riesgos o complicaciones que puedan ser manejadas con los recursos existentes. Si son insuficientes para el manejo descrito, deben ser derivados al III nivel.
- Brindar al recién nacido los siguientes cuidados:
 - Inmediatos: sala de partos.
 - Durante la 1ª hora de vida
 - Mediatos: alojamiento conjunto de madre e hijo.
 - En domicilio.

CUIDADOS INMEDIATOS

Objetivos

- Valoración de Apgar (indica estado general y necesidad de reanimación).
- Vigilar y asegurar el establecimiento y mantenimiento de la respiración.
- Vigilar y asegurar la estabilización de la temperatura.
- Ligar el cordón umbilical.

Acciones

- Procure un ambiente atemperado. Calentar previamente la sala de partos y la ropa para recibir al recién nacido (temperatura ambiental 24-26 °C) para evitar hipotermia del neonato.
- Prepárese para recibir al neonato con un adecuado lavado de manos (idealmente, si hay disponibilidad, con guantes y equipo estéril).
- Tan pronto nace, limpie con compresa estéril o toalla limpia los orificios nasales y boca de secreciones mucosas y líquido amniótico.
- Manténgalo en decúbito ventral (abdomen del recién nacido apoyado en el brazo y mano del que atiende el parto) con la cabeza más baja a nivel del perineo.
- Sólo si es necesario (muchas secreciones o meconio), aspire con perilla de aspiración cuidadosamente la boca primero, luego fosas nasales y orofaringe.
- Evite aspirar rutinariamente al RN vigoroso (sólo limpie secreciones).
- Efectúe pinzamiento del cordón: coloque a 10 cm de la inserción umbilical la 1ª pinza y la 2ª a 3 cm de ésta, y corte el cordón entre ambas pinzas con material limpio, idealmente estéril.
- Reciba al niño con ropa o paño previamente calentado, séquelo y abríguelo adecuadamente para prevenir enfriamiento por pérdida de calor y estimular llanto.
- Haga ligadura del cordón con doble ligadura y bien ajustada (para evitar

sangramiento) en el sitio del pinzamiento previo. Observe cuidadosamente el aspecto, color y conformación vascular del cordón (2 arterias y 1 vena). Compruebe ausencia de onfalorragia.

- Si no presenta llanto inmediato realice maniobras de reanimación según técnica. Después de reanimar, abrigo adecuado, evitar hipotermia (cuna con bolsa de agua caliente sin contacto con el recién nacido), incubadora o caja térmica (con oxígeno si es posible). Valore traslado al II ó III nivel.
- Ponga identificación al recién nacido. Si no dispone de un dispositivo especial, puede amarrar una pita en la muñeca izquierda del recién nacido y envolverla con un trozo de tela adhesiva donde van registrados los datos del recién nacido:

Hijo de:

Fecha:

Hora de nac.:

Sexo:

Apgar:

Tipo de parto:

Peso y talla:

- Entregue a la madre para iniciar el contacto precoz (ayúdela a poner a su hijo junto a su pecho ya mantener su temperatura). La puesta al pecho facilita el desprendimiento de la placenta y el inicio de la lactancia.

- Si la persona que está atendiendo el parto es la misma persona que atiende al recién nacido, debe realizar la atención inmediata del recién nacido, mientras espera la salida de la placenta, vigilando cuidadosamente si hay hemorragia en la madre.
- Valoración por el método de Apgar al minuto y a los cinco minutos (anexo 1, A).

CUIDADOS DURANTE LA 1ª HORA DE VIDA

- Profilaxis oftálmica con Tetraciclina o Cloranfenicol oftálmico.
- Administrar vitamina K 1 mg i.m. dosis única en la parte externa del muslo. Si es recién nacido con bajo peso, administrar 0,5 mg i.m.
- Antropometría (peso, talla, perímetro cefálico).
- Exploración física (ver anexo 1, B):
 - Descartar malformaciones evidentes.
 - Calcular edad gestacional (ver anexo 1,C).
 - Evaluar peso para la edad gestacional (ver anexo 1, D).
 - Detectar patologías.

CUIDADOS MEDIATOS

Objetivo

- Vigilar el proceso de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Acciones

- Aseo general diario del recién nacido, con agua tibia y secado con toalla limpia.
- Vestir al niño con ropa adecuada al clima, preferentemente de algodón.
- Colocarlo en decúbito lateral junto a su madre.
- Control de signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura) de acuerdo a necesidad.
- Vigilar sangrado del cordón, deposiciones, orina y vómitos.
- Colocar al seno materno y asegurar que el recién nacido succione lo más precozmente posible.
- Enfatizar importancia del calostro y de la lactancia materna a libre demanda.
- Vacuna BCG liofilizada 0,1 ml intradérmica (hombro derecho) y anti-polio (Sabin) 2 gotas vía oral antes de irse a su casa.
- Antes del alta dar consejería y orientación a la madre sobre:
 - Importancia de calostro y leche materna a libre demanda.
 - Cuidado y aseo del cordón.
 - Aseo diario del recién nacido.
 - Buena nutrición de la madre.
 - Importancia de controles del recién nacido.
 - Signos de alerta para que la mamá pueda llevarlo a tiempo a su centro de salud.

- Citación a control a los 7 días o antes si es necesario. Posteriormente control mensual.

MANEJO EN DOMICILIO

- Lavado de manos de toda persona antes de atender al niño.
- Evitar que persona enferma (gripe, diarrea, etc.) lo atienda.
- Indicaciones de aseo general y limpieza del cordón (procurando mantenerlo seco) hasta que éste se desprenda espontáneamente; no recomendar uso de fajero, gasa o paño sobre el cordón.
- Cambio de pañal y aseo de genitales frecuente con agua tibia y jabón (se recomienda cada vez después de dar de mamar).
- Baño con agua tibia y jabón neutro diariamente (utilizar el codo para verificar temperatura adecuada del agua).
- No usar ropa ajustada ni ganchos de seguridad, ni ropa en exceso.
- Indicar lactancia materna a libre demanda.
- No administrar ningún medicamento (ni mates) sin indicación de un integrante del equipo de salud.
- Si hay ictericia (coloración amarilla de la piel), rechazo al alimento, succión débil, vómitos, diarrea, dificultad respiratoria, hipo o hipertermia, malestar general o no se lo ve bien; acudir al centro de salud más cercano lo más pronto posible.

ANEXO 1

Métodos de Valoración del Recién Nacido

- A. VALORACIÓN DE APGAR
- B. EXPLORACIÓN FÍSICA
- C. CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL
- D. EVALUACIÓN DE PESO PARA EDAD GESTACIONAL

VALORACION DE APGAR

- Al minuto del nacimiento, indica estado general. A los 5 minutos estado clínico posterior (valor pronóstico).
- Comprende 5 parámetros: Frecuencia cardíaca; Esfuerzo respiratorio; Tono muscular; Irritabilidad refleja y Coloración. A cada uno se da un valor de 0-1-2 puntos (ver cuadro 1).
- Calificación esperada entre 7 y 10. Puntuación 10 significa recién nacido en óptimas condiciones.

Frecuencia cardíaca:

- 2: > 100 y < 160 por minuto (frecuencia mayor traduce asfixia moderada).
- 1: Bradicardia < 100 min es de pronóstico grave y requiere maniobras de reanimación.

0: Ausencia de latido cardíaco.

Esfuerzo respiratorio:

- 2: Llanto fuerte y espontáneo.
- 1: Débil.
- 0: Ausente.

Tono muscular:

- 2: Flexión de extremidades completa y movimientos activos.
- 1: Flexión leve.
- 0: Flacidez.

Irritabilidad refleja (respuesta a estímulos al momento del secado y/o aspiración):

- 2: Llanto vigoroso, tos o estornudos.
- 1: Llanto y algunos movimientos leves.
- 0: No hay respuesta.

Coloración de piel:

- 2: Completamente rosado.
- 1: Cuerpo sonrosado con cianosis distal en manos y pies.
- 0: Cianosis generalizada, palidez, o ambas.

A. VALORACIÓN DE APGAR

Cuadro 1

Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor a 100	Mayor a 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Regular e hipoventilación	Bueno, llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Alguna flexión de las extremidades	Movimientos activos, buena flexión
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Llanto, alguna movilidad	Llanto vigoroso
Color de manos y pies	Pálido o cianosis generalizada	Cuerpo sonrosado, cianosis distal	Completamente rosado

(Nemotecnia: FETIC)

La puntuación se interpreta de la siguiente manera:

De 7 a 10 : *Normal*: Recién nacido vigoroso; no requiere reanimación.

De 4 a 6: *Levemente deprimido*: Asfixia moderada; es necesario tomar medidas para su reanimación. (Cuando la calificación es de 4, generalmente requiere reanimación inmediata).

De 0 a 3: *Gravemente deprimido*: Asfixia grave; requiere reanimación inmediata (anexo 1).

B. EXPLORACION FÍSICA

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

<i>EVALÚE</i>	SIGNOS DE ALERTA
CABEZA	<ul style="list-style-type: none"> — Micro o macrocefalia, < 33 ó > 37 cm, respectivamente, en recién nacido de término. — Cefalohematoma grande con palidez cutánea severa. — Fontanela abombada (hemorragia intracraneana) o deprimida (deshidratación).
CARA	<ul style="list-style-type: none"> — Parálisis facial. — Labio y paladar hendido. — Facies mongoloide. — Traumas (equimosis, edema, otros).
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> — Ictérica, pálida, cianótica. — Brillante, hinchado (edema). — Rugosa y seca (como pellejo). — Equimosis (magulladuras). — Petequias (puntos rojos).
OJOS	<ul style="list-style-type: none"> — Parálisis de mirada hacia arriba. — Secreción purulenta conjuntival. — Córnea nublada.

OREJAS	<ul style="list-style-type: none"> — Implantación baja. — Ausencia de pabellón y conducto auricular. — Presencia de apéndices auriculares (pequeñas masas de piel delante de la oreja).
NARIZ	<ul style="list-style-type: none"> — Presencia de secreción hialina clara y sanguinolenta ó mucosanguineopurulenta. — Aleteo nasal (dificultad respiratoria). — Impermeabilidad nasal: Dificultad y cianosis al mamar (atresia de coanas).
BOCA	<ul style="list-style-type: none"> — Desviación de comisura. — Deformaciones (labio y paladar hendido). — Salivación excesiva (atresia de esófago). — Lengua grande y flácida (hipotiroidismo). — Mucosas secas (deshidratación).
TÓRAX	<ul style="list-style-type: none"> — Asimétrico (neumotórax). — Diámetro torácico aumentado (aspiración masiva de meconio). — Frecuencia respiratoria > 60 por mrnuto. — Quejido, tiros intercostales y retracción xifoidea (dificultad respiratoria). — Apnea (no respira). — Fractura de clavícula (crepitación. dolor e inmovilidad del miembro superior). — Corazón: <ul style="list-style-type: none"> Pulso (latidos p/min): - Menos de 80 - Más de 180 — Presencia soplo cardíaco (cardiopatía congénita).

ABDOMEN	<ul style="list-style-type: none"> — Muy distendido (fleo paralítico o enterocolitis necrosante). — Muy deprimido (hernia diafragmática). — Palpación de masas. — Ausencia de pared abdominal (onfalocele, gastrosquisis).
OMBLIGO	<ul style="list-style-type: none"> — Sangramiento. — Secreción purulenta (infección). — Ausencia de 1 arteria (se asocia con malformación renal). — Hiperemia periumbilical (infección).
GENITALES	<ul style="list-style-type: none"> — Ambiguos. — Ano imperforado (no elimina meconio en 48 horas).
Niño: Niña:	<ul style="list-style-type: none"> — Hernia inguinal. — Testículos ausentes. — Testículos hinchados (hidrocele) — Clítoris muy pigmentado y grande.
EXTREMIDADES	<ul style="list-style-type: none"> — Ausencia de movimiento de una extremidad superior (parálisis braquial) — Fractura de clavícula. — Luxación de cadera, desigualdad de pliegues, signo de Ortolani (chasquido al abrir los muslos). — Malformaciones.

COLUMNA VERTEBRAL	— Tumor visible, abertura y salida de líquido céfaloraquídeo (Mielomeningocele íntegro o roto).
REFLEJOS	— Ausentes, débiles o asimétricos: - Búsqueda. - Abrazo (Moro). - Succión y deglución. - Marcha. - Prensión.
EDAD GESTACIONAL	— Pretérmino < 37 sem. — Postérmino > 42 sem.
ESTADO NUTRICIONAL	— Grande o pequeño para su edad gestacional.
REACCIÓN DE LA MADRE	— Rechazo o ambivalencia frente al recién nacido.

En presencia de uno o más signos de alerta se debe evaluar el recurso disponible para el manejo oportuno; si es insuficiente debe derivar de inmediato al II ó III nivel de atención.

(...exploración física)

HOSPITAL DE REFERENCIA

En recién nacidos con APGAR de 7-10 al minuto efectuar exploración para detectar patología. En paciente grave realizarla en forma rápida y obtener los datos necesarios para estabilización.

Inspección:

- Verificar que el neonato esté íntegro, bien conformado, sin facies característica (Down, Turner, trisomía 13, 18, etc.). Presencia de cianosis, palidez, plétora, ictericia, teñido de meconio; buscar edema, equimosis y petequias.

Cráneo:

- Buscar micro o macrocefalia, cabalgamiento de suturas. Presencia de caput succedaneum, cefalohematoma, erosiones; valorar fontanelas tamaño y tensión.

Cara y cuello:

- Presencia de asimetría, alteraciones en tamaño y forma de pupilas; buscar signos de cromosomopatía (hipertelorismo, epicanto, implantación baja de pabellones auriculares, cuello alado); desviación de comisura bucal (parálisis facial). Valorar salivación, frenillo, paladar, movilidad y tamaño de la lengua. Comprobar permeabilidad de coanas. En cuello tono y movilidad, buscar bocio y

lesiones del esternocleidomastoideo.

Tórax:

- Identificar signos de dificultad respiratoria. El aumento del diámetro anteroposterior sugiere aspiración de meconio o neumonía, la disminución de movilidad de un miembro y pérdida de continuidad de clavícula o crepitación orienta a fractura de clavícula.
- Asimetría torácica y crepitación apoya neumotórax. Presencia de insuficiencia respiratoria, abdomen “en batea”, ausencia de ruido respiratorio y ruidos intestinales en campos pulmonares (hernia diafragmática). A la auscultación pulmonar valorar entrada de aire bilateral, presencia de estertores y en área cardíaca buscar soplos y alteración del ritmo.

Abdomen:

- Comprobar ausencia de sangrado umbilical, examinar vasos umbilicales (ausencia de una arteria asocia malformación renal), buscar diástasis de rectos y zonas herniarias.
- Investigar visceromegalias y recordar que el borde hepático en recién nacido normalmente es palpable 2-3 cm por debajo del reborde costal. La presencia de hepatoesplenomegalia sugiere TORCH, sepsis o eritroblastosis. La nefromegalia obliga a pensar en hidronefrosis, tumoración o malformación renal.

Extremidades y columna vertebral:

- Evaluar tono, movilidad, coloración y tamaño; existencia de poli o sindactilia. Pliegues plantares útil para valorar edad gestacional, pliegue simiano asocia síndrome de Down. En pelvis investigar luxación congénita de cadera.
- En columna buscar desviaciones (escoliosis), tumoración, (mielomeningocele), fístula, salida de líquido céfalo raquídeo (LCR).

Genitales:

- Identificar el sexo, detectar genitales ambiguos. Buscar hiperpigmentación e hipertrofia de clítoris (hiperplasia suprarrenal congénita); hipospadias, epispadias; presencia de testículos, hidrocele y hernia inguinal. En niñas es frecuente encontrar secreción vaginal blanquecina y/o pequeño sangrado secundario a deprivación hormonal postnatal. Corroborar permeabilidad anal. Los genitales de utilidad para valorar edad gestacional.

Examen neurológico:

- Se valora el tono muscular, reflejos primarios y conducta refleja.
- En presencia de uno o más signos de alerta o complicación se debe evaluar el recurso disponible para el manejo oportuno, si es insuficiente debe derivar de inmediato al III nivel de atención.

C. CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

De acuerdo a la edad gestacional el recién nacido se clasifica como:

- Inmaduro: Menor de 28 semanas.
- Pretérmino: De 28 a 36 semanas.
- De término: De 37 a 42 semanas.
- Posttérmino: Más de 42 semanas.

Los métodos frecuentemente empleados son:

1. Fecha de la última regla. Se cuenta a partir del primer día del último sangrado normal hasta el nacimiento y se expresa en semanas transcurridas. Multiplicar número de meses por 4 y aumentar 1 semana por cada 2 meses.

2. Somatometría. Considera talla y perímetro cefálico.

- La talla expresada en centímetros, multiplicada por la constante 0.8 nos da las semanas de gestación. Ejemplo:

$$\text{Talla} = 45\text{cm} \times 0.8 = 36 \text{ (semanas de gestación)}$$

- Se acepta un perímetro cefálico (PC) de 35 cm al final de la gestación; por lo que, el número de centímetros faltantes para 35 será el número de semanas que faltan para una gestación de 40 semanas. Ejemplo:

$$\text{PC} = 32 \text{ cm (faltan 3 cm para 35)}, \\ 40 \text{ sem} - 3 = 37 \text{ semanas de gestación}$$

3. Valoración de Usher. Evalúa la edad gestacional en base a ciertas características físicas del recién nacido, que se modifican en las últimas semanas del embarazo.

Los parámetros clínicos que se utilizan

en orden de importancia son: Pliegues plantares; Tamaño nódulo mamario; Características del cabello; Desarrollo cartilaginoso de la oreja y genitales. (Ver cuadro 3)

Cuadro 3
VALORACIÓN DE USHER
(EDAD DE GESTACIÓN)

	Hasta 36 semanas	37 - 38 semanas	39 semanas o más
PLIEGUES PLANTARES	Solo pliegues transversales anteriores	Alguno que otro pliegue en los 2/3 anteriores	Mayor a 100
Nódulo mamario, cabello	2 mm Delgado como pelusa	4 mm Delgado como pelusa	7 mm Gruoso y sedoso
Pabellón e la oreja	Flexible y sin cartílago	Algo de cartílago	Rígido y cartílago grueso
Testículos y escroto	Testículo en canal inguinal inferior, escroto poco rugoso	Testículos descendidos, escroto poco pigmentado, pocas arrugas	Testículos colgantes, escroto pigmentado, abundantes arrugas
Labios y clítoris	Labios mayores pequeños y ampliamente separados, clítoris prominente	Labios mayores y menores iguales	Labios menores y clítoris cubiertos por labios mayores

D. EVALUACIÓN DE PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

El peso para la edad gestacional se establece de acuerdo a gráficas de crecimiento intrauterino, al comparar las semanas de gestación con el peso de nacimiento (figura 5). de acuerdo al mismo se clasifican como:

1. Adecuado a la edad gestacional (AEG). A todo recién nacido que de acuerdo a las semanas de gestación, su peso se ubica entre el percentil 10 y 90.
2. Pequeño para su edad gestacional (PEG). Todo neonato que de acuerdo a lo anterior se ubique por debajo de la percentil 10.
3. Grande para su edad gestacional (GEG). Todo recién nacido que de acuerdo a lo anterior se encuentre por arriba de la percentil 90.

Registre toda la información obtenida en la historia clínica perinatal.

