

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN - LEON



Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y
Cirugía.

MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL CENTRO
DE SALUD NOEL ORTEGA – LA PAZ CENTRO EN EL PERÌODO
COMPENDIDO DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2007.

Autora: Br. Alicia Mercedes Sánchez García.

Tutor: Dr. Juan Almendàrez

León, 6 de Noviembre del 2008.

Dedicatoria.

En primera instancia dedico este trabajo a Dios por la sabiduría y el amor que cada día nos regala.

A mi hija que es mi fuente de inspiración para coronar mis metas.

A mi esposo por su comprensión, tolerancia y amor que me brindo en todo el transcurso de mi investigación.

Agradecimiento.

Le agradezco en primera instancia a tutor por su comprensión, paciencia y esfuerzo para la realización de dicha investigación.

A la Doctora Martha Pereira Rizo Docente del Centro de Salud Noel Ortega la cual me proporciono la información necesaria para la revisión bibliográfica, expedientes clínicos y revisión de marco teórico.

Al Director del Centro de Salud Noel Ortega por su accesibilidad y como representante de la institución su preocupación por los resultados de dicha investigación.

Resumen

Con la investigación realizada se valorara si los daños y riesgos obstétricas para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados; para esto se realizaron 120 encuestas las cuales representan el total de emergencias atendidas de Enero-Diciembre del año 2007 de las cuales solamente 100 proporcionaron datos completos que fueron los que se tomaron en cuenta para realizar el estudio.

Encontrándose como resultado que la gran mayoría de mujeres embarazadas que acudieron por presentar una Complicación Obstétrica ingresaron en condición estable; Casi en su totalidad son mujeres jóvenes adultas y adolescentes con un nivel de escolaridad que no alcanzan ni la primaria completa, agregado a que hay una gran cantidad de solteras y acompañadas; Más de la mitad de las embarazadas se presentaron de forma espontánea y la tercera parte de estas fueron referidas por puestos de salud; En la pertinencia de recursos materiales, no hay equipo para realizar legrados uterinos ni otra complicación relacionada con el embarazo, asociado a que en referencia a los recursos humanos, no cuentan con especialistas de turnos, por lo tanto las Emergencias Obstétricas deben ser trasladadas a un nivel superior; El tiempo que transcurren las embarazadas desde que presentan sus síntomas es mínimo y es relativo de acuerdo a su patología en su mayoría; La capacitación al personal médico es muy pobre, como resultado de ésto se presento una complicación en una embarazadas debidos a que se diagnóstico mal y el tratamiento no fue el correcto.

Por lo tanto se recomienda gestionar mediante El Ministerio de Salud y ONG para completar su equipo de recursos materiales, aumentar la capacitación de sus recursos humanos, tanto médicos como enfermeras para evitar complicaciones en las embarazadas y supervisar los manejos que se realizan en cuanto al cumplimiento de Protocolos de Calidad, para la atención de las embarazadas.

Índice

	PÁG.
INTRODUCCION	6,7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÒRICO	9
DISEÑO METODOLÒGICO	39,44
RESULTADOS	45,62
DISCUSIÒN	63,64
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFIA	69

Introducción

En Nicaragua las emergencias obstétricas, constituyen una de las principales causas de consulta en las unidades de salud, de las cuales algunas se pueden prevenir y otras ocurren súbitamente y si la embarazada no recibe tratamiento a tiempo probablemente resultará incapacitada o morirá (1).

La pobreza y el nivel cultural que vive la población nicaragüense es el factor más importante entre los determinantes de la salud, cuando se analizan problemas de salud como las emergencias obstétricas, en los cuales se identifica que la probabilidad de la ocurrencia de dicho problema, es más alta en los grupos de población con menor capacidad de consumo (1,2).

La falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad es otra circunstancia que frecuentemente viven las mujeres del área rural del país. Este hecho no contribuye a la atención eficaz y oportuna de las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre las que se destacan: La hemorragia obstétrica es una de las principales complicaciones que ocurre durante el embarazo y constituye la causa básica en más del 50% de los casos de muerte maternas, los trastornos por hipertensión durante el embarazo constituyen una complicación de la gestación ya que afecta al 5-10% de las embarazadas y es una de las grandes afectaciones responsables, ya que representa la segunda causa de mortalidad materna, y por último tenemos las infecciones gineco-obstétricas que se presentan durante la gestación, el parto y afectan al aparato genital femenino, los cuales representan el 8% de todos los partos (3,4).

Ante esta problemática se puede afirmar que intervenir eficientemente en las tres demoras previene las complicaciones que puedan presentar las embarazadas, sobre todo en los municipios de difícil acceso. Así, la promoción en salud, la

organización y participación de la comunidad juegan un papel preponderante, ya que inciden en la primera y segunda demora; identificación de los signos de peligro de parte de la mujer y de su familia que conllevan a una toma de decisión oportuna en relación al traslado inmediato de la mujer embarazada a la unidad de salud más cercana (5).

La tercera demora está íntimamente ligada a la calidez y calidad de la atención que se brinda en nuestras unidades de salud. En los últimos cinco años, el Ministerio de Salud ha invertido en infraestructura y equipamiento para mejorar el nivel de resolución de estas unidades de salud y en las Casas Maternas. Pero son nuestros recursos humanos los que realmente pueden hacer la diferencia, con su compromiso, dedicación y solidaridad (5).

Ante esta situación y como una forma de incidir desde los servicios públicos en las principales demoras que contribuyen a las complicaciones obstétricas, se deben de desarrollar esfuerzos para mejorar la atención a la mujer embarazada, los cuales deben comprender proyectos de ampliación de cobertura, incorporación de esfuerzos comunitarios entre los cuales cabe destacar la capacitación de la partera empírica, el desarrollo de las casas maternas y en el ámbito institucional la formación de la enfermera obstetra y la introducción de procesos que permitan mejorar la calidad de la atención y una mayor calificación del personal de salud, para lo cual se elaboran los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica(6).

Por medio de la siguiente investigación se valorara si los daños y riesgos obstétricos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados, siendo importante considerar el enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, de

tal forma que las autoridades cuenten con información que puedan ayudarles a tomar acciones de mejora.

Objetivos

Objetivo general:

Valorar el manejo de las Emergencias Obstétricas en el centro de Salud Noel Ortega en la Ciudad de La Paz Centro en el periodo comprendido de Enero-Diciembre del 2007.

Objetivo específicos:

- 1- Describir las condiciones de ingreso de las mujeres con complicaciones Obstétricas al Centro de Salud Noel Ortega.
- 2- Establecer la pertinencia de los recursos humanos y técnicos para atender las principales Emergencias Obstétricas en el Centro de Salud Noel Ortega.
- 3- Valorar la suficiencia de los procedimientos de atención realizados en las Emergencias Obstétricas.

MARCO TEÒRICO

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer durante el cual se gesta un feto en su cuerpo. En el transcurso de este proceso se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica necesarias para el feto.

En el embarazo se pueden presentar complicaciones consideradas como emergencias obstétricas las cuales constituyen una de las principales demandas en los niveles de atención primario y secundario.

Según los estándares internacionales las muertes maternas se subdividen en dos categorías generales atendiendo su origen médico: las muertes obstétricas directas y las muertes obstétricas indirectas.

Las muertes obstétricas directas, resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio. Las cuatro causas principales incluyeron:

1.- HEMORRAGIA POST-PARTO.

✚ **Definición:** Es la pérdida de más de 500cc o más de sangre por vía vaginal durante las primeras 24 horas después del parto y que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica puede considerarse como una hemorragia posparto por lo que se considera el estado hemodinámica de la paciente previa a la pérdida hemática.

✚ **Causas de la Hemorragia Posterior al Nacimiento:**

Ψ **Antes de la Expulsión de la Placenta:**

- Retención parcial o total de placenta (más común en partos domiciliarios).
- Anillos de contracción.
- Inserción anormal de placenta (placenta increta, percreta y placenta succenturiata).
- Laceraciones del útero y del canal del parto (desgarros uterinos, rotura uterina, desgarros cervicales, desgarros vaginales y perineales).

Ψ **Después de la expulsión de la Placenta:**

- Atonía uterina, (la causa más común en unidades de salud).
- Retención de restos placentarios o membranas.
- Laceraciones del canal del parto.
- Coagulopatía materna.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.

✚ **Factores de Riesgo:**

Ψ **Durante la Atención Prenatal:**

- Antecedente de hemorragia del alumbramiento.
- Primigesta
- Gran multipara.
- Várices.
- Macrosomía.
- Polihidramnios.

- Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- Grandes trayectos a pie.
- Miomatosis uterina.
- Antecedentes de coagulopatía.
- Púrpura trombocitopénica.
- Anemia.
- Las mujeres con antecedentes de placenta previa, e incisiones uterinas, tienen incrementado el riesgo de presentar sangrado posparto.
- Embarazo múltiple.

Ψ Durante el Período Cercano al Parto:

- Parto domiciliario.
- Placenta previa.
- Placenta previa con cesárea previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Útero sobre distendido: Polihidramnios, embarazo gemelar o múltiple.
Macrosomía fetal.
- Óbito fetal.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Hepatitis.

Ψ Durante el Trabajo de Parto:

- Inducción y conducción con oxitocina.
- Uso excesivo de oxitocina.
- Parto prolongado.
- Parto precipitado.
- Maniobras obstétricas no recomendadas (fórceps, fuertes expresiones del cuerpo del útero para acelerar la expulsión de los anexos).

- Alumbramiento con maniobras no recomendadas (tracción del cordón, maniobra inadecuada de credè).
- Manipulación excesiva, masajes enérgicos.
- Aplicación de fórceps.
- Agotamiento materno.
- Deshidratación.
- Cesárea.
- Corioamnionitis.
- Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- Administración de anestésicos que provocan hipotonía uterina.
- Atención no calificada del parto.
- Personal de salud insuficiente o no entrenado en emergencias obstétricas.
- Insuficiente dotación de recursos materiales en las Unidades de Salud para la atención de este evento.