Bibliografía

APGAR, V.: The Newborn (Apgar) Scoring System. En: *Pediatr Clin North Am*, 13: 1970; 645-650

BARTOS, M.A.: Asfixia perinatal. En: ARTEAGA, BR.: SEOANE. F.J.: RODRÍGUEZ,

V.A., (eds.): *Cuidados intensivos en pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo del niño en estado crítico.* La Paz; Gráfica Latina; 1993; 177-182

JASSO, G.L.: Historia clínica y evaluación del feto y el recién nacido. En: JASSO, G.L.: *Neonatología práctica* 3ª Ed. México DF; Manual Moderno: 1989; 67- 87

KENDIG. J.W.: Atención del recién nacido normal. En: *PIR.13*: 1992; 257-266

MARTELL, M.; ESTOL. P.; MARTINEZ, G.: *Atención inmediata del recién nacido.*

CLAP-OPS/OMS. Publicación científica N° 1.253; 1992: 1-44

SALAZAR. B.G.: Cuidados y valoración del recién nacido. En: GAMES. E.J.; PALACIOS, T.J.. eds.: *Introducción a la pediatría* 5º Ed. México DF; Francisco Méndez Cervantes: 1994: 199-212

SINKIN, R.A.: JONATHAN, D.M.: Reanimación cardiopulmonar neonatal. En: *PIR. 12*:1991:136-141

WIMMER, J.E.: Reanimación neonatal. En: *PIR. 15*:1994:243-253

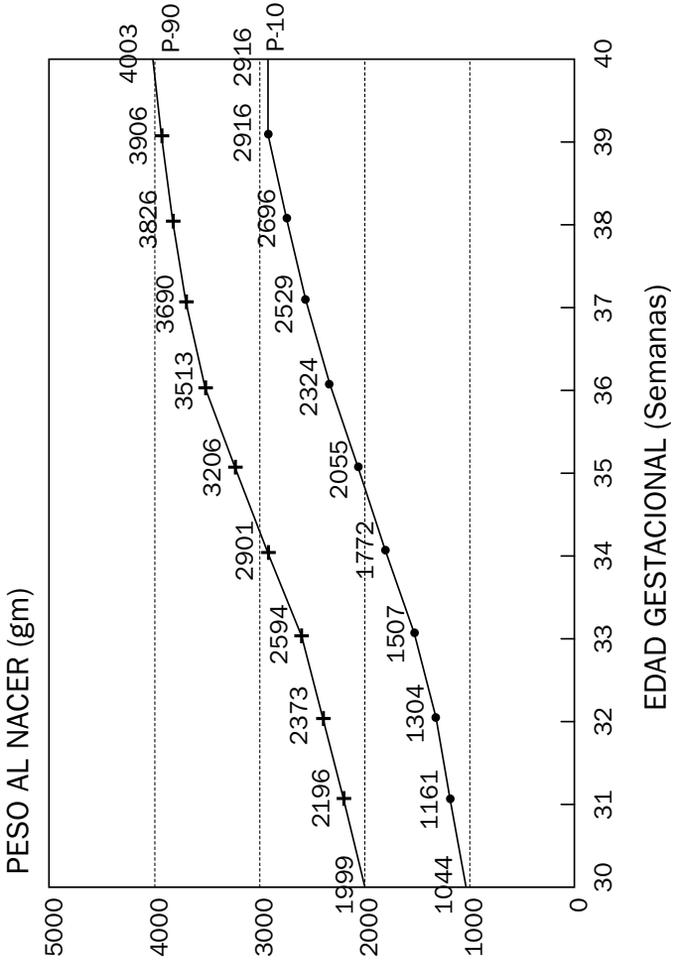
UGALDE M., PEÑARANDA G., PAREDES C.: *Técnicas y procedimientos para la atención del recién nacido.* Manual de Técnicas y Procedimientos Neonatales. MotherCare Bolivia. UMSA, MSPS. Stampa Gráfica Digital, Ed. 1998.149-238.

Figura 5

Clasificación de RN por peso de nacimiento y edad gestacional

Adecuación de Peso para edad Gestacional

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA



Información para la mujer sobre

CUIDADOS Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

El personal de salud, tanto de nivel I como II, debe tratar de informar y explicar a la madre todo lo que pueda acerca de los siguientes aspectos y cuidados.

Del estado general

- Informe y explique a la madre acerca de las condiciones físicas y biológicas del recién nacido, y sobre la importancia del peso y la talla.

De la respiración

- Explique que se le limpiará las secreciones, aspirará, o reanimará al recién nacido para asegurar que respire normalmente.

Del cordón umbilical

- Explique que a la guagüita se le cortará y amarrará el cordón umbilical y se le limpiará con algodón humedecido en alcohol para evitar que se infecte, tarea que deberá realizar la madre cada vez que le cambia sus pañales.

De la temperatura

- Explique que lo secarán y envolverán en una sabanilla y/o frazadita limpia y tibia; si la guagüita está normal, se lo entregarán a ella para que le dé su calor y su pecho inmediatamente e inicie la lactancia precozmente.

Del peso y la talla

- Explique que al recién nacido se le tomará el peso y se medirá su talla o tamaño.

De la Vitamina K

- Explique que se pondrá una inyección de Vitamina K que sirve para evitar que la guagüita tenga problemas de sangrado, especialmente por el cordón.

De las infecciones

- Explique que a la guagüita se le pondrá unas gotitas en los ojos para evitar que se infecten con las secreciones y flemas del parto. También explique que recibirá dos vacunas: La BCG contra la tuberculosis, y la Sabin contra la poliomielitis.

De la lactancia

- Explique a la madre que el mejor alimento para su guagüita es su propia leche, la que puede darle hasta los dos años y en forma exclusiva durante los primeros seis meses. Motívela a no darle mates, ni biberones, ni chupones, ni papillas hasta los 6 meses. Explique que la leche materna es también un alimento que protege a la guagüita de infecciones, como por ejemplo las respiratorias y las diarreas.

***Complicaciones
del Desarrollo Fetal
y del Recién Nacido***

Recién Nacido Pretérmino y de Bajo Peso al Nacer

Definición

Pretérmino

Recién nacido menor a 37 semanas de edad gestacional, calculadas a partir del primer día de la fecha de la última regla, independientemente del peso de nacimiento.

Se clasifica de acuerdo a su maduración en:

- **Limítrofe:** de 36 a 37 semanas.
- **Intermedio:** de 31 a 35 semanas.
- **Extremo:** de 28 a 30 semanas.

Riesgos asociados

- ***Pretérmino limítrofe:*** Mal control térmico, ictericia, dificultad en succión, síndrome de dificultad respiratoria (SDR).
- ***Pretérmino intermedio:*** SDR, ictericia, infección, alteraciones metabólicas, hemorragia peri-intraventricular (PIV), enterocolitis necrosante.
- ***Pretérmino extremo:*** Inmadurez orgánica generalizada, hemorragia PIV, septicemia, enterocolitis necrosante, SDR, alteraciones metabólicas, persistencia del conducto arterioso, etc.

Bajo peso al nacer

Recién nacido que pesa menos de 2.500 gramos al nacer, independientemente de la edad gestacional.

Factores de riesgo

A. Factores maternos:

- Edad < 16 y > 35 años.
- Nivel socio-económico y cultural bajo
- Madre que trabaja.
- Multiparidad > 5.
- Infertilidad previa.
- Abortos previos.
- Atención prenatal ausente o retrasada.
- Desnutrición materna.
- Anemia (Hcto < 30%).
- Aumento insuficiente de peso durante el embarazo (< 0,9 kg/mes).
- Embarazo múltiple.
- Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanía.
- Residente a gran altitud.
- Teratógenos en el 1er trimestre

(virosis, medicamentos, drogas, radiación).

- Infección materna.
- Enfermedad crónica materna.
- Alteraciones que interfieren la circulación placentaria y oxigenación (pre-eclampsia, cardiopatía, nefropatía, hipoxia de altura, tabaquismo, neumoopatía, collagenopatía y diabetes).

B. Factores fetales:

- Raciales, étnicos y diferencias poblacionales.
- Alteraciones cromosómicas (trisomías 13, 18 y 21).
- Malformaciones congénitas.
- Infección congénita.
- Isoinmunización Rh.

C. Factores placentarios:

- Insuficiencia placentaria (postérmino).
- Desprendimiento de placenta.
- Infarto placentario.
- Inserción aberrante del cordón.
- Placenta previa.

Los problemas que puede presentar el recién nacido con RCIU y bajo peso al nacer o PEG están referidos a los siguientes aspectos:

- Hipoxia.
- Hipotermia (dificultad para regular la temperatura).
- Alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hipocalcemia.

- Alteraciones hematológicas: policitemia y/o anemia.
- Malformaciones congénitas.
- Infecciones perinatales: TORCHS (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis y otros).

Manejo y tratamiento

- Conducta terapéutica similar para el pretérmino y bajo peso al nacer, por lo que se señalan aspectos generales de manejo.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Debe manejarse en centros de II y III nivel.
- Explique a la madre y a los familiares el estado del recién nacido, los riesgos y lo que le va a hacer.
- Debe evitar complicaciones.
- Hacer el diagnóstico precozmente y referir a la madre al nivel más adecuado antes del parto.
- Si no hay posibilidad de traslado, estar preparado para la atención del parto y del recién nacido:
 - Procure un ambiente atemperado para recibir al recién nacido.
 - Tenga listo equipo de reanimación.
 - Reciba al recién nacido con ropa previamente calentada, limpie las secreciones y abriguelo.

- Páselo a su madre para estimular el apego precoz.
- Si el recién nacido es sano, (pesa > 1.800 g y/o más de 35 semanas de gestación), está estabilizado, regula temperatura, no tiene dificultad respiratoria y succiona el pecho materno, se queda con su madre.
- Investigue la posibilidad de iniciar técnica “madre canguro” si es necesario.
- Dé consejería. Es fundamental orientar a la madre y a su familia en relación a la alimentación, control térmico, higiene, seguimiento y control periódico; así como en la identificación de signos de alarma (succión débil, hipoactivo, rechazo a la alimentación, “mal aspecto”, hipotermia, ictericia, insuficiencia respiratoria, vómito, diarrea, etc.) y la motivación para una consulta oportuna al centro de salud más próximo.

Criterio de referencia

- Referir al II o III nivel según gravedad en las siguientes circunstancias:
 - Si pesa entre 1,500 y 1,800 g y/o tiene < 35 semanas de gestación.
 - Recién nacido con cualquier patología agregada.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo y tratamiento

- Igual manejo que el descrito para el nivel I.
- Si pesa entre 1,500 y 1,800 g y/o

tiene menos de 35 semanas de gestación, colocarlo en incubadora o caja térmica, manejo adecuado y vigilancia estrecha (temperatura, respiración y succión).

- Si hay hipoglicemia:
 - Evaluar glicemia con tira reactiva (destrostix) de acuerdo a necesidad. La hipoglicemia se tratará en forma inmediata con glucosa parenteral al 10% y alimentación temprana (lactancia precoz).
 - En ausencia de succión administrar calostro o leche materna por sonda orogástrica con incremento gradual y de acuerdo a tolerancia.
- En caso necesario, ayuno y soluciones parenterales de acuerdo a requerimiento.
- Corregir alteraciones hematológicas. Previamente realizar hematocrito central por la frecuencia de policitemia en los recién nacidos con RCIU y anemia en el pretérmino.
- Si hay hipocalcemia, administrar gluconato de calcio 100-200 mg/kg/día
- Si hay patología asociada, evaluar capacidad de manejo, y valorar traslado de acuerdo a severidad.
- Si el recién nacido es sano, con peso de 1,800 a 2,000 g y/o es mayor 35 semanas de gestación, pasará a alojarse con la madre después haberse estabilizado y comprobado buena succión.

Criterio de alta

- Ausencia de patología.
- Independiente del peso, si tiene buena succión (puede ser también con técnica de mamá canguro).
- Regulación de temperatura
- Es fundamental que antes del alta dé consejería en lo referente a alimentación, control térmico, higiene, seguimiento y control precoz, así como presencia de signos de alarma (succión débil, hipoactivo, rechazo a la alimentación, “mal aspecto, hipotermia, ictericia, insuficiencia respiratoria, vómito, diarrea, etc.), en tal caso indique acudir a centro de salud más próximo.

Criterio de referencia

- Referir al III nivel en las siguientes circunstancias:
 - Patología severa agregada
 - Prematuro < 32 semanas o peso < 1,500 g.

- Si los recursos humanos y/o materiales son insuficientes para el manejo descrito.

Bibliografía

CLOHERTY JP. Identificación del neonato de alto riesgo y evaluación de edad gestacional, prematuridad y peso bajo para la edad gestacional. En: CLOHERTYJP, ed. Manual de cuidados neonatales 2° Ed. Barcelona: Salvat 1987: 121-139.

GOMELLA TL. Intrauterine growth retardation (small for gestational age infant). En: GOMELLA TL, CUNNINGHAM MD, EYAL FG, eds. Neonatology 2° Ed. California: Appleton & Lange 1992:362-367.

JASSO GL. Pretérmino y desnutrido in útero. En: Manual de procedimientos clínicos en pediatría 2° Ed. México DF: Francisco Méndez Cervantes 1984:4950.

CASSADY G, STRANGE M. El recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). En: AVERY GB, ed. Neonatología fisiopatología y manejo del recién nacido. 3° Ed. Bs As Panamericana 1990:317-346.

Información para la mujer sobre

RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO Y CON BAJO PESO AL NACER

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

(Explique la causa sospechada o confirmada precisa por la cual el recién nacido nació antes de tiempo o con bajo peso, por ejemplo).

- Su guagua nació con poco peso porque el funcionamiento de la placenta fue inadecuado, evitando la eficiente nutrición de su guagüita.
- Usted tuvo algún problema durante su embarazo (preeclampsia, eclampsia, hemorragia, anemia, diabetes, infección, parto prematuro, etc.) que afectó el funcionamiento de la placenta.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si, su guagüita es de bajo peso

y puede tener algún problema, por ejemplo:

- Que no tenga fuerzas para mamar y no se alimente bien
- Que se enfríe.
- Que se resfríe mucho.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

- Hay que tener especial control sobre el crecimiento y desarrollo de su guagua. Debe darle de mamar sin falta, pues para que no se enferme tanto debe alimentarse muy bien.
- Si se fortalece, podremos detectar a tiempo cualquier problema o enfermedad que presente su guagüita.

***Complicaciones
Respiratorias
Neonatales***

Asfixia Neonatal y Reanimación Neonatal

Definición

Es la respiración superficial o irregular del recién nacido, inmediatamente después del nacimiento, o bien la ausencia de respiración espontánea.

Se clasifica en:

Asfixia leve a moderada. Respiración superficial e irregular o ausente y frecuencia cardíaca de 100 o más latidos por minuto. Apgar de 4 - 6.

Asfixia Grave. Respiración superficial e irregular o ausente y frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto. Apgar de 0 - 3.

IMPORTANTE

No se debe esperar la calificación Apgar al minuto; si no respira espontáneamente al nacer necesita reanimación inmediata. Utilizar el concepto de "Apgar al minuto 0".

ASFIXIA MODERADA

— En presencia de RN moderadamente deprimido, con cianosis, respiración irregular y frecuencia cardíaca de 100

o mayor se recomienda no apresurarse y vigilar que la frecuencia cardíaca no descienda.

- Colocar al recién nacido bajo fuente de calor y proceder al secado y aspiración respectiva de las secreciones: la mayoría de las veces con el secado y estimulación plantar presentan inspiración profunda y llanto subsecuente (figura 1).
- En ocasiones, al aspirar continuamente y exponer al recién nacido a hipotermia, se produce efecto contrario con aparición de bradicardia y flacidez generalizada, requiriendo oxígeno y ventilación a presión positiva con Ambú y mascarilla sobre nariz y boca, la cual se ajusta levantando el mentón sin presionar la cara (figura 2).
- Si no dispone de Ambú, practique respiración boca a boca, previa limpieza y aspiración de fosas nasales y boca, colocando la boca del reanimador sobre la nariz y boca del recién nacido (figura 3) e insuflando suavemente sólo con el aire contenido en la boca del reanimador, 40-60 veces por minuto. No soplar con mucho aire por riesgo de neumotórax.

- Cuando aumente la frecuencia cardíaca (100 o más por minuto) suspender la maniobra (Ambú o boca a boca).
- Continuar con oxígeno hasta conseguir coloración rosada de la piel, e ir disminuyendo gradualmente hasta retirarlo totalmente.
- De no haber respuesta, y si tiene entrenamiento para hacerlo, visualizar laringe con laringoscopio, aspirar moco, sangre o meconio rápidamente y continuar ventilación con Ambú.
- Generalmente basta insuflar unos cuantos segundos para obtener respuesta cardíaca adecuada. Restablecido automatismo respiratorio, mantener O₂ hasta revertir cianosis.
- *Toda maniobra de reanimación efectuarla bajo fuente de calor para evitar hipotermia y no favorecer el círculo vicioso asfixia-acidosis.*

ASFIXIA GRAVE

- Corresponde a neonatos de peor pronóstico y requieren atención urgente el primer minuto de vida. Las maniobras de aspiración, oxigenación y respiración manual con Ambú generalmente logran revertir la situación; sin embargo, la asistencia a la ventilación suele prolongarse más allá de los 5 minutos.
- El procedimiento será realizado por 3 personas: una se encarga de la respiración, otra del masaje cardíaco y la tercera de administrar medicamentos y controlar signos vitales.

Los pasos a seguir para su sistematización son los siguientes:

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

- Proteger al recién nacido de hipotermia; cubrirlo, secarlo rápidamente y mantenerlo bajo fuente de calor.
- Colocar al niño en posición de Rossiere (pequeño rodillo debajo de omóplatos).
- Aspiración de orofaringe y ventilación con Ambú o boca a boca (ver figura 2 y 3) 40 a 60 veces por minuto y presión suficiente que permita adecuada movilidad torácica y buena entrada de aire a la auscultación.
- Sí la FC es < 60/min, haga masaje cardíaco externo sobre el tercio medio del esternón con dos dedos o ambos pulgares (figura 4) rodeando el tórax con ambas manos y presión vertical de 1.5 cm intermitente, 90 a 120 por minuto, intercalando con la ventilación (relación de 3 presiones por una ventilación).
- Esta complicación es muy grave y necesita atención de cuidados intensivos. Debe ser referido de urgencia.
- Una vez efectuados los procedimientos descritos, el recién nacido debe ser referido de urgencia al II ó III nivel, manteniendo las medidas de apoyo en el traslado (calor, oxígeno, vías aéreas permeables).

HOSPITAL DE REFERENCIA

- Proteger al recién nacido de hipotermia; cubrirlo, secarlo rápidamente y mantenerlo bajo fuente de calor.
- Colocar al niño en posición de Rossiere (pequeño rodillo debajo de omóplatos).
- Aspiración de orofaringe y asistencia a la ventilación con presión positiva intermitente y oxígeno a 6-8 lit/min con Ambú y mascarilla mientras se alista equipo de intubación.
- De ser necesario, intubación endotraqueal y ventilación a presión positiva intermitente 40 a 60/min. y presión suficiente que permita adecuada excursión torácica y buena entrada de aire bilateral (< 30 cm de agua). De no tener experiencia para intubar, mantener ventilación manual por mascarilla hasta recuperación o traslado, e instalar sonda naso u orogástrica abierta para evitar distensión gástrica.
- Si pese a lo anterior la FC es < 80/min, iniciar masaje cardíaco externo sobre el tercio medio del esternón con dos dedos o ambos pulgares (figura 4) rodeando el tórax con ambas manos y presión vertical de 1.5 cm intermitente 90-120/min., intercalando con la ventilación (relación 3 masajes por 1 ventilación).
- Se puede usar Adrenalina ampolla de 1 ml con una dilución de 1/1000. En una jeringa de 10 ml preparar 1 ml de Adrenalina con 9 ml suero fisiológico o agua destilada.

Administrar 0.1 a 0.3 ml/kg de peso por vía i.v o vía umbilical. Se puede repetir 2 ó 3 veces.

- Corregir acidosis metabólica con bicarbonato de sodio 1 a 3 mEq/kg/dosis, diluido en agua destilada (1 cc de bicarbonato en 4 ml respectivamente) y administrar lentamente i.v. (Nota: De una ampolla de Bicarbonato de 10 cc al 8%, se debe tomar 1 cc que equivale a 1 mEq). La administración rápida puede aumentar la dificultad respiratoria.
- En caso de shock, administrar suero fisiológico o Rínger lactato 10 ml/kg en 10 minutos. Si hay hipovolemia por hemorragia, transfundir sangre fresca compatible a 10 ml/kg.
- Si requiere manejo prolongado, trasladar a centro de III nivel en incubadora portátil manteniendo medidas de apoyo en el traslado.

EQUIPO NECESARIO PARA LA REANIMACIÓN NEONATAL

- 10 al 15% de los recién nacidos requieren alguna forma de reanimación, que no siempre puede ser prevista a tiempo para poder transferir a la madre a establecimiento de III nivel: por eso, los centros de salud deben disponer del equipo necesario y personal entrenado en reanimación neonatal.
- Fuente de calor (cuna radiante, en su defecto mesa preparada con dos focos de 150 a 250 watt o estufa a 90 cm por encima de la mesa).