✚ Clasificación:

- **Hemorragia posparto inmediato:** Es la que se produce hasta las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia posparto tardía (o del puerperio propiamente dicho):** Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio alejado:** Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.
- **Hemorragia del puerperio tardío:** Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

✚ Diagnóstico:

✚ Manifestaciones Clínicas Hemorragia Posparto:

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos.	Signos y síntomas que a veces se presentan.	Diagnóstico probable.
Hemorragia posparto inmediato. Útero blando y no contraído.	Shock.	Útero atónico o hipotónico.
Hemorragia posparto inmediata. Sangrado rojo rutilante con útero contraído.	Placenta íntegra. Útero contraído.	Desgarro del cuello uterino, la vagina o el perineo.
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del nacimiento con manejo activo y 30 minutos después del nacimiento sin manejo activo del tercer período del parto.	Hemorragia posparto inmediato. Útero no contraído.	Retención de placenta.
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarro de membranas ovulares, Subínvolution uterina.	Hemorragia postnacimiento inmediato. Útero contraído o parcialmente contraído.	Retención parcial de placenta (alumbramiento incompleto).
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal, pero palpable en canal vaginal. Dolor leve e intenso.	Inversión uterina visible en la vulva. Hemorragia posparto inmediata.	Inversión uterina
Se produce sangrado más de 24 horas después del nacimiento. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Sangrado variable, (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor. Anemia.	Hemorragia post parto tardía. Restos ovulares. Procesos infecciosos.
Sangrado con útero contraído posparto inmediato (el sangrado puede ser intraabdominal o vaginal). Con o sin evidencia de laceraciones del canal del parto. Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura).	Shock Abdomen sensible Pulso materno rápido.	Rotura uterina.

✚ **Frecuencia:** La hemorragia post parto se produce en un 13% de casos.

✚ **Exámenes Complementarios:**

- Biometría Hemática Completa
- Tiempo de Sangría.
- Tiempo de Coagulación.
- Tiempo parcial de tromboplastina
- Tiempo de protrombina
- Recuento de plaquetas
- Glicemia
- Urea.
- Creatinina

Diagnóstico Diferencial:

- Miomas
- Rotura de víscera abdominal
- Pólipos.
- Várices.

Tratamiento Médico Quirúrgico:

El manejo terapéutico de la paciente con hemorragia post-parto debe de ser dinámico y eficaz. Cuando se presenta un sangrado visible intenso la atención de la paciente se vuelve dramática y es fundamental mantener cerca de otras personas que puedan colaborar en la atención. La actitud del personal de mayor calificación debe de ser de conducción de las acciones que incluyan manejo activo del tercer período del parto, cuyos componentes más importantes son:

- 1.-Administración inmediata de 10UI de oxitocina IM en el momento de la expulsión del hombro anterior.
- 2.-Pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto del nacimiento.
- 3.- Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino.

4.- Continuar masaje uterino a fin de propiciar la expulsión de la placenta y la formación del globo de seguridad de Pinard.

Si aparece sangrado intenso después de la administración de oxitocina intramuscular haya expulsado o no la placenta, indique una infusión de 500ml de solución salina más 10UI de oxitocina IV a 20 gotas por minuto (20 mUI por minuto), aumentar la velocidad del goteo si se considera necesario.

Si el sangrado no cede brinde condiciones para el traslado a unidad de salud con capacidad resolutive.

Manejo en el Primer Nivel de Atención para la Hemorragia Posparto:

Cuando durante la atención del parto se presenta hemorragia acompañada de signos y síntomas que establecen el diagnóstico de atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención total o parcial de placenta, inversión uterina, rotura uterina, hemorragia tardía posparto, debe estabilizarse y brindarse atención a la paciente independientemente del sitio donde se presenta la complicación obstétrica y posteriormente brindar condiciones para el traslado a la unidad de mayor capacidad resolutive.

Condiciones para el Traslado:

- Canalice con brànula número 16 o una de mayor calibre con 1,000 ml de Solución Normal al 0.9% o Hartman a 60 gotas por minuto.
- Si existe indicación para administrar utilice oxitocina, 20 UI diluidos en 1,000 ml de solución salina normal al 0.9% o Ringer, IV a 20 gotas por minuto, modifique según respuesta.

✚ Uso de los medicamentos Oxitócicos y Útero tónicos:

Dosis y vía de administración	Oxitocina	Ergometrina/Metilergonovina
(Dosis inicial).	20 unidades en 1000 CC de solución salina normal al 0.9% IV a 20 gotas por minuto y modificar según respuesta o 10 unidades IM.	0.25 mg IM.
Dosis de mantenimiento.	Infunda lento 20 unidades en 1000 CC de solución salina normal al 0.9% IV 20-40 gotas por minuto.	Repita 0.2 mg IM después de 15 minutos. Si se requiere, administre 0.2 mg IM o IV lentamente cada 4 horas.
Dosis máxima.	No administre más de 3 litros de líquidos IV que contenga Oxitocina.	1.0 mg como total o sea 5 dosis.
Precauciones/Contraindicaciones	Precaución: No administrar oxitocina en bolo IV.	Contraindicada: Preeclampsia, Hipertensión, Cardiopatía.

✚ Segundo Nivel de Atención

✚ Manejo Intrahospitalario:

a. Tono:

Valorar el tono uterino, se debe palpar el útero y establecer el tono con o sin la placenta adentro.

Recordar: La multiparidad y la sobre distensión previa del útero son las más importantes causas de Atonía Uterina.

Preguntarse: ¿Si la placenta ha sido expulsada se ha formado el Globo de Seguridad de Pinard?

➤ **Qué hacer**

- Si el útero no está adecuadamente contraído, proceda a realizar masaje bimanual. El útero es masajeador entre una mano en la vagina y la otra mano colocada sobre las paredes del abdomen realizando compresión en la aorta abdominal, detectando el fondo del útero.
- Trate de evacuar coágulos del canal vaginal ya que éstos pueden dificultar la contracción del útero.
- Con la placenta fuera use oxitocina 20 unidades o metilergonovina 0.2 MG IM compruebe la recuperación del tono y verifíquelo constantemente porque puede volver a hacer atonía.

b. Tejido:

Después de la expulsión puede existir presencia de tejido retenido.

Recordar: El sangrado no es proporcional al tejido retenido.

Preguntarse: ¿Fue expulsada completamente la placenta y las membranas?

➤ **¿Qué hacer?**

1. Sin expulsión de la placenta:

Espere como máximo 45 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:
¿Qué hacer?**
- 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.
- Suspenda la maniobra si el cuello esta 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.
- Si hay dudas de la expulsión completa de la placenta haga revisión y legrado uterino instrumental. Si no está entrenado, refiera a la paciente o pida ayuda a persona con la experiencia apropiada.

2. Con placenta expulsada y hemorragia:

- Haga masaje externo del fondo del útero para estimular su contracción.
- Revise minuciosamente si la placenta está completa.
- Si el sangrado 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 Trendelenburg.

3. Con placenta retenida:

- Espere como máximo 45 minutos; mientras tanto verifique desprendimiento y si está en vagina o cuello traccione suavemente el cordón.
- Anestesia general. Diazepam 10 mg IV.
- Haga revisión de la cavidad uterina y extracción manual de la placenta.
- Administre 0.2 MG de metilergonovina* IM. Si es hipertensa, 10 unidades de Oxitocina IM.
- Revise el canal del parto, descarte lesiones de partes blandas.
- Mantenga goteo con Dextrosa 500 CC al 5% más 40 unidades de Oxitocina.
- Controle signos vitales cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.
- Si hay hipotensión y hemorragia continúa: Infusión de Lactato de Ringer 1,000 CC al 5 % o Solución Salina al 0.9%, más 40 unidades de Oxitocina 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 una patología placentaria - acreta, increta o percreta- y refiera de inmediato.
- Si hay atonía uterina coloque bolsa de hielo en el fondo uterino.

- Observe condición de la paciente y signos de shock.
- Si hubo extracción manual de placenta: Ampicilina 500mg IM ò IV 1 dosis. Continuar con 500mg cada 6 horas PO durante 5-7 días.

c. Trauma:

Una vez descartada las otras dos causas se debe de revisar el canal del parto y comprobar la presencia de laceraciones, ruptura uterina y observar la presencia de inversión uterina.

Recordar: La ruptura y la inversión uterina son emergencias agudas las que deben de ser transferidas o atendidas en quirófanos.

➤ ¿Qué hacer?

- Las laceraciones y desgarros deben de ser reparados según las dimensiones en sala de parto o sala de operaciones.
- Si el desgarro es pequeño y la hemorragia escasa, haga un taponamiento vaginal y observe la evolución del sangrado. Si continúa, aumenta o hay agravamiento del estado general de la paciente, debe suturar.
- Procure vaciamiento vesical espontáneo; sólo si es necesario coloque Sonda Foley.
- Administre suero Ringer 1,000cc 40 gotas por minuto o fisiológico 1,000cc 40 gotas por minuto.

- Anestesia Xilocaína al 2 % más Epinefrina 10cc paracervical.
- Comprima el útero a través de la pared abdominal hacia el interior de la pelvis.
- Identifique el desgarro: tracción de labio cervical con pinza de aro y exposición del desgarro.
- Coloque una valva para separar la pared vaginal del lado del desgarro.
- Suture con cátgut simple 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 vaselinaza a presión y retire tapón 8 horas después.
- Indique Ampicilina 1gr P.O cada 6 horas durante 7 días.

d. Trombo:

Las coagulopatias pueden ser causadas por patologías obstétricas o generales. En cualquiera de los casos la presencia de una coagulopatía es una emergencia aguda, que debe ser tratada de forma hospitalaria.

✚ Criterios de Alta:

- Ausencia de sangrado anormal.
- Hematocrito en límites normales posterior al evento obstétrico.
- Signos vitales en límites normales.
- No hay signos de infección
- Herida quirúrgica sin complicaciones.

2. - SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL.

- ❖ **Definición:** Es el aumento en la presión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañado de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio.

✚ Etiología:

- La etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con la preeclampsia, eclampsia.
- Algunas alteraciones renales.
- Isquemia útero placentario.
- Factores inmunológicos como: Incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportados para la unidad feto placentaria.
- Similitud notable entre varios antígenos de origen placentario con antígenos renales capaces de inducir alteraciones glomerulares.
- Anomalías de la placentación.
- Deficiencias de prostaciclina.
- Síntesis aumentada de endotelina.
- Activación del sistema hemostático.
- Vaso espasmo.

❖ Factores de Riesgo:

Los factores de riesgo más comúnmente asociados al Síndrome Hipertensivo Gestacional son:

- Edad – menor de 20 y mayor a 35-.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Ganancia exagerada de peso materno: mayor de 2 kilogramos por mes.
- Nuliparidad
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Lupus eritematoso.
- Edema patológico del embarazo.

- Historia familiar de Preeclampsia, se incrementa en 10 veces en comparación con la población general.
- Enfermedad Renal Previa.
- Antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica.
- Embarazo Múltiple.
- Embarazo Molar.
- Polihidramnios.
- Incompatibilidad de Rh.
- Síndrome Antifosfolípidos.