- Fuente de oxígeno con medidor de flujo y humidificador.
- Aspiradora con sondas de aspiración de diferente tamaño.
- Bolsa de presión positiva con reservorio y mascarillas especialmente para recién nacidos (tipo Ambú).
- Estetoscopio.
- Sondas nasogástricas N° 5 para recién nacidos
- Laringoscopio con hojas rectas N° 0 (prematuros) y N° 1 (de término).
- Cánulas endotraqueales (2.5; 3 y 3.5 mm) con adaptadores.
- Catéteres umbilicales.
- Soluciones endovenosas (suero fisiológico, dextrosa al 10%, Rínger lactato y albúmina humana).
- Medicamentos (Adrenalina 1 :1000, bicarbonato de sodio).
- Tijera de punta roma.
- Equipo de venodisección.
- Jeringas descartables (1 cc; 2.5 cc; 5 cc y 10 cc).
- Aguja mariposa y venocats (N° 23 y 25).
- Tubos para recolección de muestras de sangre (con y sin heparina).
- Guantes estériles.
- Tela adhesiva (corriente y micropore).
- Perillas de goma para aspiración.
- Antisépticos.
- Solución de Benjuí.

Figura 1

Esquema global de la reanimación en la sala de partos

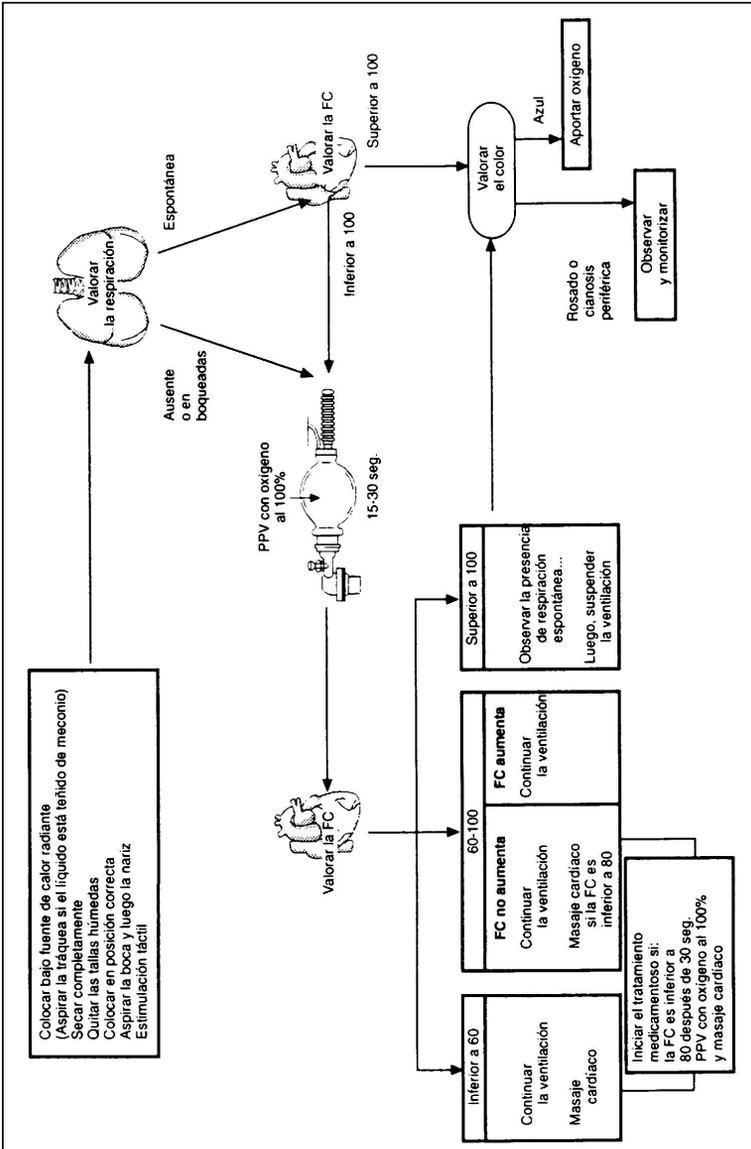


Figura 2
Colocación de la máscara de reanimación

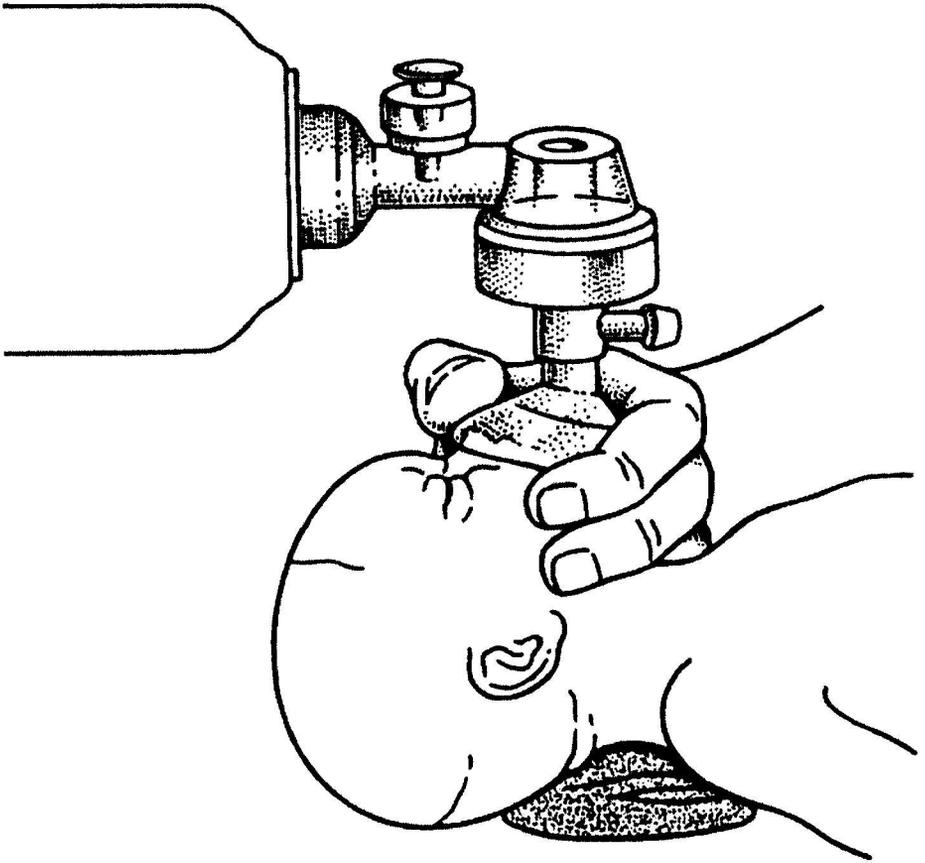
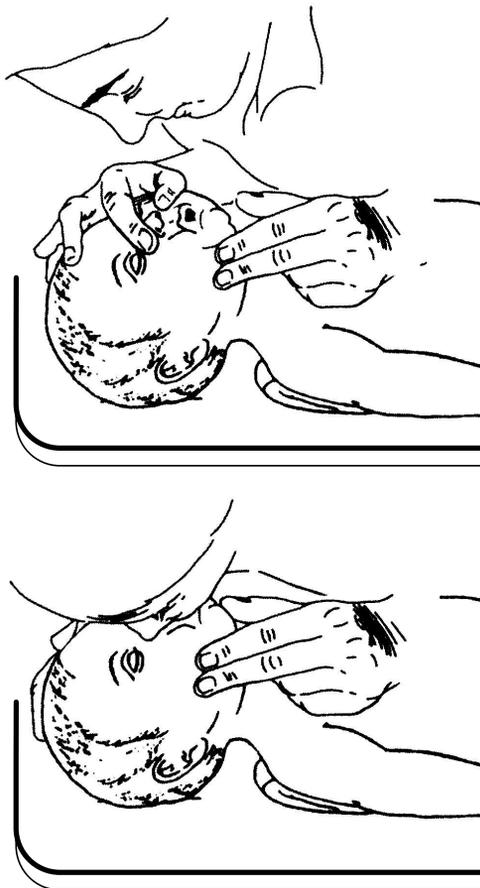


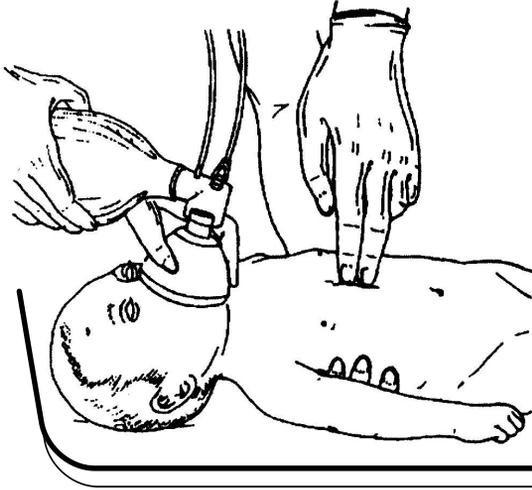
Figura 3

Reanimación boca a boca en recién nacidos

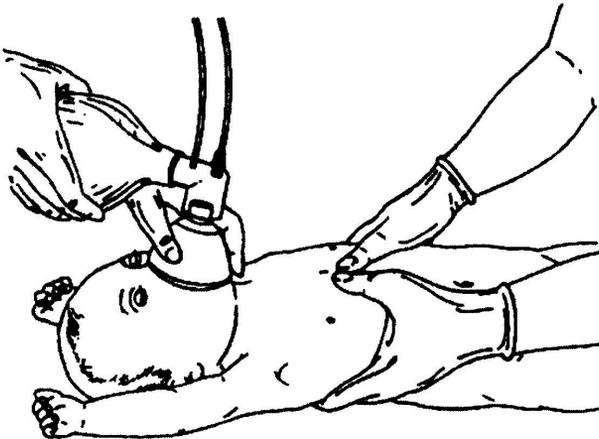
- A.- Se tapa la nariz.
- B.- El reanimador coloca su boca sobre la boca del recién nacido y le eleva la mandíbula. Se puede colocar una gasa para cubrir la boca del bebe.
- C.- La cantidad de aire que insufla el reanimador, es el contenido de la boca preinflada.

Figura 4

**Técnica de masaje
con dos dedos**



**Posición de los pulgares
para el masaje cardiaco externo**



Insuficiencia Respiratoria Neonatal

Definición

Se considera que un recién nacido tiene insuficiencia respiratoria cuando presenta 60 o más respiraciones por minuto, calificación de Silverman mayor a 2. (Ver anexo 2, cuadro 2.).

Clasificación (según etiología)

- Los padecimientos primarios respiratorios que causan insuficiencia respiratoria neonatal son numerosos. Los más frecuentes son:
 - Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina.
 - Síndrome de aspiración de meconio.
 - Apnea recurrente.
 - Taquipnea transitoria del recién nacido.
 - Neumonía perinatal.
- Padecimientos extrapulmonares
 - Asfixia perinatal con daño cerebral
 - Hemorragia intra craneana.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

Los neonatos con insuficiencia respiratoria se manejan en hospitales de II y III nivel adecuadamente equipados.

- Explique a la madre y familiares lo que tiene el recién nacido, los riesgos y la importancia de cumplir las indicaciones.
- En casos de insuficiencia respiratoria leve se recomienda el siguiente manejo inicial, antes o durante el traslado del paciente:
 - Estabilizar al recién nacido.
 - Ayuno de acuerdo a gravedad. Evitar la hipoglicemia: mantener seno materno, administración de leche materna por cucharilla o solución de agua azucarada. Se puede establecer la administración por sonda nasogástrica.
 - Evitar hipotermia mediante uso de caja térmica, incubadora o medios físicos (mantener temperatura rectal entre 36.5 y 37.0 °C).
 - Abrigar al recién nacido.

- Cubrir la cabeza.
- Procurar un ambiente atemperado.
- Aspirar secreciones.
- Posición Semifowler-Rossiere.
- Oxígeno húmedo entubiado (a 36 °C en baño maría, ya que el oxígeno frío aumenta la asfixia) directo según gravedad:
 - . 0.5 a 1 litros/min por catéter nasal.
 - . 1 a 2 litros/min por bigotera.
 - . 4 a 5 litros/min por mascarilla.
 - . 6-7 litros/minuto en casos severos.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido con insuficiencia respiratoria debe ser referido de inmediato a hospitales de II ó III nivel de atención, previa estabilización indicada.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hemograma completo, velocidad de sedimentación globular y recuento de plaquetas para valorar anemia y/o infección.
- Rx de tórax. Para diagnóstico diferencial.
- Glicemia. La hipoglicemia es frecuente en recién nacido de bajo peso. Se recomienda utilizar destrostix de acuerdo a necesidad.
- Electrolitos (Na, K, Cl). Útil para ma-

nejo adecuado de líquidos y electrolitos.

- Bilirrubinas séricas. Es frecuente la ictericia como consecuencia de prematuridad, hipoxemia y acidosis.
- Calcemia. Los recién nacidos de peso < 1,500g y síndrome de dificultad respiratoria cursan con hipocalcemia hasta 30-50%
- Investigar sangre oculta en heces (labstix) para detectar enterocolitis necrosante.

Manejo y tratamiento

- Explique a la madre y a los familiares el estado del recién nacido, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.
- Colocar al paciente en incubadora o caja térmica manteniendo temperatura rectal entre 36.5 y 37.0 °C.
- Aspirar secreciones y mantener vía aérea permeable.
- Ayuno de acuerdo a gravedad. Evitar la hipoglicemia. (ver administración de soluciones en las primeras 48 horas, más adelante).
- Posición Semifowler-Rossiere.
- Oxígeno en casco cefálico de acuerdo a gravedad según el esquema anterior.
- Fototerapia profiláctica o en caso de ictericia.
- Valoración de Silverman, frecuencia cardíaca y respiratoria cada hora o de acuerdo a gravedad.

- Ante sospecha de neumonía iniciar ampicilina, gentamicina en dosis establecidas y solicitar exámenes correspondientes (ver protocolo de sepsis neonatal). Según protocolos, en caso de empeoramiento o neumonía estafilocócica iniciar Cefotaxima, Cloxacilina y si es estreptocócica, Penicilina en dosis establecidas. (ver patologías específicas).
- En caso de hematocrito menor al 40% transfundir paquete globular a 10 ml/kg en 4 horas.
- Corregir acidosis metabólica con bicarbonato de sodio 1 a 3 mEq/kg diluido en agua destilada o dextrosa al 10% (1 para 4), administrar lentamente por vía periférica i.v.

Las primeras 48 horas:

- Dextrosa 10% a 60-80 ml/kg/día.

Al tercer día:

- Incrementar a 80 ml/ kg/día y agregar sodio 2-3 mEq/kg/día y potasio 1-2 mEq/ día o de acuerdo a electrolitos séricos. El aporte de calorías debe cubrir un mínimo de 30 a 40 cal/kg/día.
- Al mejorar la insuficiencia respiratoria, iniciar vía oral o a través de sonda orogástrica, con leche materna en forma gradual, y, al mismo tiempo, disminuir soluciones parenterales.

Criterio de referencia

- En caso de agravamiento de la insuficiencia respiratoria y de Silverman mayor a 6 o en presencia de apnea

recurrente y ante la posibilidad de requerir ventilación mecánica, debe trasladarse al recién nacido a un hospital de III nivel.

- Asimismo, si no hay insumos, equipos, medicamentos y apoyo de laboratorio necesarios para efectuar el manejo y el tratamiento descrito.

Bibliografía

JASSO, G.L.: Insuficiencia respiratoria. En: JASSO, G.L. (ed.): *Neonatología práctica*. 4° Ed. México DF; Manual Moderno; 1995; 194-205.

STALMAN, M.T.: Trastornos respiratorios agudos en el recién nacido. En: AVERY, G.B. (ed.): *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*. 3° Ed. Buenos Aires; Panamericana; 1990:430-457.

MARTELL M. et al: Atención inmediata recién nacido. Publicación científica CLAP No. 1206. OMS/OPS, 1990; 14-22.

UGALDE M., CONCHARI F., SEOANE J., CLAROS A., JALDIN F., JIMÉNEZ V.H. en: *Insuficiencia Respiratoria neonatal*. Medicamentos y acciones esenciales. Manejo de complicaciones maternas y perinatales. MotherCare Bolivia, Ed. Stampa; Febrero 2000; 51- 52

GUÍAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN DEL SEGURO BÁSICO DE SALUD. *Infecciones bacterianas graves en niños menores de 2 meses*. Ministerio de Salud y Previsión Social. Ed. Garza Azul; Bolivia 1999, 31-33.

VALORACIÓN DE SILVERMAN- ANDERSEN

- Útil para valorar gravedad de insuficiencia respiratoria. Contempla 5 parámetros: Disociación tóraco-abdominal; Tiros intercostales; Retracción xifoidea; Aleteo nasal y Quejido respiratorio.
- Cada parámetro se califica 0 – 1 - 2. Calificación ideal 0.

Disociación tóraco-abdominal:

- 0: Existe sincronía de los movimientos tóraco-abdominales.
- 1: Poca elevación del tórax.
- 2: Asincronía.

Tiros intercostales:

- 0: No existe.
- 1: Apenas son visibles.
- 2: Marcados.

Retracción xifoidea:

- 0: Ausente.
- 1: Visible.
- 2 Retracción marcada.

Aleteo nasal:

- 0: No existe.
- 1: Mínimo.
- 2: Marcado.

Quejido respiratorio:

- 0: No existe.
- 1: Audible con estetoscopio.
- 2 Audible a distancia.

La puntuación se interpreta de la siguiente manera:

- < 2: Normal
- 2-3: Insuficiencia respiratoria leve
- 4-6: Insuficiencia respiratoria moderada
- > 6: Insuficiencia respiratoria.

Cuadro 1

VALORACION SILVERMAN-ANDERSEN

SIGNO	0	1	2
Disociación tóraco-abdominal	Sincronía	Leve	Marcada
Tiros intercostales	No	Leve	Múltiples
Retracción xifoidea	No	Leve	Marcada
Aleteo nasal	No	Leve	Marcado
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible a distancia

Síndrome de Dificultad Respiratoria o Membrana Hialina

Definición

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad casi exclusiva del recién nacido de pretérmino. Se la ha denominado de diversas formas (enfermedad de membrana hialina, síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática, atelectasia pulmonar). Más que una enfermedad es la expresión de inmadurez en el desarrollo del recién nacido de pretérmino (< 37 semanas de gestación).

Fisiopatología

— Ver figura 6

Factores de riesgo

- Prematurez.
- Diabetes materna.
- Nacimiento por cesárea sin trabajo de parto.
- Gemelaridad con mayor riesgo para el segundo gemelo.
- Asfixia perinatal o sufrimiento fetal agudo.
- Sexo masculino.

- Por el contrario, las causas que pueden aminorar el riesgo de SDR, acelerando el desarrollo pulmonar fetal, incluyen: administración prenatal de glucocorticoides, hipertensión inducida por el embarazo, rotura prematura de membranas y retraso del crecimiento in útero.

Manifestaciones clínicas

- Sospechar este padecimiento en todo recién nacido prematuro, más aún si presenta uno o varios factores de riesgo y que desde el nacimiento inicia insuficiencia respiratoria, generalmente progresiva. En algunos neonatos aparece a las 6 u 8 horas del nacimiento, debido a la vida media del surfactante.
- Clínicamente se aprecia taquipnea, “quejido espiratorio”, aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea, desbalance tóracoabdominal y cianosis o palidez por vasoconstricción.
- A la auscultación pulmonar se detecta disminución del ruido respiratorio y ocasionalmente estertores alveolares.

- Hay incapacidad para mantener una oxigenación adecuada respirando aire ambiente, lo que obliga a la administración creciente de oxígeno.
- La gravedad de la insuficiencia respiratoria alcanza su acmé a las 48 a 72 horas de vida. Si el recién nacido sobrevive, la remisión se logra del quinto al séptimo día. En casos severos, la muerte puede ocurrir en las primeras 6 a 12 horas de vida. Es importante señalar que en la mayoría de los recién nacidos con SDR grave, la diuresis espontánea se presenta al segundo o tercer día, precediendo la mejoría de la función pulmonar.