❖ **Etiopatogenia:**

La aparición de la preeclampsia ha sido asociada con la activación del sistema de coagulación, lesión endotelial, y alteración de la activación y consumo de prostaglandinas. La producción de prostaciclina estaba disminuida y la relación de tromboxina A-Prostaciclina estaba aumentada.

Hay una contricción arteriolar generalizada y el aumento de la sensibilidad vascular de las aminas y péptidos. La disminución de la segunda onda de invasión trofoblástica a las arterias espirales del útero, es otra anomalía que se observa tempranamente en las mujeres que desarrollan preeclampsia. Como resultado existe una dificultad para la adaptación cardiovascular al embarazo normal, el cual produce disminución del volumen plasmático y de la perfusión tisular.

✚ **Clasificación:**

- Hipertensión crónica.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.
- Hipertensión inducida por el embarazo.

➤ Preeclampsia: la cual puede ser:

- Moderada
- Grave
- Eclampsia.

❖ **Diagnóstico:**

El diagnóstico se establece a través de la detección de los signos y síntomas cardinales del Síndrome Hipertensivo Gestacional:

Hipertensión, Proteinuria y Edema.

1.- Hipertensión Arterial Crónica:

- Elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada.
- En el caso de la hipertensión arterial crónica se obtiene la presión arterial diastólica de 90 mm/hg o más en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de 4 o más de reparación desde antes de estar embarazada o se diagnòstica antes de cumplir las 20 semanas de gestación.

La forma de tomar la Presión Arterial a las pacientes es la siguiente:

- Posición sentada con el brazo a nivel del corazón.
- Brazalete apropiado del esfigomanómetro.
- Esfigomanómetro apropiado.
- Escuchar los sonidos I y IV de Korotkoff – también el V es comúnmente usado-.

- En las embarazadas el II ruido cardíaco es el que se percibe, ya que hay un aumento en la intensidad de éste (debido a la elevación del diafragma que acerca el vaso a la pared).
- Se coloca el estetoscopio sobre la humeral, se insufla el brazal hasta que no se perciben los latidos (presión supramáxima), se descomprime progresivamente hasta oír la primera pulsación (Mx); continuando la descompresión, las pulsaciones aumentan de intensidad, se hacen más secas y a veces soplantes, hasta que bruscamente disminuyen (Mn).
- Confirmación de la PA en 4 horas a menos que sea muy alta.

2.- Hipertensión Crónica con Preeclampsia Sobreagregada:

- Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico, durante el embarazo y que desaparece después del parto. Estos cambios coexisten con una modificación en la severidad de la hipertensión y pueden acompañarse de alteraciones del fondo de ojo, como exudados, edema y hemorragia retiniana.

3.-Hipertensión Inducida por el Embarazo:

- La hipertensión se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto o en las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm/hg (presión arterial diastólica de 90mm/hg). No hay proteinuria.
- La hipertensión crónica, la hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada y la hipertensión inducida por el embarazo pueden evolucionar a una afección más grave: Preeclampsia moderada, preeclampsia grave, eclampsia.

4.-Preeclampsia:

- Gestación mayor de 20 semanas.

- Hipertensión Arterial (signo cardinal): se considera hipertensa a toda embarazada con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/hg en posición sentada, luego de reposo por 10 minutos en 2 oportunidades con intervalos de 4 horas.
- La presión diastòlica por sí sola es un indicador exacto de la hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, definen la preeclampsia.
- El edema de los pies y las extremidades inferiores no se considera un signo confiable de preeclampsia porque puede ocurrir en muchas mujeres con embarazo normal.

A.-Preeclampsia Moderada:

- Tensión diastòlica mayor de 90 mm/hg pero menor de 110 mm/hg. Considerar también cuando la Tensión Arterial Media (TAM) se encuentra entre 105-125 mm/hg. (Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastòlica más la presión sistòlica dividido entre tres $(2PD+PS/3)$).
- Proteinuria hasta dos cruces en prueba de cinta reactiva o 300mg por decilitro en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas o 3 gramos/litro en orina en 24 horas.

❖ Manejo Terapéutico de la Preeclampsia Moderada:

➤ Manejo Ambulatorio:

A. Medidas Generales:

- Reposo en cama.
- Dieta: hiperprotéica, normosódica, con aumento de ingesta de líquidos.

- Oriente a la mujer y a su familia acerca de las señales de peligro de preeclampsia grave y eclampsia.
- No administre anticonvulsivantes, antihipertensivos, sedantes, ni tranquilizantes.
- Indicar maduración pulmonar fetal en embarazos de 24 a 34 semanas.

B. Bienestar Materno:

- **Atención Prenatal Normal cada semana hasta la semana 38.**
Vigilar que se mantenga dentro de los siguientes parámetros:
- Presión arterial estable (igual o menor 140/90).
- Tensión arterial media menor o igual 106 milímetros de mercurio.
- Proteinuria menor de dos cruces en prueba de cinta reactiva o menor de 300 mg por decilitro en dos tomas consecutivas con intervalos de 4 horas o menor de 3 gramos/litro en orina de 24 horas.
- Paciente que se mantenga asintomático.

C. Evaluación Fetal:

- Control diario de movimientos fetales contados por la embarazada.
- Inducir maduración pulmonar fetal en embarazos entre 24 y 34 semanas (Dexametasona 6mg IM c/12 horas por 4 días).