Complicaciones

- Desequilibrio hidroelectrolítico, acidosis, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia (ictericia), sepsis, hemorragia intracraneana, estado de shock, enterocolitis necrosante (ECN), coagulación intravascular diseminada (CID), insuficiencia renal, hipertensión pulmonar persistente, persistencia conducto arterioso (PCA), insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, enfisema intersticial, neumotórax, convulsiones, hemorragia peri-intraventricular, hemorragia pulmonar y displasia broncopulmonar.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Explique a la madre lo que ocurre, los riesgos y los procedimientos a efectuar.

- Mantenga oxigenación adecuada, evite acidosis e hipotermia y garantice la normalidad cardiorrespiratoria, renal y electrolítica del neonato.
- El manejo general de la insuficiencia respiratoria del recién nacido consiste en:
 - Estabilizar al paciente.
 - Referir de inmediato al II ó III nivel.
 - Si no es posible la referencia, ver capacidad de efectuar tratamiento y manejo descrito para nivel II.

Tratamiento preventivo

Emplear glucocorticoides tipo betametasona o dexametasona en la gestante con amenaza de parto prematuro. Se recomienda administrar 24 a 48 horas antes de que se produzca el parto.

- Betametasona: 24-48 h antes de que se produzca el parto.
- Dosis: 12 mg i.m. cada 24 h por 2 días.
- Si no se ha producido el parto, 1 inyección semanal hasta la semana 34.
- Dexametasona: 24-48 h antes de que se produzca el parto.
- Dosis: 5 mg i.m. cada 12 horas por 4 veces.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido pretérmino con sospecha de SDR debe ser enviado de inmediato (previa estabilización)

al II ó III nivel de atención. Un porcentaje elevado precisa ventilación mecánica, monitoreo y vigilancia continua que sólo puede brindar una unidad de cuidado intensivo neonatal.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Rx de tórax. Se observa infiltrado reticulogranular fino “en vidrio esmerilado” y broncograma aéreo que rebasa la silueta cardíaca. En algunos casos la imagen clásica tarda 12 a 24 horas en instalarse.
- Glicemia, debido con frecuencia al riesgo de hipoglicemia.
- Hemograma completo al inicio y posteriormente según evolución.
- Microhematocrito en caso necesario para valorar hemoglobina y poder optimizar transporte de oxígeno.
- Sangre oculta en heces por medio de tira reactiva (labstix), para detección precoz de ECN.
- Bilirrubinas séricas en caso de ictericia.

Manejo y tratamiento

El objetivo principal del manejo está dirigido a mantener una oxigenación adecuada, evitar acidosis e hipotermia y garantizar la homeostasis cardiorrespiratoria, renal y electrolítica del neonato.

- Coloque al paciente en incubadora o caja térmica y mantenga temperatura

corporal entre 36.5 y 37.2 °C.

- Ayuno las primeras 48 a 72 horas.
- Posición Semifowler-Rossiere.
- Despeje vías aéreas altas (aspiración de secreciones).
- Oxígeno húmedo entibiado según esquema indicado anteriormente.
- Fototerapia temprana.
- Vigile continuamente la frecuencia cardíaca y respiratoria, apnea, coloración, vitalidad, llenado capilar y valoración Silverman.
- Sonda orogástrica descompresiva si el abdomen esta distendido.
- Antimicrobianos en sospecha de infección (ampicilina-gentamicina). Ver protocolo de infección.
- Líquidos parenterales: solución glucosada al 10% durante las primeras 48 horas; posteriormente agregar sodio, 2 a 4 mEq/kg/día, y potasio, 1 a 2 mEq/kg/día. La cantidad de líquido debe ser de 60-80 ml/kg/día y, en caso de fototerapia, incrementar 10%. El aporte calórico debe cubrir un mínimo de 30-40 cal/kg/día.
- Gluconato de calcio. Diluir 1 ampolla de 10 cc de Gluconato de Calcio al 10% con 9 cc de agua destilada o suero. Retirar 0.5 o 1 cc para dosis. Dosis: 0.5 a 1 cc/Kg i.v. lenta.
- Si el hematocrito es inferior a 40%, transfundir paquete globular a razón de 10 ml/kg.
- Corrección de acidosis metabólica. Administrar en ocho horas Bicarbonato

nato de sodio 1 a 2 mEq/kg, diluido exclusivamente en solución glucosada.

- Al estabilizarse el sistema cardiovascular y mejorar la insuficiencia respiratoria, iniciar gradualmente alimentación a través de sonda orogástrica con leche materna. Asimismo, incrementar el aporte de líquidos totales de acuerdo a edad (100-120 ml/kg/día).

Tratamiento preventivo

- Puede ser prenatal o posnatal.
- La **prevención prenatal** consiste en el empleo de glucocorticoides tipo betametasona o dexametasona en la gestante con amenaza de parto prematuro. Se recomienda administrar 24 a 48 horas antes de que se produzca el parto. La dosis de betametasona es de 12 mg cada 24 horas por dos días, y de no haberse producido el parto, una inyección semanal (12 mg) hasta la semana 34. La dexametasona se administra en dosis de 5 mg cada 12 horas por cuatro dosis.
- La **prevención posnatal** contempla la administración endotraqueal de surfactante exógeno inmediatamente después del nacimiento de los niños con riesgo de SDR. Tiene mayor utilidad cuando se emplea en ausencia de signos francos de SDR.

Criterio de referencia

- El SDR es uno de los problemas respiratorios neonatales que más

requiere de un manejo en hospitales de III nivel, pues un porcentaje elevado de casos requiere ventilación mecánica, monitoreo y vigilancia continua que sólo puede brindar una unidad de cuidados intensivos neonatales.

- Está indicado el traslado de los recién nacidos con:
 - SDR severo con Silverman de 6 o más.
 - SDR moderado (Silverman de 4-6) y peso < 1,500 g.
 - Presencia de apnea recurrente, refractaria al tratamiento médico.
 - Presencia de cualquier complicación.
 - Insuficiencia de recursos humanos o materiales.

Bibliografía

BILLAHD, R.A.; BALLARD, P.L.; GRANBERG, J.P.; SYNDERMAN, S.: Prenatal Administration of Betamethasone for Prevention of Respiratory Distress Syndrome. *J Pediatr* 94, 1979; 97-101.

BOYLE, R.J.; Oh W.: Síndrome de dificultad respiratoria. *Clin Perinatol.* 2, 1978; 283-297.

DUNN, M.S.; SHENNAN, A.T.; HOSKINS, E. M., et al. Two Year Followup of Infants, Rolled in a Randomized Trial of Surfactant Replacement Therapy for Prevention of Neonatal Respiratory Distress Syndrome. *Pediatrics* NO 82, 1988; 543-547.

JASSO, G.L.: Insuficiencia respiratoria niños con SDR grave. En: JASSO, G.L., ed.: *Neonatología práctica* 3° Ed. México

DF, 1989; Manual Moderno; 200-210.

HEAF, D.P.; BELIK, J.; SPITZER, A.R., et al.: Changes in Pulmonary Function During the Diuretic Phase of Respiratory Distress Syndrome. *JPediatr101*, 1982; 103-107.

SCHEREINER, R L , BRADBURN, N C.: Newborns with Acute Respiratory Distress: Diagnosis and Management. *PIR*. 9, 1988; 279-285.

SEOANE, F.J.: Síndrome de dificultad respiratoria. En: ARTEAGA, B.R.; SEOANE, F.J.; RODRÍGUEZ, V.A., ed.: *Cuidados intensivos en pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo de/ niño en estado crítico*. La Paz, 1993; Gráfica Latina; 188-196.

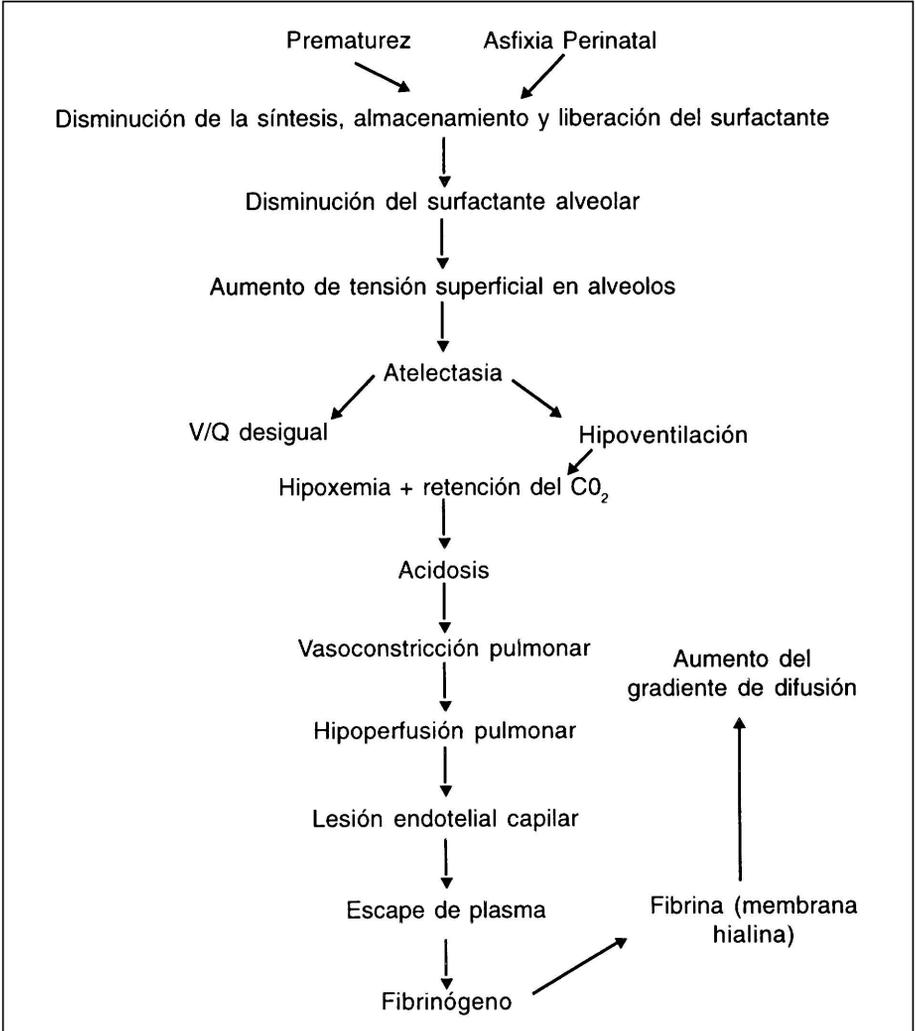
SOLL, R.F.; LUCEY, M.D.: *Terapéutica de reemplazo del surfactante pulmonar*. *PIR*. 12,1991; 261-267.

STAHLMAN, M.T.: *Trastornos respiratorios agudos en el recién nacido*. En: AVERY, G.B., ed.: *Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido*. 3° ed. Buenos Aires, 1990; Panamericana; 430-457.

UGALDE M., CONCHARI F., SEOANE J., CLAROSA., JALDIN F., JIMENEZ V.H. en: *Síndrome de Dificultad Respiratoria, Membrana Hialina*. Medicamentos y acciones esenciales. Manejo de complicaciones maternas y perinatales. MotherCare Bolivia, Ed. Stampa; Febrero 2000; 51-53.

Figura 6

Fisiopatología del SDR



Fuente: Bacsik RD. Meconium aspiration syndrome. *Pediatr. Clin North Am* 1977; 24:463-479

Apnea Recurrente Neonatal

Definición

Ausencia de movimientos respiratorios espontáneos con duración mayor a 20 segundos, o menos en caso de asociarse a bradicardia, hipotonía, cianosis o palidez. Representa el desorden más importante del mecanismo de control respiratorio del recién nacido y, dependiendo de su duración, puede provocar daño cerebral permanente.

El episodio simple de apnea debe diferenciarse de la forma recurrente, que puede estar ligada a causa específica (hipoglicemia, septicemia, etc.)

Es característica del prematuro y frecuente en las primeras 48 horas de vida. Si no ha ocurrido en la primera semana, es poco probable que suceda después. Generalmente remiten luego de las 37 semanas de edad gestacional.

Clasificación (según causa)

- Cardiorrespiratorias:
 - SDR o enfermedad de membrana hialina.
 - PCA (persistencia del conducto arterioso).
 - Anemia o policitemia.
- Obstrucción de vías aéreas.
- Neurológicas:
 - Convulsiones.
 - Hemorragia intracraneana.
 - Encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Metabólicas:
 - Hipoglicemia.
 - Hipocalcemia.
 - Hipomagnesemia.
 - Hiponatremia.
 - Hipoxemia.
 - Acidosis.
- Infecciosas:
 - Meningitis.
 - Neumonía.
 - Septicemia.
- Otras:
 - Hiper o hipotermia.
 - Sonda nasogástrica (reflejo vagal).
 - Fístula traqueoesofágica.
 - Reflujo gastroesofágico.
 - Drogas (sedantes, anestésicos).

Manifestaciones clínicas

- Los pretérmino < 34 semanas y de peso < 1,800 g constituyen la población más susceptible, por lo que deben someterse a vigilancia continua cardiorrespiratoria durante los primeros diez días de vida.
- Una vez instalada la apnea y dependiendo de su duración, el neonato presenta hipotonía, bradicardia, cianosis o palidez.
- Tiene carácter recurrente.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Restaurar la ventilación, lo que se consigue en el 60% de los casos con estimulación táctil. El manejo adecuado debe realizarse en centros de III nivel.
- Explique a la madre y a los familiares el problema, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.
- El manejo general de la insuficiencia respiratoria del recién nacido consiste en:
 - Estabilizar al recién nacido de acuerdo a lo indicado en el protocolo. Enfermedades y problemas más frecuentes que producen insuficiencia respiratoria en la etapa neonatal.
 - Referir de inmediato a un centro de III nivel.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido que presente este cuadro debe ser referido de inmediato al III Nivel

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hemograma completo y plaquetas para detectar anemia, policitemia y descartar infección.
- Electrolitos séricos (Na, K, Cl y Ca). Es frecuente la hipocalcemia.
- Glicemia. La hipoglicemia es causa de apnea.
- Radiografía de tórax para investigar neumonía o cardiopatía.

Manejo y tratamiento

- Restaurar la ventilación, lo que se consigue en el 60% a través de estimulación táctil.
- Si las pausas apnéicas son repetidas (2-3/hora) o prolongadas, con bradicardia, cianosis y palidez, o requieren reanimación con bolsa y máscara, realizar lo siguiente:
 - Estimulación cutánea intermitente.
 - Teofilina oral o aminofilina intravenosa, dosis inicial 5 a 6 mg/kg. Dosis de mantenimiento 1 a 2 mg/kg cada 8 a 12 horas, de acuerdo a respuesta.
 - Suspender de inmediato en caso de toxicidad (taquicardia, irritabilidad, temblores, convulsiones, distensión

abdominal, vómitos y hemorragia digestiva).

- Ventilación manual con "Ambú" y mascarilla en apnea prolongada, entre tanto se traslade al III nivel.

Medidas generales

- Evitar hipotermia (incubadora, caja térmica o medios físicos).
- Oxígeno húmedo de acuerdo a esquema indicado anteriormente.
- Vigilancia cardiorrespiratoria.
- Evitar estímulos nocivos (flexión o extensión excesiva de cuello, aspiración faríngea, alimentación oral, etc.).
- Tratar patología desencadenante (anemia, septicemia, hipoglicemia, etc.)

Criterio de referencia

- Idealmente, la apnea recurrente debe manejarse en el III nivel, ya que pue-

de ser necesario un monitor cardiorrespiratorio, oximetría de pulso, laboratorio y ventilación mecánica.

- La apnea persistente y refractaria es indicación absoluta de traslado para el manejo señalado.

Bibliografía

ARANDA, J.V.; TURMEN, T.: *Methylxanthines in Apnea of Prematurity*. Clin Perinatol 6; 1979; 87-108.

ARTEAGA, B.R.; SEOANE, F.J.; y RODRÍGUEZ, V.A. en: *Cuidados intensivos en pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo del niño en estado crítico*. La Paz. Ed. Gráfica Latina; 1993; 183-187.

KATTWINKEL, J.: *Apnea in the Neonatal Period*. Pediatr Rey 2:1980:115-533.

MILLER, M.J.; y MARTÍN, R.J.: *Apnea of Prematurity*. Clin Perinatol 19:1992; 789-808.

Síndrome de Aspiración de Meconio

Definición

Es el paso de meconio a la vía aérea del recién nacido, por aspiración de éste, durante el parto o al nacer. Es más frecuente en recién nacidos de término o postérmino.

Fisiopatología (Ver figura 7)

Complicaciones

- Asfixia neonatal.
- Atelectasia.
- Neumotórax.
- Neumonía.
- Hipertensión pulmonar.
- Muerte.

Si el meconio aspirado es antiguo (sufrimiento fetal crónico) por insuficiencia placentaria crónica, el cuadro es más grave y puede desencadenar la muerte del recién nacido durante el expulsivo o inmediatamente después de nacer.

Manifestaciones clínicas

- Los recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio (SAM) generalmente:

- Son de término o postérmino.
 - Tienen antecedentes de sufrimiento fetal.
 - Tienen valoraciones bajas de Apgar.
 - Presentan líquido amniótico (LA) teñido de meconio.
- Es necesario distinguir el SAM por sufrimiento fetal crónico del agudo, ya que el primero reviste mayor gravedad.
- El recién nacido con SAM por sufrimiento fetal crónico antiguo se encuentra:
 - Manchado de LA verde amarillento (puré de arvejas).
 - Desnutrido en útero con escasa grasa subcutánea y pliegues cutáneos redundantes.
 - Tiende a mantener los ojos abiertos.
 - La piel, uñas y cordón teñidos de color amarillento, este último delgado con escasa gelatina de Wharton.
 - Piel queratinizada (áspera) con ausencia de vérmix.
 - Boca y faringe con líquido meconial que debe aspirarse antes de la primera respiración.

- Presentan depresión respiratoria al nacer y luego insuficiencia respiratoria, generalmente severa.
 - Tórax sobredistendido, estertores finos, gruesos y roncus.
 - Frecuentemente bradicardia, hipoglicemia y acidosis metabólica.
- Los neonatos que han eliminado meconio durante el parto por *sufrimiento fetal agudo reciente* pueden presentar:
- Asfixia severa al nacer.
 - El Líquido Amniótico es de color verde oscuro.
 - Peso adecuado o incluso grandes para su edad gestacional.
 - Insuficiencia respiratoria leve, moderada o grave.
 - Si no hay complicaciones, habitualmente mejoran en 24 a 48 horas, con aspiración adecuada, oxigenación y medidas de sostén.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Si se detecta meconio espeso durante el nacimiento, *aspire orofaringe y fosas nasales antes de que salga el tórax*. Si hay bradicardia o antes, inicie ventilación con ambú o boca a boca, hasta mejorar coloración y restablecer respiración espontánea (ver anexo de reanimación).
- Si el líquido meconial es claro, con

APGAR de 6 o menos, realice procedimientos según esquema, ver Asfixia Neonatal.

- Si hay complicación, hipoxia o insuficiencia respiratoria que no cede al tratamiento inicial, refiera de inmediato, con el tratamiento de estabilización (aspirar secreciones, abrigar, posición Semifowler, oxígeno y, si es posible, con sonda orogástrica instalada para lavado y descompresión).
- Realice aspiración y lavado gástrico a través de sonda orogástrica para evitar mayor aspiración.

Tratamiento preventivo

- Si durante el control prenatal sospecha de insuficiencia placentaria crónica (altura uterina o estimación de peso fetal menor que la que corresponde según edad gestacional), advierta el riesgo a la madre y móvuela a que tenga su parto con atención profesional en un centro con medios para dar atención oportuna al recién nacido.
- Diagnostique oportunamente sufrimiento fetal y efectúe el manejo adecuado (ver protocolo *Atención de Parto*).

Criterio de referencia

- Los neonatos con SAM deben trasladarse al II nivel más próximo.
- Derivar al III nivel en las siguientes situaciones:
 - Insuficiencia respiratoria severa.

- Complicación grave (neumotórax, neumonía, sepsis, hipertensión pulmonar persistente neonatal, etc.).
- Insuficiencia de recursos humanos y/o materiales en el II nivel.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Rx de tórax: Se caracteriza por la presencia de infiltrado grueso irregular bilateral que se irradia del centro a la periferia, constituyendo zonas de atelectasia que alternan con áreas de atrapamiento. El diámetro anteroposterior del tórax está aumentado y las líneas diafragmáticas abatidas. Buscar neumotórax o neumomediastino (10-20%).
- Glicemia, por riesgo de hipoglicemia.
- Hemograma completo y plaquetas. Generalmente compatible con cuadro infeccioso.

Manejo y tratamiento

- Si se detecta meconio espeso durante el nacimiento, aspirar fosas nasales y orofaringe antes que salga el tórax y, de ser posible, intubación endotraqueal, aspirando el tubo con la boca a tiempo que se va retirando éste (adaptador cubierto con gasa para evitar aspiración). Antes de instalarse bradicardia iniciar ventilación con ambú, hasta mejorar la coloración y restablecer la respiración espontánea.
- En los casos en que el líquido meco-

nial es claro, sólo está justificada la aspiración endotraqueal cuando el neonato tenga un Apgar de 6 o menos.

- Una vez instalado el SAM, realizar tratamiento general de la insuficiencia respiratoria (ver protocolo), remarcándose en los siguientes puntos:
 - Oxígeno húmedo según esquema descrito anteriormente.
 - Sonda orogástrica para lavado y descompresión.
 - Evitar hipotermia (incubadora o cuna térmica).
 - Infundir glucosa al 10 ó 15 % para evitar hipoglicemia.
 - Gluconato de calcio. Diluir 1 ampolla de 10 cc de Gluconato de Calcio al 10% con 9 cc de agua destilada o suero. Retirar 0.5 o 1 cc para dosis. Dosis: 0.5 a 1 cc/Kg i.v. lenta.
 - Líquidos parenterales a razón de 60 a 70 ml/kg/día.
 - Corrección oportuna de la acidosis metabólica.
 - Mantener hematocrito entre 40-45 %.
 - Antimicrobianos (ampicilina, gentamicina) por la alta incidencia de infección pulmonar y sistémica.
 - Terapia percutánea y aspiración frecuente.
 - Manejo oportuno de las complicaciones.

Criterio de referencia

- Estos neonatos pueden manejarse en centros de II nivel.
- Deben referir al III nivel en las siguientes situaciones:
 - Cuadros graves que necesitan ventilación mecánica y monitoreo continuo.
 - Complicación grave (neumotórax, neumonía, sepsis, hipertensión pulmonar persistente neonatal, etc.).
 - Insuficiencia de recursos humanos y/o materiales para un manejo adecuado.

Bibliografía

BACSIK, R.D.: Meconium Aspiration Syndrome. *Pediatr Clin North Am*, 24; 1977: 463-479.

FOX, W.W.; GEWITZ, M.H.; DINWIDDIE, R. et al.: Pulmonary Hypertension in Perinatal Aspiration Syndromes *Pediatrics*, 59; 1977: 205-211

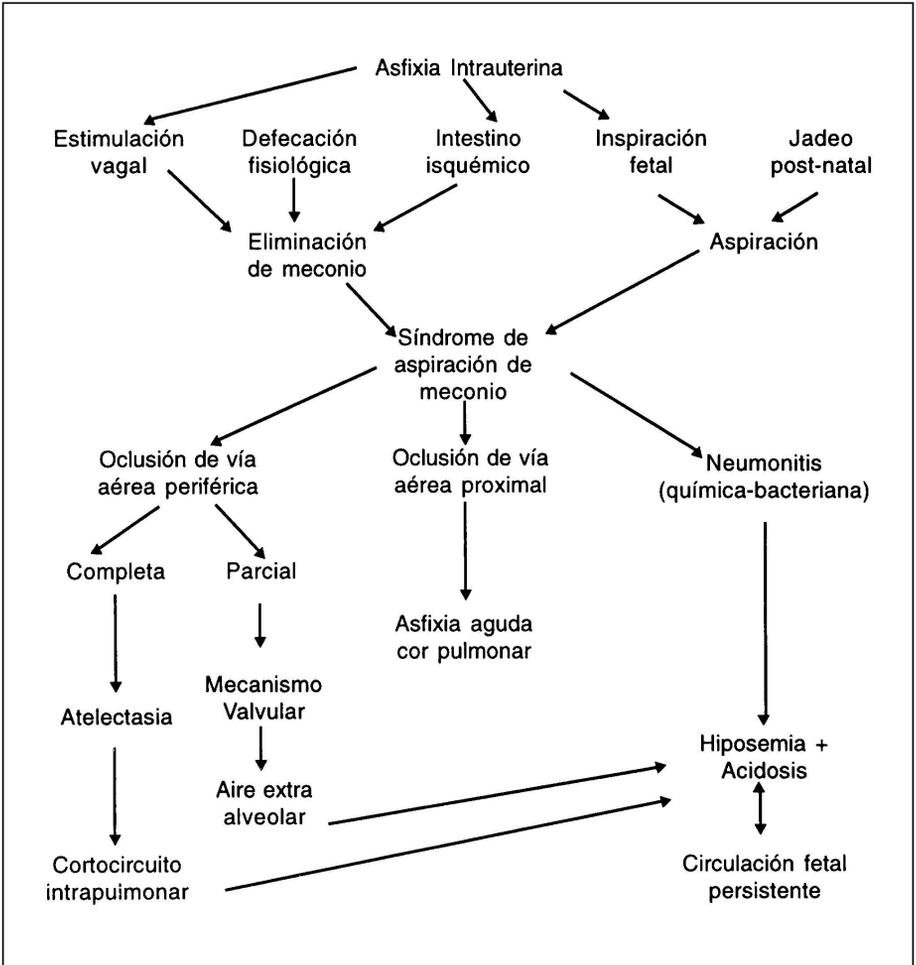
HOLTZMAN, R.B.; BANZHAF, W.C.; SILVER, R.K.; HAGEMAN, R.: Perinatal Management of Meconium Staining of the Amniotic Fluid. *Clin Perinatol*, 16: 1989:825-838.

RICHARDSON, B.S.: Fetal Adaptive Responses to Asphyxia. *Clin Perinatol*, 16: 1989: 595-611.

SEOANE, F.J.: Síndrome de aspiración de meconio. En: ARTEAGA, B.R.; SEOANE, F.J.; RODRÍGUEZ, V.A. eds.: *Cuidados intensivos en pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo del niño en estado crítico*. La Paz; Gráfica Latina; 1983: 197-201.

Figura 7

Diagrama esquemático de la fisiopatología de la aspiración de meconio



Fuente: Bacsik RD. Meconium aspiration syndrome. *Pediatr. Clin North Am* 1977; 24:463-479

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Definición

Padecimiento respiratorio neonatal ocasionado por la retención anormal de líquido pulmonar durante el nacimiento y que produce insuficiencia respiratoria transitoria, habitualmente de curso benigno. Remite espontáneamente en 24 a 48 horas.

Factores de riesgo

- Parto por cesárea (especialmente en embarazo de término)
- Cesárea sin trabajo de parto.

Manifestaciones clínicas

— Insuficiencia respiratoria leve, con predominio de polipnea superficial.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Deben manejarse en el II nivel.
- Inicie el tratamiento con:
 - Ayuno de acuerdo a la gravedad.

- Aspire secreciones.
- Evite hipotermia.
- Posición Semifowler.
- Oxígeno, según gravedad.
- Refiera al paciente.

Criterio de referencia

- Una vez efectuado el tratamiento inicial debe referirse al II nivel de atención.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Justificados ante sospecha de neumonía.
 - Rx de tórax.
 - Hemograma completo.
 - VES y plaquetas.

Manejo y tratamiento

- Ayuno si la frecuencia respiratoria es > 80 por minuto (entre tanto administrar dextrosa al 10% i.v. 70 ml/kg/día).

- Si la frecuencia respiratoria es < 70 por minuto, administre leche materna por sonda orogástrica.
- Si la frecuencia es < 60 por minuto, indique lactancia materna por succión.
- Oxígeno húmedo 2-7 litros/min, según esquema indicado anteriormente.
- Ante sospecha de neumonía utilice ampicilina-gentamicina, hasta que la evolución y/o exámenes la descarten (ver protocolo de *Neumonía*).
- Informe a la madre y a los familiares sobre lo que ocurre, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.

Criterio de referencia

- Generalmente puede ser manejada en hospital de II nivel, salvo que no se cuente con recursos humanos o materiales.

Bibliografía

GOMELLA, T.L.: Transient Tachipnea of the Newborn. En: GOMELLA, T.L. ed.: *Neonatology* 2° Ed. California, Appleton & Lange; 1 992: 421 -423.

JASSO, G.L.: Taquipnea transitoria. En: JASSO, G.L. ed.: *Neonatología práctica* 3° Ed. México DF, Manual Moderno; 1989: 272-273.

Neumonía Perinatal

Definición

Infección del tracto respiratorio inferior (parénquima pulmonar), generalmente de etiología bacteriana, que puede originarse antes o después del parto y que interfiere en grado variable con el intercambio normal de gases.

Junto con la gastroenteritis es la infección más frecuente en la etapa neonatal.

Clasificación

- a) *Neumonía intrauterina*. Se presenta en las primeras 72 horas de vida. Se adquiere por infección ascendente vaginal y contaminación del líquido amniótico secundario por rotura de membranas o por vía transplacentaria. Los agentes causales son los gérmenes del habitat normal de la vagina, como *E. coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona*, *Aerobacter*, *Streptococo*, *Estafilococo* y ocasionalmente *Candida albicans* o *Listeria monocitogenes*.
- b) *Neumonía posnatal*. Aparece después de las 72 horas de vida. Puede ser primaria o secundaria; está última con puerta de entrada extrapulmonar como parte de una septicemia. Los

agentes etiológicos de la bronconeumonía pueden ser Gram negativos (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, etc.) o Gram positivos, como el estafilococo y estreptococo.

Manifestaciones clínicas

Neumonía intra uterina

- Asociada a:
 - Rotura prematura de membranas.
 - Amnionitis.
 - Fiebre materna.
 - Trabajo de parto prolongado.
- Las manifestaciones clínicas aparecen en las 48-72 horas de vida.
- En cuadros severos no se puede distinguir de SDR (especialmente en pretérmino y causada por el estreptococo del grupo B).
- Al inicio, las manifestaciones clínicas son inespecíficas:
 - Rechazo al alimento.
 - Malestar general.
 - Distermia (hipo o hipertermia).
 - Irritabilidad.

- “Mal aspecto”.
- Luego aparece la signología respiratoria:
 - Polipnea o apnea.
 - Cianosis.
 - Quejido.
 - Aleteo nasal.
 - Politiros.
 - Rara vez presentan tos.
- A la auscultación torácica:
 - Disminución de la entrada de aire y estertores alveolares.

Neumonía posnatal

- Se asocia a:
 - Parto domiciliario.
 - Maniobras de reanimación como respiración boca a boca, instrumentación obstétrica.
 - Intubación endotraqueal.
 - Asistencia ventilatoria.
 - Infecciones cruzadas intrahospitalarias.
- Las manifestaciones clínicas aparecen después de las primeras 72 horas de vida y son las mismas que de la neumonía intrauterina.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Explique a la madre y a los familiares lo que ocurre, los riesgos y lo que va a hacer.

- Referencia de inmediato al recién nacido.
- Entre tanto pueda trasladarse al II ó III Nivel, se recomienda estabilización del recién nacido, según esquema para insuficiencia respiratoria (ver protocolo de Enfermedades respiratorias más frecuentes).
- Si no es posible la referencia inmediata se recomienda iniciar el tratamiento antimicrobiano “biasosido” con:
 - Penicilina Procaínica 50,000 Ul/Kg/día i.m. cada 12 o 24 horas ó Ampicilina 25 a 50 mg/kg/dosis i.m. o iv. cada 12 h en recién nacido menor a 7 días y 100 a 200 mg/kg/día en mayor a 7 días.
 - Gentamicina 2,5 mg/kg/dosis i.m. cada 12 h en recién nacido menor a 7 días y cada 8 h en mayor a 7 días.
- Evitar la hipoglicemia: mantener el pecho. Si el bebé no lacta, se debe indicar la vía oral con agua azucarada administrada con cucharilla o bien administración por sonda nasogástrica.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido con sospecha de neumonía debe ser referido de inmediato al II ó III nivel.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hemograma.
- Recuento plaquetario.

- VHG.
- Hemocultivos, frecuentemente cursan con sepsis neonatal.
- Radiografía de tórax (infiltrado bronconeumónico). En estafilococo puede encontrarse focos múltiples, neumatoceles, derrame e incluso neumotórax. En la causada por *Streptococo*, infiltrado reticulogranular fino “vidrio esmerilado” y broncograma aéreo que rebasa la silueta cardíaca, igual que en el SDR.

Manejo y tratamiento

- Además del manejo de la insuficiencia respiratoria (ver más atrás protocolo inicial) se utilizará antimicrobianos de acuerdo al germen causal.

Esquema inicial

- *Ampicilina*: 25 a 50 mg/kg/dosis i.v./, i.m. cada 12 h en recién nacidos < 7 días y 100 a 200 mg/kg/día en > 7 días.
- *Gentamicina*: 2,5 mg/kg/dosis i.m. cada 12 h en recién nacidos < 7 días y cada 8 h en > 7 días (sujeto a modificación de acuerdo a evolución y reporte de hemocultivo).

En neumonía por estreptococo

- *Penicilina sódica*: 50.000 UI /kg/dosis i.v. ó i.m. cada 12 h en recién nacidos < 7 días y cada 8 h en > 7 días.

En neumonía por estafilococo

- *Cloxacilina*: 50 mg/kg/dosis i.m., i.v. ó v.o cada 12 h en RN menor de 7 días y cada 8 h en mayor de 7 días.

En caso de empeoramiento o neumonía estafilocócica, iniciar tratamiento de segunda línea con:

- *Cefotaxima* 100 mg/Kg/día i.v. cada 8 horas durante 12 días y *Cloxacilina* 100 mg/Kg./día i.v. cada 6 horas por 12 días.

Medidas preventivas

- Tratamiento oportuno de vulvoginitis.
- Evitar amniotomía, si no hay indicación específica.
- Evitar tactos vaginales con membranas rotas.
- Evitar trabajo de parto prolongado.
- Atención del parto en condiciones de asepsia.
- Maniobras de reanimación en condiciones de asepsia.

Criterio de referencia

- Trasladar a III nivel en caso de agravamiento de la insuficiencia respiratoria y necesidad de ventilación mecánica.
- Presencia de complicación (shock, coagulación intravascular diseminada (CID), falla renal, etc.).
- Insuficiencia de recursos humanos y/o materiales para el manejo adecuado.

Bibliografía

JASSO, G.L.: Neumonía Perinatal. En: JASSO, G.L. (ed.): *Neonatología práctica* 3° Ed. México DF; Manual Moderno; 1989: 264-267.

STAHLMAN, M.T.: Infección pulmonar neonatal. En: AVERY, G.B. (ed.): *Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido*. 3a Ed. Buenos Aires; Panamericana; 1990: 452-454.

GUÍAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN DEL SEGURO BÁSICO DE SALUD. *Infecciones bacterianas graves en niños menores de 2 meses*. Ministerio de Salud y Previsión Social. Ed. Garza Azul; Bolivia 1999, 31-33.

GOODMAN A., TALL 1., NIES A., TAYLOR P. *Agentes antimicrobianos. Ampicilina*. Bases farmacológicas de la Terapéutica. 8va. Edición. Editorial Panamericana. México 1995. 1040-1048

Información para la mujer sobre

**COMPLICACIONES RESPIRATORIAS
NEONATALES**

**INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA
NEONATAL**

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene dificultad para respirar, por eso tiene esos ahogos y respira tan rápido, esta moradita por falta de aire y sus costillitas se le hunden. Requiere atención inmediata.

**SÍNDROME DE
DIFICULTAD
RESPIRATORIA**

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita ha nacido antes de tiempo y por ello sus pulmones no están bien desarrollados, ni listos para respirar normalmente.

**APNEA RECURRENTE
NEONATAL**

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene problemas para respirar bien, es decir, tiene períodos en que no respira, esto se debe a que sus pulmones aún no se han adaptado a su nueva función. La tendremos en observación, pues no tiene complicaciones mayores en este momento.

**SÍNDROME DE ASPIRACIÓN
DEL MECONIO**

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita ha aspirado la caquita que estaba diluida en su bolsa de agua al nacer; ésta ha entrado a sus pulmones y le está impidiendo respirar adecuadamente.

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

¿Qué tiene mi guagüita?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene dificultades para respirar porque al nacer le entró líquido a sus pulmones. No es grave y esperamos que se le pasará en dos días.

NEUMONÍA PERINATAL

¿Qué tiene mi guagüita?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene problemas para respirar debido a que tiene una infección en sus pulmones. Es una de las enfermedades más frecuentes en el recién nacido.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si su guagüita no respira adecuadamente puede tener después problemas respiratorios, cardíacos o infecciosos peligrosos.

¿Qué levan a hacer o dar?

Para I nivel

- Le daremos medicamentos para aliviarla.
- La mantendremos calentita.
- Le pondremos oxígeno para ayudarla a respirar fácilmente, y la trasladaremos así a un hospital más especializado. Su guagüita necesita estar hospitalizada.

Para II nivel (Dé la información del anterior nivel y añada esto)

- Necesitamos hacerle exámenes de sangre, orina, heces; sacarle radiografías para ver sus pulmones.
- Si es necesario y posible, la pondremos en una incubadora.
- Le limpiaremos sus secreciones y continuaremos dándole oxígeno.
- Si es necesario, y de acuerdo a los resultados de los exámenes, le pondremos sueros y le daremos antibióticos.
- Usted y su marido pueden visitar a su guagüita las veces que lo deseen y hacer las preguntas que quieran.

***Infecciones
Frecuentes del
Recién Nacido***

Onfalitis

Definición

Es la infección del ombligo del recién nacido, Su importancia radica en el riesgo de diseminación de la infección a la sangre y otros órganos a través de los vasos umbilicales.

Etiología

- El *Estafilococo aureus* es el principal germen causante de onfalitis y, en menor proporción, *Escherichia coli*.
- Por otro lado, es puerta de entrada de la exotoxina del *Clostridium tetani* causante del tétanos neonatal.
- El cordón umbilical desvitalizado constituye un medio de cultivo para diversas bacterias. Asimismo, es complicación frecuente de catéteres umbilicales.

Manifestaciones clínicas

- Enrojecimiento periumbilical.
- Secreción purulenta fétida y signos de inflamación local.
- En fase avanzada:
 - Distensión abdominal.
 - Dilatación de venas de la pared abdominal.

- Sepsis neonatal.

Complicaciones

- Celulitis de la pared abdominal.
- Septicemia.
- Abscesos hepáticos múltiples.
- Enterocolitis necrosante.
- Trombosis y degeneración cavernomatosa de la porta.

Manejo preventivo

- Higiene adecuada de la región umbilical.
- Evitar onfalocclisis.
- Mantener cordón umbilical seco (no usar faja).
- Corte y ligadura del cordón con material estéril o limpio.

PUESTO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Explique a la madre y a los familiares lo que tiene el recién nacido, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.

- Indique aseo diario del cordón con agua y jabón.
- Curación diaria con povidona yodada, alcohol yodado o Isodine.
- No aplicar antimicrobiano local.

Tratamiento

- Cotrimoxazol pediátrico (20/100) 1/2 comprimido disuelto en agua ó 1.5 cc de jarabe de cotrimoxazol pediátrico (40/200), 2 veces al día, v. o.
- Ampicilina 25 a 50 mg/kg/día v.o., i.m. o i.v. c/12 h en menores a 7 días y 100 a 200 mg/Kg/día en mayores a 7 días.

Criterio de referencia

- Si no mejora con curaciones, en 72 h referir al II nivel.
- Presencia de complicaciones.