D. Finalizar el embarazo a las 37 semanas cumplidas (37 semanas 6/7):

- En la unidad e salud, según las condiciones obstétricas, dejar evolucionar de forma espontánea o se induce el trabajo de parto.

B.- Preeclampsia Grave:

- Tensión diastòlica mayor o igual de 110 mm/hg en dos ocasiones con intervalo de 4 horas. Considerar también cuando Tensión Arterial Media es mayor o igual que 126 mm/hg (Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastòlica más la presión sistòlica dividido entes tres $(2PD+PS/3)$).
- La proteinuria más de tres cruces en pruebas de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de cuatro horas o es mayor de 5 gramos/litro en orina de 24 horas.

❖ Manejo Terapéutico de Preeclampsia Grave:

En Ningún caso las pacientes clasificadas como Preeclampsia Severa se les deben realizar manejo ambulatorio.

❖ Manejo previo al traslado:

Cuando son diagnosticadas en atención primaria se les debe brindar los siguientes cuidados previos al traslado:

- Estabilización de la presión arterial por valores menores de 110 mm/Hg de diastòlica con hidralazina en bolos de 5 mg cada 20 minutos hasta 20 mg; se debe reducir la presión diastòlica a menos de 100 mm de hg; pero no por debajo de 90 mm de hg, para prevenir la hipoperfusión placentaria y la hemorragia cerebral.
- Canalizar con venoclisis adecuada.
- Si existen signos premonitorios de eclampsia usar Sulfato de Magnesio.
- Se deben de realizar los cuidados en casos de uso de Sulfato de Magnesio.

- El traslado se debe de realizar:
En ambulancia, Personal de salud calificado (médico) para vigilar signos vitales y la utilización de antihipertensivos durante el traslado si es necesario.

C.- Eclampsia:

Las convulsiones eclámpicas representan un peligro de vida tanto para la madre como el feto. El manejo principal debe orientarse a prevenir las lesiones maternas durante las crisis convulsivas, incluye el uso de un baja-lenguas entre los dientes y prever posibles secuelas maternas.

Las medidas de emergencia se centran en garantizar la oxigenación materna y disminuir los riesgos de aspiración y no tanto en detener el episodio convulsivo -la mayoría de los episodios convulsivos eclámpicos tardan entre 60 y 90 segundos -. No se debe de dar ninguna droga para detener y disminuir el primer episodio convulsivo, pero si se debe aplicar sulfato de magnesio para prevenir convulsiones posteriores.

❖ Primer contacto con atención primaria:

Cuando una mujer con eclampsia sea asistida a un centro o puesto de salud:

- Mantenga ventilada la vía respiratoria.
- Aplique un catéter para tratamientos intravenosos.
- Inicie el tratamiento con Sulfato de Magnesio ver esquema.

- Se recomienda tomar la presión arterial y administrar antihipertensores, de ser necesario: Si la presión diastólica se mantiene en o por encima de los 110 mm de hg, administre medicamentos antihipertensivos.
- **Dosis Inicial o de Ataque:**
- Hidralazina 5 mg IV lentamente cada 15 minutos hasta que disminuya la presión arterial (máximo cuatro dosis: 20 mg).
- Si la respuesta es inadecuada o no dispone de hidralazina administre otro antihipertensivo: Labetalol 10 mg intravenoso.
- En casos extremos utilice Nifedipina: 10mg vía oral cada 4 horas para mantener la presión arterial diastólica entre 90 y 100 mm/hg. No utilizar la vía sublingual.
- Traslade a la paciente a un lugar de referencia.

❖ **Prevenir y tratar las convulsiones con Sulfato de Magnesio:**

Utilizar el esquema de Zuspan.

Régimen	Dosis de carga	Dosis de mantenimiento
Zuspan	4g de Sulfato de Magnesio al 10% (4ampollas) IV diluido en 200ml de Solución Salina normal al 0.9% o Ringer. (Infusión continúa en 5-15mi).	1 g por hora IV durante 24 horas. Preparar las soluciones de la siguiente forma: para cada 8 horas diluir 8 gramos de Sulfato de Magnesio al 10% en 420ml de solución salina normal o Ringer pasarla a 60 micro gotas o 20 gotas

		por minuto.
--	--	-------------

Toxicidad del Sulfato de Magnesio:

Se debe de realizar vigilancia estricta de la diuresis, de la frecuencia respiratoria, y de los reflejos osteotendinosos, los que nos pueden identificar de manera temprana la intoxicación por magnesio.

Algunas manifestaciones clínicas con sus dosis estimadas:

- Disminución del reflejo patelar – 8-12 mg/ dl.
 - Somnolencia -9-12 mg/dl.
 - Rubor o sensación de "calor" -9-12 mg/dl.
 - Parálisis muscular -15-17 mg/dl.
 - Dificultad respiratoria -15-17 mg/dl.
 - Durante la infusión de sulfato de magnesio debe vigilarse que:
 - La diuresis sea 30 ml/hora.
 - La frecuencia respiratoria igual o mayor de 12 por minuto
 - Los reflejos osteotendinosos deberán ser normales.
 - Monitorear los signos clínicos de acuerdo a dosis estimadas, si se sospecha que los niveles pueden ser mayores o iguales a 15 mg/dl (de acuerdo a datos clínicos de intoxicación).
-
- En caso de intoxicación por Sulfato de Magnesio administrar Gluconato de Calcio (antagonista de Sulfato de Magnesio): diluir un gramo de Gluconato de Calcio en 10 ml de solución salina normal pasar IV en 3 minutos cada hora sin pasar de 16 gr. al día.

 - Dar ventilación asistida hasta que comience la respiración.

3.- ABORTO.

✚ **Definición:** El aborto es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gr. Se calcula que el 10 % de los embarazos terminan en aborto.

Estos pueden ser: espontáneos y provocados.

- ❖ **Espontáneos:** Son los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la exclusión de la gestación.
- ❖ **Provocados:** Son los que se producen premeditadamente para interrumpir el embarazo.

✚ **Etiopatogenia:**

Las principales causas que puedan conducir a un aborto:

- 1.- Causas ovulares: Se debe a un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos o células sexuales.
- 2.- Causas maternas orgánicas: Se refiere a enfermedades que originan lesiones: Tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, infecciones pélvicas, displasias, desgarros cervicales, alteraciones propias del útero.
- 3.- Causas funcionales: Se debe a enfermedades en las que hay alteraciones de la función de órganos o sistemas y que pueden interferir en la evolución de la gestación, por ejemplo: diabetes.
- 4.- Causas Inmunológicas: El mecanismo es auto inmune.

5.- Causas psicodinámicas: Situaciones de stress extremo. Se incluye a pacientes infértiles en las que el trauma emocional podría ser la causa del aborto.

6.- Causas de origen tóxico: Intoxicación por plomo, mercurio y fósforo.

7. - Traumatismos físicos.

🚑 Diagnóstico:

El cuadro clínico suele ser muy variado y se caracteriza por ser procesos dinámicos rápidamente cambiantes. Existen siete síndromes principales:

1.- Amenaza de Aborto: Amenorrea, con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, puede existir o no sangrado, cuello uterino sin modificaciones, largo, cerrado y de consistencia blanda.

La amenaza de aborto puede pasar, desaparecer la sintomatología y seguir su curso normal; o por el contrario, presentar cualquiera de las formas clínicas descritas anteriormente.

2.- Aborto Inminente o Aborto en Curso: Se incrementan los síntomas descritos anteriormente los dolores son más intensos y sostenidos, hemorragias más abundantes, incluye coágulos con modificaciones del cuello uterino.

3.- Aborto Inevitable: Los signos y síntomas anteriores con pérdida del líquido amniótico.

4.- Aborto Diferido: El huevo está muerto in útero, se el denomina también aborto retenido o Huevo Muerto Retenido.

5.- Aborto Incompleto: Los restos ovulares no han sido eliminados por completo, útero agrandado, cuello uterino dilatado en sus dos orificios, hemorragia profusa y persistente. Se debe de realizar curetaje al momento del primer examen físico.

6.- Aborto Completo: El huevo es expulsado espontánea y completamente. Luego de un período de dolores y hemorragia, desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa la hemorragia, el útero recupera el tamaño y la consistencia previa al embarazo, se cierran nuevamente los orificios.

7.- Aborto Séptico: Se trata de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobre agregado. La paciente sufre fiebre con escalofríos, salida de material transvaginal con fetidez y en los exámenes del laboratorio se pueden notar una leucocitosis con desviación a la izquierda.

Las complicaciones más frecuentes son: Retención de los anexos ovulares, hemorragias e Infecciones.

Manejo Terapéutico:

Todas las pacientes con amenaza de aborto sangrante o con aborto en cualquiera de sus formas clínicas, deben ser trasladadas a un Hospital o centro de salud con camas en las mejores condiciones posibles: La paciente nunca debe ser enviada por sus propios medios debido a la tendencia al agravamiento del cuadro clínico a través de la actividad física.

Manejo Ambulatorio de la Amenaza de Aborto:

- Explicar a la paciente la situación de la enfermedad y el riesgo.
- No usar lenguaje declamatorio y discriminatorio con las pacientes.
- Prevenirla alrededor de la necesidad de su colaboración para lograr concluir el embarazo sin complicaciones.

- El manejo se debe realizar a través del reposo absoluto.
- Se deben descartar patologías que puedan desencadenar aborto o amenaza de aborto. Ejemplo: Infecciones de Vías Urinarias, toxoplasmosis.
- Todas las pacientes con amenaza de aborto se les debe de realizar estricto seguimiento tanto en el manejo ambulatorio como en el manejo hospitalario.
- Se debe de tomar en cuenta que en las personas con amenaza de aborto, su cuadro sintomático suele ser rápidamente cambiante por lo que se debe educar a la paciente acerca de la necesidad de conocer los signos de alarma y la búsqueda de ayuda en caso de que se presenten.

El tratamiento consiste en:

- Recomendar reposo absoluto.
- Diazepam 10 miligramos cada doce horas por lo menos por 3 días según la evolución de la paciente.
- Tratar la patología de base - Infecciones de Vías Urinarias, stress, sobre esfuerzo físico y otras patologías.
- Citar de manera constante cada 2 días hasta que desaparezca la sintomatología.

Explicar a la paciente los siguientes signos de alarma:

- Sangrado transvaginal de cualquier cantidad.
- Aumento de los dolores en el bajo vientre a pesar del tratamiento.
- Salida de líquido transvaginal.
- Presencia de fiebre.
- Aumento de la sintomatología de la enfermedad de base aún con tratamiento - si se pudo detectar.