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio

- Hemograma completo, velocidad de entrosedimentación y plaquetas (descartar sepsis neonatal).
- Si hay disponibilidad, cultivo de secreción umbilical para determinar etiología.

Manejo y tratamiento

- Igual tratamiento al indicado para puesto de salud.
- Sólo en presencia de celulitis, absceso o sospecha de sepsis se puede utilizar el o los antibióticos o esquemas, indicados a continuación:

Esquema 1:

- Ampicilina 25 a 50 mg/kg/día v.o., i.m. ó i.v. c/12 h en menores a 7 días y 100 a 200 mg/Kg/día en mayores a 7 días.

Esquema 2:

- Cloxacilina 50 mg/kg/dosis v.o., i.m. o i. v. c/12 h en menores a 7 días y cada 8 h en mayores a 7 días.

Esquema 3:

- Dicloxacilina 25-50 mg/kg/dosis v.o.. i.m. o i.v. c/12 h en menores a 7 días y cada 8 h en mayores a 7 días.

Esquema 4:

- Gentamicina 2.5 mg/kg/dosis i.m cada 12 h en menores a 7 días cada 8 h en mayores a 7 días.

Criterio de referencia

- Si no mejora con curaciones asociadas a antibióticos en 72 h, referir al III nivel.
- Presencia de complicaciones.

Información para la mujer sobre

ONFALITIS

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

Su guaguita tiene una infección en su ombligo.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

Si no tratamos la infección que tiene su guagüita en su ombligo, la infección puede seguir avanzando y tener complicaciones más graves.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I nivel

- Le enseñaremos y mostraremos cómo asear y curar el ombligo de su guagüita. (Explicar de acuerdo a protocolo clínico).
- El aseo consiste en utilizar agua hervida tibia y jabón.

- Esta curación consiste en desinfectar la zona con algodón empapado en solución antiséptica de alcohol. No le ponga nada más.

- Usted deberá realizar esta limpieza y curación en su hogar cada vez que cambia a su guagüita, hasta que note que el ombligo se ha secado.

- No cubra el ombligo con el pañal.

- Si con este tratamiento no mejora, o vemos que el problema aumenta, hay pus o se pone roja su piel, le pediremos que lleve a su guagüita al hospital del distrito.

Para II nivel (Dé la información del anterior nivel y añada esto)

- Le haremos exámenes de sangre y de la secreción del ombligo.

- De acuerdo a los exámenes, le daremos los antibióticos respectivos, puesto que ahora la situación de su guagüita es más grave

Conjuntivitis Neonatal

Definición

Es una infección ocular. En los recién nacidos es frecuente, reportándose una incidencia variable del 1 al 12%. Se distinguen dos tipos: química e infecciosa.

Etiología

- Causa frecuente: Estafilococo, Pseudomona, Klebsiella, Gonococo y Chlamidia trachomatis.
- Adquieren importancia cada vez mayor las producidas por bacterias Gram negativas.

Manifestaciones clínicas

- Hiperemia conjuntival.
- Secreción ocular purulenta.
- Edema palpebral.
- Inicio variable y depende de etiología (diagnóstico presuntivo):
 - Primeras horas de vida = conjuntivitis química.
 - En el segundo o tercer día = gonococo.
 - Del cuarto al 14 día = Chlamidia

Criterio diagnóstico

- Conjuntivitis química:
 - Antecedente de profilaxis con nitrato de plata. Menos frecuente secundaria a instilación ocular de tetraciclina o eritromicina.
 - Signos inflamatorios en las primeras 12 a 24 horas de vida.
 - Hiperemia conjuntival.
 - Lagrimeo acuoso.
 - Frotis y cultivo negativo.
- Conjuntivitis gonocócica:
 - Generalmente se inicia del 2 al 4 día de vida.
 - Secreción purulenta espesa.
 - Edema palpebral importante.
 - Frotis con tinción Gram (Diplococos Gram (-) intracelulares).
 - Cultivo positivo.
- Conjuntivitis por Chlamidia:
 - En la mayoría de los casos se inicia a partir del 4 día.
 - Secreción purulenta profusa.
 - Tinción Giemsa.
 - Cultivo positivo (si se dispone).

- Conjuntivitis por otras bacterias:
 - Puede iniciarse en etapas más tardías.
 - Secreción inespecífica.
 - Frotis y tinción Gram.
 - Identificación del germen por cultivo (si hay disponibilidad).

Complicaciones

- Dacriocistitis.
- Queratitis necrosante.
- Panoftalmitis.
- Ceguera.
- Septicemia.

Manejo y tratamiento preventivo

- Consiste en la aplicación local rutinaria de cloramfenicol, gentamicina o tetraciclina oftálmica a todo recién nacido después del parto.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Informe a la madre y a los familiares sobre la complicación, los riesgos y el procedimiento que va a efectuar.
- La conjuntivitis química sólo requiere aseo ocular con solución salina.
- Si hay sospecha de conjuntivitis infecciosa, especialmente de aparición precoz (antes de la 1ª semana de vida), debe ser referido al II nivel de atención.

- Si es de aparición más tardía (después de la semana de vida) o hay demora en el traslado del recién nacido iniciar tratamiento con:
 - Aseo ocular con solución salina, seguida de aplicación local de cloramfenicol o gentamicina, 1 o 2 gotas o pomada, en el ángulo interno del ojo cada 2 a 4 horas.

Criterio de referencia

- Las conjuntivitis leves pueden resolverse en el I nivel; sin embargo, las formas moderadas y severas deberán trasladarse al II nivel para cultivo y ajuste de tratamiento.
- Referir a III nivel si el cuadro se agrava:
 - Conjuntivitis gonocócica severa.
 - Complicación que amerite valoración especializada.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo y tratamiento

- Informe a la madre y a los familiares sobre la complicación, los riesgos del procedimiento que va a efectuar
- La conjuntivitis química sólo requiere aseo ocular con solución salina.

Conjuntivitis gonocócica:

- Penicilina sódica 50.000 U/kg/dosis i.v. cada 12 h en menor a 7 días y cada 8 h en mayor a 7 días durante 7 a 10 días.
- En caso de *N. gonorrhoeae* productora de betalactamasa la alternativa es ceftriaxona 50-80 mg/kg/día i.v. cada 12 h durante 5 días.

- Irrigación local con solución salina frecuente.
- Aplicación local de neomicina compuesta cada hora durante 2 a 3 días.

Conjuntivitis por Chlamidia t:

- Solución oftálmica de sulfacetamida cada 2 a 4 horas.
- Eritromicina vía oral a 40 mg//kg/día cada 6 h durante 2 semanas.

Conjuntivitis bacteriana inespecífica:

- Aseo ocular con solución salina.
- Aplicación local de 1 a 2 gotas de cloramfenicol, ó pomada de gentamicina, o neomicina compuesta cada 2 a 4 horas durante 3 días.

Dacriocistitis:

- Masaje digital sobre el canto interno ocular, hasta evacuar el saco lagrimal.
- Aseo ocular con solución salina.
- Aplicación de solución antibiótica durante 10 días. Requiere valoración del especialista diez días después del tratamiento.

Panoftalmitis:

- Tratamiento local con antibiótico específico, así como sistémico de acuerdo al germen sospechado o aislado. Remitir a especialista.

Criterio de referencia

- La mayoría de las conjuntivitis se resuelve en el I y II nivel, sin embargo, deberán trasladarse al III nivel en las siguientes circunstancias:
 - Conjuntivitis gonocócica severa.
 - Complicación que amerite valoración especializada.

Bibliografía

- GERDES, J.S.: *Método clinicopatológico para diagnóstico de sepsis neonatal*. Clin Ped North Am. 1991 ;2: 365-390.
- GOMELLA, T.L.; CUNNINGAN, M.D.; EYAL, F.G.: Infectious diseases. En: COMELLA, T.L.; CUNNINGAN, M.S; EYAL, F.C. eds.: *Neonatology*. 2 Ed. California, Appleton & Lange, California 1992: 333-361.
- JASSO, G.L.: Septicemia. En: JASSO, G.L. ed.: *Neonatología práctica*. 3 Ed, México DF, Manual Moderno: 1989: 231-235.
- Mc CRACKEN, G.H.; BISHARA. J.: Infecciones bacterianas y virales del recién nacido. En: AVERY, G.B.: *Neonatología: Fisiopatología y manejo del recién nacido*. 3 Ed. Buenos Aires, Panamericana: 1990: 921-947.
- O'HARA MA. Oftalmia neonatal. Clin. Ped. North Am. 4; 1993: 779-791
- PLACZED, MM.; WITELAW, A.: *Early and late Neonatal Septicemia*. Arch Dis Child, 58:1983: 728-736.
- VARGAS, O.A.: Infecciones perinatales II. En: GAMES ETERNOD, J.; PALACIOS TREVIÑO, J.: *Introducción a la pediatría*. 5 Ed, México DF. Francisco Méndez Cervantes: 1994: 263-277.
- GUIAS TECNICAS PARA LA ATENCION DEL SEGURO BASICO DE SALUD. *Infecciones bacterianas graves en niños menores de 2 meses*. Ministerio de Salud y Previsión Social. Ed. Garza Azul; Bolivia 1999, 21-24.
- UGALDE M. CONCHARI F., SEOANE J., CLAROS A., JALDIN F., JIMENEZ V.H. en: *Onfalitis, Conjuntivitis Neonatal. Medicamentos y acciones esenciales. Manejo de complicaciones maternas y perinatales*. MotherCare Bolivia, Ed. Stampa; Febrero 2000; 56-57.

Información para la mujer sobre**CONJUNTIVITIS**

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene una infección en los ojos.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si no tratamos rápidamente esta infección, su guagüita tendrá lagrimeo, hinchazón de párpados, legañas y malestar. Si esto empeora, puede llegar a perder la vista.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

- Le enseñaremos a asear sus ojos.
- Le pondremos un medicamento (antibiótico llamado colirio) a sus ojos.
- Si no mejora en unos días, le pediremos que la lleve al Hospital del Distrito.
- Habrá que aumentar el tratamiento y ponerle inyecciones con antibióticos.

Otras Infecciones

Piodermitis

Definición

Es la infección de la piel del recién nacido. Su importancia radica en el riesgo de diseminación de la infección a la sangre y otros órganos a través de los vasos periféricos de la piel.

Etiología

— El *Estafilococo aureus* y el estreptococo son los principales gérmenes causantes de piodermitis (impétigo y necrosis tóxica del recién nacido). La sífilis congénita produce también lesiones dérmicas (ver sífilis congénita). También puede ser producida por virus (sarampión).

Manifestaciones clínicas

— Su diseminación en la piel del recién nacido se denomina “piel escaldada”, que puede acompañarse de peladuras en múltiples sitios de la piel.

— Los brotes de este tipo de infección a veces son causados casi siempre por portadores entre el mismo personal que les atiende. Su alta frecuencia puede ser debida a inmadurez de la piel, factores

bioquímicos y otros patrones variables.

Impétigo o pénfigo ampollar

— Suele comenzar entre el cuarto y décimo día de nacido, en la cara, manos y zonas expuestas y la región del pañal, con la aparición de ampollas que se rompen fácilmente y tienen base eritematosa.

— Costras dependiendo del estadio.

— Pueden faltar síntomas al inicio de la enfermedad.

Necrosis epidérmica

— Puede comenzar entre las 24 y 48 horas

— Eritema perioral, doloroso

— Costras y descamación

— Fiebre (38 a 40 °C)

— Puede producirse enfermedad generalizada, con rechazo al alimento, vómitos, postración, distensión abdominal, ictericia, diarrea y choque. Puede evolucionar hasta la muerte rápidamente. Trastornos neurológicos y daño renal.

PUESTO DE SALUD, CENTRO DE SALUD, HOSPITAL DE REFERENCIA

Tratamiento:

- Cloxacilina 50 mg/kg/dosis v.o., i.m o i.v. c/12 h en menores a 7 días y cada 8 h en mayores a 7 días.
- Cotrimoxazol pediátrico (20/100) 1/2 comprimido disuelto en agua ó 1.5 cc de jarabe de cotrimoxazol pediátrico (40/200), 2 veces al día, v.o. (No utilizar en prematuros o bebés con ictericia).
- Ampicilina 25 a 50 mg/kg/día v.o., i.m. ó i.v. C/12 h en menores a 7 días y 100 a 200 mg/Kg/día en mayores a 7 días.
- Aislamiento en incubadora en hospital.

Necrosis epidérmica

- Debridamiento de las áreas de la piel y limpieza con Cloruro de Benzalconio al 1:10.000 y aplicar un ungüento de Polimixina y Bacitracina.
- Corticoides en caso necesario.
- Durante la descamación, aplicación de ungüentos de vaselina hidrófila con un 20% de agua destilada.

MONILIASIS ORAL

Definición

Es una lesión que aparece en la región

oral del recién nacido y que es producida por hongos.

Etiología

- Es producida generalmente por *Cándida albicans*, que puede también producir eritema del pañal.

Manifestaciones clínicas

- Lesiones blanquecinas, como restos de leche pero que no se pueden remover fácilmente; son muy adherentes y dificultan la alimentación del recién nacido.

Tratamiento

- Generalmente ambulatorio.
- Lavar la boca del recién nacido con un algodón humedecido en agua bicarbonatada 3 o 4 veces al día.
- Aplicaciones o pinceladas de violeta de genciana al 0.25% (Una cucharilla viene en una concentración al 0.50%, la que debe ser diluida con una cucharilla de agua para obtener una solución al 0.25 %).

Criterio de referencia

- La mayoría de las lesiones se resuelve en el I y II nivel, sin embargo. deberán trasladarse al II o III nivel en las siguientes circunstancias:
 - Infección severa.

- Complicación o empeoramiento del recién nacido, que amerite valoración y tratamiento especializado.

Bibliografía

GOODMAN A., TALL T., NIES A. TAYLOR P. *Agentes antimicrobianos. Ampicilina*. Bases farmacológicas de la Terapéutica. 8va. Edición. Editorial Panamericana. México 1995. 1040-1048

GUÍAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN DEL SEGURO BÁSICO: *Infecciones bacterianas graves en menores de 2 meses*. Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz, Bolivia. Primera Edición 1999; 21-24.

REY H. *El recién nacido latinoamericano*. Atención primaria según riesgo. Cali, Colombia. Edición 1986; 221-254.

NELSON W., VAUGHAN y., McKAY J.: *Infecciones en el período neonatal*. Tratado de Pediatría. Séptima Edición Tomo II. 7a. Edición 1981; 1587-1592.

Información para la mujer sobre

PIODERMITIS Y MONILIASIS

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene una infección en la piel o en la boca.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si no trata o tratamos rápidamente esta infección, su guagüita podría empeorar, puede dejar de mamar y debilitarse.

¿Qué tengo que hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Le enseñaremos a asear a su bebé para que lo haga en su casa:

- Debe lavarse las manos toda vez que toque o cambie a su bebé.
- Debe lavar la piel, donde están las lesiones, con agua y jabón y

retirar las costras. Luego secar con un paño limpio.

- Debe volver de inmediato al servicio de salud si aparece fiebre o enfriamiento, y si aparecen más ampollas y se están extendiendo a otras zonas del cuerpo.
- Debe completar el tratamiento y debemos controlar a su bebé a los dos días.
- Debe asearse y lavarse siempre los pezones y si tiene úlceras o grietas en los pezones debe colocarse violeta de genciana.
- Debe volver rápidamente al servicio si el bebé pierde el apetito y no quiere mamar, si nota que está más débil y llora continuamente o si tiene calentura, está rojo, o bien está muy frío.
- Debe mantener la lactancia exclusiva y no usar mamaderas, chupones, antibióticos u otros medicamentos sin indicación médica.

Diarrea Aguda

Definición

Enfermedad generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones disminuidas de consistencia y/o aumentadas en frecuencia con relación al patrón habitual individual y con duración no mayor a 14 días.

Normalmente las evacuaciones del recién nacido alimentado con seno materno tienen consistencia disminuida, color amarillo ‘mostaza’ y frecuencia de 6 a 8 deposiciones en 24 horas. **No interpretar como diarrea.**

Etiología

- Viral: Rotavirus, agente Norwalk.
- Bacteriana: Predomina E. coli 90%, luego le siguen Shigella y Salmonella. Es infrecuente el Campylobacter, Yersinia y Clostridium difficile.
- Parasitaria: E. histolytica y G. lamblia (poco frecuente en recién nacidos).
- Micótica: Cándida albicans.

Complicaciones clínicas

- Deshidratación.

- Desequilibrio electrolítico.
- Acidosis metabólica.
- Ileo paralítico.
- Neumatosis intestinal.
- Intolerancia a la lactosa.
- Septicemia.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Estado de shock.
- Insuficiencia renal aguda.

Complicaciones quirúrgicas

- Infarto intestinal.
- Peritonitis.
- Perforación intestinal.

Manifestaciones clínicas

- Evacuaciones disminuidas de consistencia y aumentadas en frecuencia. No confundir con evacuaciones transicionales del recién nacido.

CLASIFICACION DE LA DESHIDRATACIÓN

Sin deshidratación: No Presenta signos o síntomas de deshidratación.

Con deshidratación: Presenta 2 o mas signos:

Inquieto/irritable, ojos hundidos, sed, signo del pliegue (menos de 2 segundos)

Con deshidratación grave:

Letargia/inconsciencia, ojos hundidos, signo del pliegue (más de 2 segundos), puede aceptar tomar líquido o no.

- Náuseas, vómitos y distensión abdominal.
- Eritema perianal.
- Puede existir deshidratación, acidosis y oliguria. En casos severos, estado de shock.
- Estado toxi-infeccioso con distermia, “mal aspecto”, rechazo al alimento, etc., sugestivo de sepsis.
- Las manifestaciones clínicas generalmente desaparecen en 5 a 7 días.
- En presencia de moco y sangre en heces sospechar E. coli enteroinvasiva, amebiasis, shigelosis y Campylobacter.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- La mayoría de las diarreas infeccio-

sas agudas tienen un curso benigno y curan en pocos días, únicamente necesitan de las siguientes medidas:

- No suspender lactancia materna. Dé orientación para motivar el cumplimiento de esta indicación.
- Prevención de la deshidratación. Se recomienda el uso de la solución rehidratante de la OMS, a libre demanda después de cada deposición.
- En deshidratación sin choque emplear suero de rehidratación oral (SRO) 50 a 100 ml/kg en 4 horas.
- *No administrar anticolinérgicos, “antidiarréicos” ni antieméticos.*

Criterio de referencia

- Generalmente la diarrea en el recién nacido se resuelve en el I nivel, manteniendo lactancia materna y solución de rehidratación oral (SRO).
- Está indicado su traslado al II nivel en las siguientes circunstancias:
 - Diarrea en prematuro o bajo peso.
 - Si dura más de 7 días y no aumenta de peso.
 - Presencia de deshidratación moderada y datos de acidosis metabólica.
 - Sospecha de septicemia.
 - Distensión abdominal.
 - Imposibilidad de administrar suero de rehidratación oral (SRO) y necesidad de rehidratación endovenosa.

- Se deberá trasladar al III nivel cuando exista:
 - Deshidratación severa y/o estado de choque.
 - Acidosis metabólica severa.
 - Insuficiencia renal.
 - Ileo paralítico vs. neumatosis intestinal.
 - Complicación quirúrgica de la diarrea.
 - Otras complicaciones médicas severas que no puedan resolverse en el II nivel.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- La mayoría no son necesarios y están indicados cuando la diarrea dura más de 5 días, presencia de moco y sangre, compromiso del estado general y sospecha de sepsis.
- Moco fecal.
- Coprocultivo.
- PH y azúcares reductores en heces por clinitest y labstix.
- Hemograma completo, plaquetas y velocidad de entro sedimentación en sospecha de sepsis.
- Electrolitos séricos (Na, K y Cl) para guiar manejo hidroelectrolítico.
- Examen general de orina, úrea y creatinina en deshidratación severa o sospecha de insuficiencia renal.

- Rx de abdomen AP y Lateral, de pie. Ante sospecha de íleo, neumatosis, infarto intestinal, perforación y peritonitis.

Manejo y tratamiento

- Explique a la madre y a los familiares sobre las complicaciones, los riesgos y el tratamiento que va a efectuar.
- Iguales medidas que las descritas para Puesto de Salud y Centro de Salud.
 - Si el cuadro no mejora con estas medidas o desde el inicio es grave y se sospecha de complicaciones se recomienda el siguiente manejo:
 - Emplear técnica de infecto-contagiosos.
 - Control de temperatura corporal.
 - Medir diuresis y balance de líquidos.
 - Perímetro abdominal en caso de distensión abdominal.
 - Ayuno en caso de vómitos frecuentes, distensión abdominal, sospecha de íleo o neumatosis intestinal.
 - Restitución endovenosa de líquido de acuerdo al grado de deshidratación y pérdidas. Se recomienda 150-180/ml/kg/ 24 h de una solución glucosalina 2 a 1 a favor de dextrosa y potasio 4 mEq/kg si hay diuresis
 - En estado de shock, carga rápida con Ringer lactato o fisiológico 30 ml kg para pasar en una hora.

Antimicrobianos

- Recién nacido a término sin otro datos de infección **no requiere de antimicrobianos**.
- Ante sospecha de septicemia. Ampicilia-gentamicina, según esquema indicado.
- Shigelosis. Ampicilina según esquema indicado.
- Campylobacter en diarrea grave. Eritromicina 10 mg/kg/dosis v.o. cada 12 h en recién nacido menor a 7 día; y cada 8 h en recién nacido mayor a 7 días durante 7-10 días.
- Recién nacido con peritonitis o perforación intestinal. Cloramfenicol gentamicina. (Remitir a III nivel).

Criterio de referencia

- Generalmente la diarrea en el recién nacido se resuelve en el I ó II nivel de atención con el mantenimiento de la lactancia materna y solución de rehidratación oral; además, por el carácter autolimitante de la misma.
- Está indicado su traslado al III nivel en las siguientes circunstancias:

- Deshidratación severa y/o estado de choque.
- Acidosis metabólica severa.
- Insuficiencia renal.
- Ileo paralítico vs. neumatosis intestinal.
- Complicación quirúrgica de la diarrea.
- Otras complicaciones médicas severas que no puedan resolverse en II nivel.

Bibliografía

- GOMELLA, T.L.; CUNNINGAN, M.D.; EYAL, F.G.: Infectious diseases. En: GOMELLA, T.L.; CUNNINGAN, MS; EYAL, F.G. eds.: *Neonatology*. 2 Ed. California, Appleton & Lange, California 1992: 333-361.
- VARGAS, O.A.: Infecciones perinatales II. En: GAMES ETERNOD, J.; PALACIOS TREVIÑO, J.: *Introducción a la pediatría*. 5 Ed, México DF. Francisco Méndez Cervantes: 1994: 263-277.
- GUÍAS TÉCNICAS DEL SEGURO BÁSICO: *Diarrea. Clasificación de la deshidratación*. Guías Técnicas para la Atención del Seguro Básico de Salud, Ed. agosto 1999: 45-46.

Información para la mujer sobre

DIARREA AGUDA

¿Qué tiene mi guagüita?

Explicación del problema

- Su guagüita está con diarrea debido a que tiene una infección en su barriga. Es por ello que está haciendo caquita líquida con tanta frecuencia.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- La diarrea es un problema que debe ser tratado de inmediato, puesto que hace que su guagüita pierda mucho líquido. Hay que tener mucho cuidado, porque la diarrea mata.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento/procedimiento:

Para I nivel

- Le pedimos que siga dando a su guagüita de mamar.

- Controlaremos su temperatura.
- Le haremos un examen físico para determinar si su guagüita ha perdido mucho líquido.
- Para ayudar a que su guagüita recupere el líquido perdido, le enseñaremos a preparar los “Sobres de la Vida” (sales de rehidratación oral).
- Si su guagüita no mejora, le pediremos que la lleve al hospital.

Para II nivel

(Dé la información del anterior nivel y añada esto)

- Le haremos exámenes de sangre, de heces y de orina.
- Le pondremos suero en la vena del brazo para devolverle los líquidos que ha perdido.
- Si la infección es grave, le daremos un tratamiento de antibióticos.

Sífilis Congénita Precoz

Definición

Enfermedad infectocontagiosa neonatal ocasionada por el *Treponema pallidum*, mediante transmisión transplacentaria, generalmente después de la 16 a 18 semanas de gestación (segundo y tercer trimestre), y que se manifiesta habitualmente en las primeras seis semanas de vida extrauterina. Puede adquirirse también por contacto directo al paso del canal del parto.

Definición operativa

- Madre que tuvo sífilis (VDRL o RPR reactivo) durante el embarazo y no tuvo tratamiento adecuado (2,4 millones de unidades de penicilina benzatínica para sífilis reciente y 7,2 millones de unidades de penicilina benzatínica para sífilis tardía).
- Lesiones chancroides primarias en los padres.
- Niño con síntomas de sífilis y la madre con un VDRL o RPR reactivo sin tratamiento adecuado.

Factores de riesgo

- Ausencia de control prenatal.

- Sífilis materna durante el embarazo.
- Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU).
- Madre con antecedentes de aborto. Antecedentes de recién nacidos de pretérmino.

Manifestaciones clínicas

- Si la sífilis materna no es tratada antes o durante el embarazo el 50% tiene riesgo de ser mortinato o prematuro y el otro 50% desarrollará sífilis congénita.
- Rinorrea mucosanguíneo-purulenta.
- Lesiones mucocutáneas:
 - Exantema máculo papular eritematoso.
 - Exantema ampoloso palmoplantar.
 - Fisuras periorificiales (boca, nariz, ano y vulvovaginales).
- Lesiones esqueléticas:
 - Periostitis.
 - Osteocondritis.
 - Pseudoparálisis de Parrot.
- Bajo peso al nacer (RCIU y PEG).

- Ictericia prolongada.
- Hepatoesplenomegalia
- Exámenes hematológicos:
 - Anemia hemolítica con Coombs negativo.
 - Plaquetopenia.
 - Leucocitosis con monocitosis.
- Linfadenopatía generalizada.
- Sistema nervioso central con LCR anormal.
- Otros: Nefritis, síndrome nefrótico corioretinitis, neumonía alba, etc.

Importante

- Recordar que un recién nacido puede estar infectado sin manifestaciones clínicas (*sífilis latente*).

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hemograma completo (anemia, leucocitosis, monocitosis).
- VDRL o RPR reactivo.
- Sólo si hay disponibilidad, examen microscópico en campo oscuro para identificar espiroquetas.
- Líquido cefalorraquídeo (celularidad aumentada a predominio de monocitos, proteínas elevadas, serología positiva).
- Examen anatomopatológico de placenta.
- Radiografía de tórax y huesos largos.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo

- Explique a los padres sobre esta morbilidad, los riesgos, la importancia de hacer el tratamiento adecuado y la necesidad de referir.
- Ante la sospecha o confirmación de sífilis, derivar al II nivel de atención.
- Efectuar tratamiento a los padres de acuerdo a normas.
- Pesquisa familiar y de contactos para el tratamiento respectivo según normas.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido con factores de riesgo o manifestaciones clínicas presentes debe ser referido al II nivel para evaluación y tratamiento.
- Todos los niños con sífilis congénita de acuerdo a definición operativa deben ser referidos para evaluación y tratamiento.
- Todos los niños con factores de riesgo que no tienen el examen de VDRL.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Manejo y tratamiento

- Aislamiento del paciente hasta iniciar tratamiento.
- Examen de lesiones abiertas con guantes estériles.

- Todos los recién nacidos de madres con VDRL o RPR reactivo que no han recibido el tratamiento adecuado durante el embarazo (ver anexo del protocolo obstétrico Tratamiento de la sífilis materna) deben ser tratados aunque no presenten síntomas.
- Si es un recién nacido referido del nivel I, coordinar con éste para asegurar el cumplimiento de los siguientes puntos:
 - Tratamiento respectivo a los padres de acuerdo a normas.
 - Pesquisa familiar y contactos para tratamiento según normas.

Tratamiento

- **Asintomática (Lúes latente)**, con radiografía normal y examen de líquido cefaloraquídeo normal: Penicilina benzatínica, 50.000 UI/kg i.m. dosis única y repetir a los 7 días;
ó mejor
Penicilina procaínica, 50.000 UI/kg/día i.m. c/24 horas por 10 días.
- **Sintomática y LCR normal:**
Penicilina sódica, 50.000 UI/kg/dosis i.v. cada 12 horas en < 7 días y cada 8 horas en > 7 días durante 10 días;
ó Penicilina procáinica, 50.000 UI/kg/día i.m. c/24 horas por 10 días.

— Sintomática y LCR anormal:

Sólo penicilina sádica, misma dosis y vía por 14 días.

Criterio de referencia

- Si los recursos disponibles son insuficientes para el manejo descrito, referir a III nivel.

Bibliografía

- ARANDA, T.E.: Sífilis congénita. En, *Normas de diagnóstico y tratamiento en pediatría del Hospital del Niño*. La Paz, 1986: 471-476.
- GOMELLA, T.L.; CUNNINGHAM, M.D. EYAL, F.G.: Syphilis. En: GOMELLA T.L.; JNNINGHAN, M.D.; EYAL, F.G (eds.): *Neonatology*. California; Apleton & Lange; 1992: 352-354.
- STOLL Bs.: *Congenital Syphilis Evaluation and Management o Neonates Born to Mother with Reactive Serología Test for Syphilis*. *Pediatric Infect Dis. 5*. 13; 1994: 845-853.
- TABER, L.H.; FEIGIN, R.D.: Infecciones por espiroquetas. *Clin Ped North Am 2*; 1997:375-411.
- VARGAS, O.A.: Infecciones perinatales I. En: GAMES ETERNOD, J.; PALACIOS TREVIÑO, J. (eds.): *Introducción a la pediatría*. México DF; Francisco Méndez Cervantes; 1994:247-262.

Información para la mujer sobre

SÍFILIS CONGÉNITA PRECOZ

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Durante su embarazo usted tuvo una infección de transmisión sexual (ITS) llamada sífilis, la cual no se curó. Su guagüita se ha contagiado de esta enfermedad y por eso está enferma.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si no tratamos esta infección inmediatamente, seguirá avanzando, pudiendo causar complicaciones serias en los huesos y el cerebro de su guagüita; su vida estará en peligro.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

- Hospitalizaremos a su guagüita para darle el respectivo tratamiento con antibióticos.
- Le haremos a su guagua exámenes de sangre y de la infección.
- Le sacaremos radiografías para ver su tórax y sus huesos.
- Le daremos a usted antibióticos para curarla de la sífilis.
- Es importante que usted invite a su pareja a este servicio para darle el respectivo tratamiento.

Sepsis Neonatal

Definición

Síndrome clínico de enfermedad sistémica generalizada con bacteremia e invasión bacteriana al torrente sanguíneo en el primer mes de vida. Es un cuadro grave, generalmente sin foco infeccioso evidente. Frecuentemente involucra meninges.

Adquiere mayor gravedad en prematuros y cuando comienza antes de los primeros 7 días.

Factores de riesgo

- Ruptura prematura de membranas (más de 12 horas).
- Número de tactos vaginales (más de 6).
- Parto en condiciones sépticas.
- Líquido amniótico anormal (fétido, meconio turbio).
- Parto vaginal instrumental en comparación con cesárea.
- Prematurez y bajo peso de nacimiento.
- Maniobras de reanimación (intubación endotraqueal, respiración boca a boca).

- Procedimientos invasivos: catéter umbilical, venocclisis, sonda.
- Aspiración de meconio o sangre materna.
- Malformaciones congénitas graves (SNC, digestivas, urinarias, cardíacas).

Manifestaciones Clínicas

- Presencia de signos clínicos inespecíficos y variados. La madre refiere que “no lo ve bien”.
- **Síntomas Generales:** Inestabilidad térmica (en especial hipotermia), rechazo al alimento, malas condiciones generales, “mal aspecto”, piel bañada de meconio, escleredema (edema con piel empastada).
- **Manifestaciones cardiovasculares:** Taquicardia, estado de shock, compromiso de la perfusión distal (llenado capilar > 2 seg) y cianosis.
- **Manifestaciones respiratorias:** Dificultad respiratoria, taquipnea o períodos de apnea.
- **Manifestaciones neurológicas:** Letárgico o somnoliento, convulsiones, irritabilidad, temblores.

- **Manifestaciones digestivas:** Vómito, diarrea, distensión abdominal, hígato-esplenomegalia, ictericia.
- Pueden existir focos infecciosos: gastroenteritis, onfalitis, conjuntivitis, neumonía, meningitis, piodermatitis, otitis, artritis, etc.

Complicaciones

- Desequilibrio hidroelectrolítico y ácido/base.
- Meningoencefalitis.
- Estado de shock.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Hipoglicemia.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- Informe a la madre y a los familiares sobre la complicación, los riesgos y los procedimientos que va a realizar.
- Indique lactancia materna.
- Manejo con técnica de asepsia.
- Evite hipotermia por medios físicos.
- Corrija o evite deshidratación con líquido de rehidratación oral a tolerancia entre tetadas.
- Oxígeno húmedo en caso de cianosis o estado de shock.
- Refiera de inmediato. Si el traslado demora, antibióticoterapia;

inicialmente Ampicilina 50 mg/kg/dosis i.m. ó i.v. cada 12 h en menores a 7 días, y cada 8 h en mayores a 7 días, y gentamicina 2,5 mg/kg/dosis i.m. cada 12 h en menores a 7 días y cada 8 h en mayores a 7 días.

- Tratar focos infecciosos (conjuntivitis, onfalitis, neumonía, diarrea, etc.) Ver protocolo respectivo.

Medidas preventivas

- Tratamiento de cuadros infecciosos maternos.
- Evitar efectuar tactos vaginales sin justificación (especialmente en paciente con membranas rotas).
- Parto en condiciones asépticas.
- Efectuar reanimación, maniobras, aspiración, venoclis, catéter sonda en condiciones asépticas.
- Lavado de manos antes y después de atender al recién nacido.

Criterio de referencia

- Todo recién nacido con sepsis debe ser referido al II ó III nivel de acuerdo a gravedad, con el tratamiento inicial efectuado.

HOSPITAL DE REFERENCIA

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Hemograma completo, cuenta de plaquetas, velocidad de eritrosedimentación. La leucopenia <

5.000 mm³, neutrófilos < de 1.000, bandas absolutas más de 500, relación bandas/neutrófilos mayor a 0.2, VHG acelerada y plaquetopenia menor a 100.000 es significativa de sepsis.

- Si es posible hemocultivo por tres ocasiones.
- Líquido cefalorraquídeo (citoquímico y cultivo). 5 - 10% de sepsis neonatal cursan con meningitis.
- Examen general de orina.
- Cultivo de focos infecciosos.
- Destrostix cada 8 horas por el riesgo de hipoglicemia.
- Bilirrubinas en caso de ictericia.
- Rx de tórax por la frecuencia de neumonía.

Manejo y tratamiento

- El manejo del neonato infectado deberá realizarse en centro de II y III nivel, según gravedad y disponibilidad de recursos.
- Explique a la madre y a los familiares la complicación del recién nacido, los riesgos y los procedimientos que va a efectuar.

Medidas generales

- Ayuno de ser necesario.
- Manejo con técnica de infectocontagiosos (asepsia).
- Incubadora, si pesa menos de 2.000 gr ó en presencia de hipotermia.

- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico. En ausencia de deshidratación, soluciones parenterales de acuerdo a requerimientos.
- Corrección de acidosis metabólica si la hubiera.
- Oxígeno en caso de cianosis o estado de shock.
- Fototerapia en caso de ictericia.
- Transfundir paquete globular a 10 ml/kg en 4 horas en caso de que la hemoglobina sea menor a 12 gr/dl o en su detecto sangre fresca compatible 20 ml/kg en 6 horas.

Medidas específicas

- Antibióticos. Inicialmente ampicilina 25 a 50 mg/kg/dosis i.m. ó i.v. cada 12 h en recién nacido menor a 7 días y cada 8 h en recién nacido mayor a 7 días durante 10-14 días.
- Gentamicina 2,5 mg/kg/dosis i.m. cada 12 h en recién nacido menor a 7 días y cada 8 h en recién nacido mayor a 7 días durante 10 días.
- Si se sospecha puerta de entrada por piel se recomienda cloxacilina 50 mg/kg/dosis v.o., i.m. ó i.v. cada 8 h durante 14 días y Gentamicina en dosis indicada.
- De acuerdo a evolución clínica y desarrollo de cultivo se efectuará cambio de antimicrobianos, generalmente a las 48 h de iniciado el esquema.
- En septicemia utilizar antibióticos por 10 a 14 días y en meningitis de 14 a 21 días. En este tiempo se espera la curación clínica con desaparición

de los focos de infección, normalización de la curva térmica, buen estado general y normalización de los índices hematológicos de infección. El empleo de aminoglucósidos por más de 10 días amerita valoración de función renal con examen de orina, úrea y creatinina.

- Manejo respectivo de focos infecciosos (conjuntivitis, onfalitis, drenaje y curación de abscesos).

Medidas preventivas

- En medio hospitalario es fundamental el lavado de manos antes y después de atender al recién nacido; lavado y desinfección de incubadoras, cunas, mascarillas, cascos cefálicos, pisos, paredes y ventanas. Asepsia y antisepsia de tuberías de oxígeno, ventiladores y nebulizadores. Estricto cumplimiento de técnicas asépticas en procedimientos invasivos.

Criterio de referencia

- Deben trasladarse a centro especializado de III nivel los neonatos con sepsis que cumplan los siguientes requisitos:
 - Peso menor de 2,000 g.
 - Estado de choque.
 - Presencia de apnea recurrente refractaria al tratamiento medicamentoso.
 - Necesidad de ventilación mecánica y monitoreo.
 - Necesidad de exanguineotransfusión.
 - Mala evolución y presencia de complicaciones.
 - Insuficiencia de recursos humanos y/o materiales para el manejo descrito.

Información para la mujer sobre

SEPSIS NEONATAL

¿Qué tiene mi guagua?

Explicación del problema:

- Su guagüita tiene una infección generalizada en todo su cuerpo.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Si no la tratamos inmediatamente su guagüita puede agravarse y aparecer diferentes tipos de complicaciones que hagan peligrar su vida.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Pera I nivel

- Mantendremos a su guagüita calientita.
- Le pediremos que siga dándole de mamar.
- Si es necesario le daremos el “Sobre de la Vida” (sales de rehidratación oral) para mantener-

la con los líquidos que su cuerpo necesita.

- Le pondremos oxígeno para ayudarla a respirar.
- Le pediremos que la lleve a un hospital más especializado.
- Si la referencia demora le daremos algunos medicamentos.

Para II nivel (Dé la información del anterior nivel y añada esto)

- Hay que hacerle exámenes de sangre y una radiografía de sus pulmones para determinar el por qué de la infección.
- Si es necesario, le pondremos suero y le daremos antibióticos de acuerdo al tipo de infección.
- Si es necesario, le pondremos sangre.
- Si su guagüita es muy pequeña, la pondremos en la incubadora.
- Si su guagüita está amarilla, le daremos el tratamiento más adecuado.

***Otras
Complicaciones en
el Recién Nacido***

Ictericia Neonatal

Definición

Coloración amarillenta de piel y ocasionalmente de mucosas, producida por elevación de bilirrubina en sangre. En el recién nacido se aprecia cuando excede los 5 mg/dl.

Se observa en el 60% de los recién nacidos de término y generalmente es de poca intensidad. En prematuros se presenta en el 75-80% y adquiere mayor severidad.

Hiperbilirrubinemia. Aumento de bilirrubina sérica por encima de valores normales. Cifras elevadas de la fracción libre e indirecta pueden producir lesión neurológica severa.

Clasificación

- Según momento de aparición e intensidad en:
 - Ictericia fisiológica.
 - Ictericia no fisiológica.

Ictericia fisiológica

- Ictericia clínica después de las 48 horas de vida.
- Bilirrubina sérica total no mayor a 13

mg/dl a predominio de bilirrubina indirecta (BI).

- Generalmente desaparece entre los 7 a 10 días.
- Está presente en la mayoría de los recién nacidos sanos.

Ictericia no fisiológica

- Ictericia clínica antes de las 24 horas de vida.
- Concentraciones séricas crecientes de bilirrubina total más de 5 mg/dl/día.
- Bilirrubina sérica total de 14 o más mg/dl.
- Ictericia clínica persistente, mayor a 8 días en recién nacido de término y más de 14 días en pretérmino.
- Bilirrubina directa mayor a 2 mg/dl.

Criterio de hiperbilirrubinemia

- El diagnóstico de hiperbilirrubinemia se establece relacionando la concentración plasmática de bilirrubina indirecta (BI) y la edad del paciente:
 - Más de 4 mg/dl de BI en sangre del cordón umbilical.

- Más de 6 mg/dl de BI a las 12 horas.
- Más de 10 mg/dl de BI a las 24 horas.
- Más de 13 mg/dl de BI a las 48 horas.
- Más de 15 mg/dl de BI a cualquier edad.

Factores de riesgo

- Isoinmunización materna/fetal por incompatibilidad a grupo ABO, Rh o subgrupos.
- Infección perinatal (TORCH).
- VDRL (+).
- Drogas administradas a la madre:
 - Cloranfenicol.
 - Benzodiazepina.
 - Sulfa.
 - Salicilato.
 - Acido nalidíxico.
 - Ocitocina.
- Céfalohematoma.
- Policitemia.
- Ictericia en recién nacidos anteriores
- Prematuridad.
- Bajo peso de nacimiento.

Manifestaciones clínicas

- La coloración amarillenta de la piel es la principal signología y puede

comprometer conjuntiva y mucosa oral dependiendo de la intensidad.

- Escleróticas ictericas e ictericia sublingual reviste severidad.
- Puede haber anemia, hepatomegalía, esplenomegalia, hemorragia, edema (hidrops fetal) y datos de patología asociada.
- En general, la hiperbilirrubinemia fisiológica no representa mayor riesgo de encefalopatía.
- La hiperbilirrubinemia no fisiológica es responsable de la mayoría de los casos graves de impregnación.
- La encefalopatía bilirrubínica (Kernicterus) varía de acuerdo a edad del recién nacido y al grado de hiperbilirrubinemia. Se describen tres fases

Primera fase

- Signos inespecíficos:
 - Estupor.
 - Hipotonía.
 - Succión débil.

Segunda fase

- Hipertonía.
- Opistótonos.
- Rotación interna y aducción de extremidades superiores.
- Apnea, cianosis.
- Convulsiones.

Tercera fase

- Disminución o desaparición de hipertonía. Muerte (85% de los casos)
- Si no fallece, presenta encefalopatía crónica.

PUESTO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD

Manejo y tratamiento

- El objetivo es la prevención del Kernicterus. Idealmente el I nivel de atención deberá ofrecer fototerapia y trasladar al II ó III nivel los tributarios de exanguíneotransfusión (ET).
- De no contar con fototerapia y/o dificultad para el traslado, en los casos de ictericia leve o moderada, se recomienda exponer al sol al neonato desnudo por 20 min 2 a 3 veces día, evitando hipotermia (enfriamiento) y/o quemadura solar. Cambiarlo de posición cada 10 minutos. Asimismo, administrar fenobarbital 5 mg/kg/día v.o. durante 5 días.

Criterio de referencia

- Deberá trasladarse al neonato icterico a centro de II ó III nivel en las siguientes condiciones:
 - Todo recién nacido icterico tributario de ET.
 - Pretérmino < 2,000 g con ictericia severa.

- Patología grave asociada (sepsis, insuficiencia respiratoria).
 - Ictericia moderada a severa en ausencia de laboratorio.
 - No disponibilidad de fototerapia.
 - Falta de recursos materiales y/o humanos para tratamiento descrito.
- Entre tanto se efective traslado deberá recibir fototerapia (anexo 3).

HOSPITAL DE REFERENCIAS

Exámenes de laboratorio

- Hemograma completo. Anemia (hemólisis) o hiperglobulia; reticulocitos aumentados en hemólisis. Presencia de esferocitos sugiere isoimmunización ABO o esferocitosis congénita.
- Determinación de grupo ABO, Rh y subgrupos tanto al niño como a los padres.
- Bilirrubinas séricas.
- Prueba de Coombs directa (positiva en isoimmunización a Rh).

Manejo y tratamiento

- El manejo y tratamiento contempla fototerapia y exanguíneotransfusión (ET). (Anexo 2-3).
- La elección de una u otra dependerá de:
 - La intensidad de la hiperbilirrubinemia.
 - Edad y peso del niño.

- Existencia de patología agregada.
- Riesgo de kernícterus.

Indicaciones de fototerapia

- Todo recién nacido que cumpla criterio de hiperbilirrubinemia indirecta (BI) descrito anteriormente.
- Como medida profiláctica en recién nacido pretérmino con insuficiencia respiratoria o septicemia.
- En recién nacido con enfermedad hemolítica. Se inicia inmediatamente después del nacimiento.
- Cuando la cifra de BI implica riesgo para el recién nacido y no alcanza cifras de exanguiotransfusión (ET).
- Antes y después de la ET.
- En recién nacido con incompatibilidad sanguínea, mantener fototerapia hasta que los niveles de la BI sean inferiores a 10 mg/dl.
- La unidad de fototerapia debe contar con protección de acrílico para evitar caída accidental de tubos.

- Asegurar que los tubos fluorescentes funcionen adecuadamente y reemplazarlos con frecuencia (vida útil no más de 2,000 horas).
- No juzgar clínicamente la ictericia (requiere control de laboratorio).

Indicaciones de exanguiotransfusión

- Todo recién nacido de pretérmino con BI > 18 mg/dl y RN de término > 20 mg/dl debe ser exanguiado.

Criterio de referencia

- Deberá trasladarse al neonato icterico a un centro de III nivel en las siguientes situaciones:
 - Todo recién nacido tributario de exanguiotransfusión.
 - Patología grave asociada (sepsis, insuficiencia respiratoria).
 - Falta de recursos materiales y/o humanos para cumplir los procedimientos descritos para este nivel.
- Entre tanto se efectivice el traslado deberán recibir fototerapia continua

ANEXO 2

Fototerapia

- Exposición continua y permanente por un mínimo de 48 h.
- Controlar temperatura por riesgo de sobrecalentamiento.
- Vigilar deposiciones, signos de deshidratación y eritema cutáneo.
- Aporte de líquidos 100-150 ml/kg/24 horas o incremento en 10-20% o más a los requerimientos basales.
- Cambio de posición cada dos horas para optimizar área cutánea expuesta a la luz.
- En lo posible mantener lactancia materna a libre demanda. En ausencia de succión administrar leche materna por sonda orogástrica.

Complicaciones

- Deposiciones alteradas (diarrea).
- Deshidratación.
- Lesión de retina por (falta de protección ocular o insuficiente).
- Obstrucción de vías aéreas por protector ocular.
- Bebé bronceado (predominio de fracción directa).

Exanguineotransfusión

Objetivos

- Elimina hematíes sensibilizados.
- Extrae bilirrubina circulante.
- Aporta cantidad de albúmina no saturada.
- Extrae anticuerpos anti Rh circulantes.
- Corrige la anemia.
- Remoción de endotoxinas y mediadores en sepsis neonatal.

Selección del tipo de sangre del donador

Madre Tipo Rh	Hijo Tipo Rh	Donador Tipo Rh
O -	O +	O -
A -	A +	A - uO -
B -	B +	B - uO -
AB -	AB +	AB - uO -
A ó B -	O +	A ó B - uO -
O -	A ó B +	O -
O +	A ó B +	O +

Material y equipo

- Solución salina.
- Heparina.
- Gluconato de calcio al 10%
- Alcohol yodado.
- Equipo de venodisección.
- Guantes estériles.
- Barbijo.
- Bata estéril.
- 2 catéteres umbilicales N° 4 y 6.
- 2 llaves de tres vías.
- Equipo de transfusión sanguínea y equipo de venoclisis para desecho.
- 2 jeringas de plástico de 20 ml y dos de 10 ml.
- 2 jeringas de 5 ml.
- Campos estériles, gasas y campo fenestrado.
- Estetoscopio.
- Dos tubos de ensayo (uno con heparina y otro sin heparina).

Procedimiento

- A cargo de pediatra con experiencia en la técnica y en condiciones de esterilización, idealmente en quirófano. De no ser posible realizar traslado al III nivel.
- Explique previamente a los padres el procedimiento que va a realizar y sus riesgos.
- Conseguir autorización firmada de los padres.
- Ayuno por cuatro horas y vaciamiento gástrico antes de iniciar el procedimiento.
- Verificar que la sangre utilizada sea compatible (pruebas cruzadas) y calentarla a temperatura corporal en baño María.
- Inmovilizar al paciente adecuadamente con un pañal y, si es necesario, fijar con tela adhesiva los brazos y piernas.
- Evitar hipotermia utilizando incubadora, cuna radiante o medios físicos.
- Fijar estetoscopio en región precordial para vigilancia de frecuencia cardíaca por enfermera.
- Asepsia del cordón umbilical y región periumbilical.
- Aseo quirúrgico de manos y antebrazo del pediatra y el primer ayudante.
- Asepsia y antisepsia del cordón y de la zona periumbilical con alcohol yodado.
- Colocar campos estériles en área umbilical.
- Efectuar cateterismo de arteria y vena umbilical introduciendo el catéter no más de 5 cm. De no ser posible cateterización de arteria, utilizar una sola vía (vena umbilical).
- Conectar llaves de paso al catéter umbilical, equipo de transfusión y equipo de desecho.
- Se inicia procedimiento extrayendo 20 ml de sangre, que se envía al laboratorio para exámenes: hemograma, bilirrubina, Coombs y hemocultivo.
- Extracción y reposición de volúmenes iguales de sangre (para evitar cambios bruscos en la volemia), 20 en 20 ml en recién nacido de término o > 2,000 g y de 10 en 10 ml en prematuros, < 2,000 g en recién nacido patológico.
- Al completar el recambio del doble del volumen circulante (85 ml/kg x 2) administrar 20 ml de los que se extrajeron al inicio del procedimiento.
- Registro estricto de ingresos, egresos y frecuencia cardíaca.
- Por cada 100 ml de sangre recambiada, administrar 1 ml de gluconato de calcio al 10 % i.v. lentamente (en un minuto) bajo control de frecuencia cardíaca.
- Vigilancia constante de temperatura, frecuencia cardíaca, respiratoria y condiciones generales.
- Antes de terminar el procedimiento, tomar sangre para hemocultivo, hemograma y bilirrubina de control.

- Los catéteres pueden dejarse en su sitio, por si se necesita repetir el procedimiento. Si se termina el procedimiento, realizar jareta con seda atraumática (OO) y extraer catéteres, al mismo tiempo que se aprieta para cerrar el ombligo.
- Anotar en expediente -protocolo respectivo- señalando la razón de la exanguineotransfusión, volumen de recambio/kilo peso, tipo de sangre utilizada, técnica, duración del procedimiento, volumen de transfusión, presencia o no de complicaciones y observación de los signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria y PA). Descartar la posibilidad de hemorragia por el cordón umbilical (onfalorragia).
- Fototerapia posterior para evitar rebote.

Complicaciones

- Vasculares: Embolia gaseosa o coágulo, trombosis o infarto del colon.
- Cardíacas: Arritmia, sobrecarga o paro cardíaco.
- Metabólicas: Hiperkalemia, hiperнатremia, hipocalcemia, hipoglucemia y acidosis.
- De coagulación: Sobreheparinización y trombocitopenia.
- Infecciosas: Bacteremia, septicemia, hepatitis, SIDA, paludismo.

- Otras: Destrucción de eritrocitos por manipulación, hipotermia, enterocolitis necrosante y perforación intestinal.

Indicaciones de alta

- Una vez que las cifras de BI son inferiores a las señaladas por el criterio de hiperbilirrubinemia, puede ser dado de alta con indicaciones a la madre de vigilar coloración de la piel.

Bibliografía

CASHORE, W.J.; STERN, L.: The Management of Hiperbilirrubinemia. *Clin Perinatol*, 11 :1984:339-357.

CLOH ERTY. J. P.: Hiperbilirrubinemia neonatal. En: CLOHERTY. J.P.; y STARK. A.R.. eds.: *Manual de cuidados neonatales* 2ª Ed. Barcelona. Salvat editores SA, 1987: 269-302.

JASSO, G.L: Ictericia. En: JASSO, G.L., ed.: *Neonatología práctica* 3ª Ed. México D.F Manual Moderno; 1989:186-198.

LUGONES, G.F.: Hiperbilirrubinemia neonatal. En: ARIEAGA, B.R.; SEOANE, F.J.; y RODRÍGUEZ. V.A., eds.: *Cuidados intensivos en pediatría. Guía protocolizada para el estudio y manejo del niño en estado crítico*. La Paz: Gráfica Latina, 1 993:223-227.

REY VARGAS H. y Col.: El recién nacido latinoamericano. Atención Primaria y secundaria según riesgo. Colombia Cali, 1986: 255-273.

Información para la mujer sobre

ICTERICIA NEONATAL

¿Qué tiene mi guagüita?

Explicación del problema:

- La piel de su guagüita esta amarilla. Esta situación se debe a que puede existir un problema en la sangre de su guagüita.

¿Qué le puede pasar?

Consecuencias del problema:

- Esta situación es normal se inicia entre el segundo y tercer día de nacida y desaparece a la semana.
- Pero si el color amarillo de su guagüita sigue y empeora puede tener anemia, hemorragias y problemas en el cerebro. Si no tratamos a tiempo esto, su vida puede estar en peligro.

¿Qué le van a hacer o dar?

Tratamiento / procedimiento:

Para I nivel

- Pondremos a su guagüita bajo una luz blanca para que mejore.
- Si no tenemos medios de fototerapia y la ictericia es leve, le pediremos que ponga a su guagüita desnuda al lado de una ventana con vidrio para que le de sol, tres veces al día por 20 minutos,

asegurando que no se enfríe y la cambiará de posición cada 5 minutos para evitar que se quemé.

- Asegúrese que su guagüita no se salte sus comidas.
- Si la ictericia es más grave, y su guagüita está muy amarilla y no tiene hambre, requiere que la traten en un hospital de distrito.

Para II nivel

- Le tomaremos exámenes de sangre para identificar la razón del color amarillo de su guagüita.
- Asimismo, será necesario que tomemos muestras de sangre a usted y al padre para ver si existe incompatibilidad de sangre entre ustedes.
- Pondremos a su guagüita bajo una luz blanca.
- Si con este tratamiento no disminuye el color amarillo y los exámenes de sangre indican incompatibilidad, le haremos una transfusión de sangre.
- Si con este tratamiento no disminuye el color amarillo y los exámenes de sangre indican incompatibilidad le pediremos que lleve a su guagüita aun hospital más especializado.

Validaron la primera edición de los protocolos:

Dr. Guido Ballesteros P.	Lic. Antonia Esquivel 5.
Dr. Rolando Iriarte T.	Aux. Rosario Ramallo 5.
Dr. Juan Carlos Molina	Aux. Nilda Zurita L.
Dr. Antonio Quiroga	Aux. Daniel Condori
Dr. Marcos Málaga L.	Aux. Lucía Condori L.
Dr. Pedro Sejas S.	Dra. Zaadia Ortiz M.
Dr. Juan Peñaloza Y.	Dr. Johnny Bacarreza S.
Dr. Orlando Moreira	Dr. Edgar Arduz E.
Dra. Carmen Cornejo	Dr. Gonzalo Córdova
Dr. Reynaldo AguilarA.	Lic. Marcia Aranda de Ramos
Dra. Julia Torrico	Lic. Bethsy Alvaro O.
Dr. David Segurondo	Lic. Guadalupe Garay
Lic. Mabel Panozo	Aux. Cipriana Colque S.
Lic. Piedad Villegas	Aux. Susana Calle
Lic. Ana Davenport	Aux. Andrés Rodríguez
Lic. Esperanza Rojas	Aux. Casilda Cárdenas

INDICE

MARCO NORMATIVO GENERAL	5
OBJETIVOS DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	6
DEFINICIONES Y CONCEPTOS GENERALES	7
REGLAS GENERALES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.....	12
REGLAS PRINCIPALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO	12
REGLAS PRINCIPALES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL NIÑO MENOR DE 2 MESES	22
INTRODUCCIÓN A LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y ORIENTACIÓN (CIO)	31
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO	43
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	59
Anemia crónica del embarazo	61
Hipertensión inducida por el embarazo - Preeclampsia	67
Preeclampsia moderada.....	68
Preeclampsia grave	70
Eclampsia	77
Infección urinaria.....	85
Infección urinaria baja.....	85
Infección urinaria alta	89
Amenaza de parto prematuro	94
Rotura prematura de membranas	99
Rotura prematura de membranas con infección	105
Embarazo prolongado	108
Feto muerto y retenido	111

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	115
Amenazado aborto.....	117
Aborto incompleto	121
Aborto séptico.....	125
Embarazo ectópico	130
Embarazo molar	135
HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	139
Placenta previa	141
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.....	146
Rotura uterina	151
ATENCIÓN DEL PARTO Y SUS COMPLICACIONES	155
Atención del parto de bajo riesgo.....	157
Atención de la usuaria a su ingreso al servicio	157
Atención durante la dilatación	160
Atención del período expulsivo	161
Atención del alumbramiento	163
Atención del puerperio inmediato.....	165
Atención del puerperio mediato	166
Trabajo de parto prolongado.....	169
Parto podálico.....	173
Prolapso de cordón umbilical.....	178
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	183
Hemorragia posparto	185
Hipotonía uterina y atonía uterina posparto	189
Retención placentaria	192
Desgarros del cuello uterino.....	197
Desgarros vulvo vagina perineales	200
Hematoma vulvo vagina perineal	204
INFECCIONES GINECO-OBSTÉTRICAS	207
Vulvitis, vaginitis y cervicitis	210
Vulvo vaginitis durante el embarazo	213
Tratamiento de la sífilis materna	216
Endometritis	218
Endometriometritis	220
Anexitis obstétricas	223

Parametritis	224
Infecciones propagadas	227
Pelviperitonitis obstétrica	228
Peritonitis obstétrica.....	230
Infección generalizada - choque séptico	232
Sepsis puerperal	235
Infecciones de la mama	239
Mastitis aguda	242
Absceso mamario.....	244
ANEXOS A LOS PROTOCOLOS OBSTÉTRICOS.....	247
Historia clínica perinatal.....	249
Partograma	251
Carnet perinatal	253
Formulario de referencia y contrareferencia	255
Tabla de Jellife	256
Gestog rama	257
Alimentos recomendados.....	259
Inducto conducción del trabajo de parto	260
Test de Bishop modificado	261
Aplicación de fórceps.....	263
Operación cesárea	267
Contenidos educativos.....	270
Beneficios de la lactancia.....	270
Planificación familiar	272
Crecimiento y desarrollo del recién nacido	273
Medidas para el cumplimiento para el manejo de sangre y fluidos corporales (bioseguridad).....	274
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	281
Cuidados y valoración del recién nacido	283
Cuidados durante la primera hora	285
Manejo en domicilio.....	286
Anexo 1: Métodos de valoración del recién nacido	287
Valoración de Apgar	288
Exploración física (signos de alerta)	289
Cálculo de la edad gestacional	294
Valoración de Usher.....	295
Evaluación de peso para edad la gestacional (figura)..	297
COMPLICACIONES DEL DESARROLLO FETAL Y DEL RECIÉN NACIDO.....	299

Pretérmino y bajo peso al nacer.....	301
COMPLICACIONES RESPIRATORIAS NEONATALES	307
Asfixia neonatal y reanimación neonatal.....	309
Insuficiencia respiratoria neonatal	317
Valoración Silverman – Andersen	320
Síndrome de dificultad respiratoria	321
Apnea recurrente neonatal	327
Síndrome de aspiración del meconio	330
Taquipnea transitoria del recién nacido	335
Neumonía perinatal	337
INFECCIONES FRECUENTES DEL RECIÉN NACIDO	343
Onfalitis	345
Conjuntivitis neonatal	348
Piodermitis	352
Moniliasis oral	353
Diarrea aguda	356
Sífilis congénita precoz	361
Sepsis neonatal	365
OTRAS COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO	371
Ictericia neonatal.....	373
Anexo 2: Fototerapia.....	377
Anexo 3: Exanguineotransfusión	378