Criterios de alta del Manejo Ambulatorio:

- Desaparición de las contracciones uterinas.
- Ausencia de sangrado trans-vaginal.
- Mejoría del cuadro sintomático de la patología de base que está causando la amenaza de aborto.

Criterios de traslado de la amenaza de aborto:

- Cuando se presenta sangrado en todas sus formas.
- Cuando existe la certeza que la paciente no podrá guardar un régimen de reposo estricto.
- Cuando la paciente es procedente de comunidades lejanas y no será posible el reposo ni el acceso rápido a una unidad de salud.
- Cuando la patología de base -la causa detectada de la amenaza de aborto, no puede ser tratada ambulatoriamente.

✚ Manejo del Aborto:

Cuando se trate de abortos en cualquiera de sus formas, la paciente debe ser manejada hospitalariamente. Sin embargo en las unidades de salud de atención primaria se deben de realizar las acciones para el traslado:

- Canalice al menos una vía con brànula apropiada para paciente.
- Trate de evacuar los restos ovulares y coágulos ubicados en el canal endocervical, esto disminuirá el sangrado y puede evitar complicaciones a la paciente durante su traslado.
- Si el sangrado ha sido importante empiece la reposición de volumen con soluciones parenterales cristaloides.
- Procure la realización del traslado con personal de salud. El nivel de resolución de esta persona deberá ser acorde con el estado hemodinámico de la paciente.
- Se debe vigilar el estado mental de la paciente y la intensidad del sangrado.
- Si es posible avisar previamente a su hospital de referencia mientras se realiza el traslado.
- Si es posible realizar tipo y RH y proponga el uso de vacuna anti D.

Cuidados post- aborto:

1.- Detección y tratamiento de la anemia:

Es importante realizar seguimiento de las condiciones hemodinámicas de las pacientes -Signos vitales, capacidad de deambulación - Además es importante la vigilancia clínica y de laboratorio de la anemia.

Se debe de tratar con hierro complementario. Si existen trastornos hemodinámicos severos y los valores de hemoglobina se encuentra por debajo de 8 mg se debe de considerar la necesidad de las transfusiones.

2.- Detectar oportunamente los signos de infección:

Se debe de alertar a la paciente alrededor de los signos de infección más frecuentes:

- Alteración de los signos vitales.
- Subinvolución uterina.
- Fetidez de loquios.
- Fiebre.

En caso de presentarse este cuadro se debe ingresar y valorar la presencia intrauterina de restos ovulares. Se le ingresa y se le indica revisión y LUI.

3.- Anticoncepción post-aborto:

Es recomendable que la mujer que ha sufrido un aborto procure no tener otro embarazo durante un período de 6 meses. Debe darse consejería de Planificación Familiar para ayudarla a tomar una decisión del mejor método aceptable para ella.

4.- Rehabilitación emocional de las personas que han sufrido un aborto:

Las pacientes que han sufrido un aborto por cualquier causa, necesitan del apoyo del equipo de salud mental. Son comunes los sentimientos de pérdida, duelo y las depresiones. Es recomendable que la paciente tenga al menos una entrevista con personas del equipo de Salud Mental de la unidad de salud. La función del personal médico es estar abierto a escuchar las preguntas de las pacientes y darle apoyo emocional en todo momento.

DISEÑO METODOLOGICO.

1. Tipo de Estudio: Evaluación de servicios.
2. Para cumplir con los objetivos de estudio se hará lo siguiente:
 - a. Se revisaron los expedientes de las Emergencias obstétricas atendidos durante el año 2007, de los cuales se extrajeron datos generales, condición de la paciente, edad, motivo por el que acudió, quien la asistió, tiempo que tardó en ser atendida, impresión diagnóstica y tratamiento recibido.
 - b. Se observó la condición de trabajo y se valoró con cada personal encargado de la atención, la capacitación recibida y los recursos con que se dispone para atender las emergencias obstétricas más frecuentes.
 - c. Para valorar si el personal cumple con las actividades, normadas se revisaron los expedientes y se valoraron las indicaciones orientadas por el medico.
3. Procedimiento de recolección de datos:

Se pidió permiso al responsable de la unidad para la evaluación de los expedientes.
4. Aspectos éticos: Se aseguró la confidencialidad de la información registrada. No se publicaran datos extraídos de los expedientes, se guardará la debida confidencialidad, ya que este procedimiento se realiza para mejoras y recomendaciones.

5. Operacionalización de variables:

1) Condiciones de ingreso de la paciente con emergencia obstétrica:

- Edad:
- Tiempo transcurrido desde el inicio de los signos / síntomas hasta la llegada a la unidad de salud.
- Condición en que se recibió a la paciente.
- Motivo por el cual acudió a la unidad de salud.
- Persona que dio la primera asistencia en emergencia.
- Tiempo transcurrido desde que se presentó en admisión hasta que fue atendida por el médico.
- Impresión diagnóstica emitida.
- Tratamiento recibido.

2) Pertinencia a recursos humanos y materiales:

Infraestructura:

- Estación de enfermería.
- Área de labor.
- Área de expulsivo.
- Área de atención inmediata del recién nacido.
- Servicios sanitarios para pacientes.
- Servicios sanitarios para personal.
- Iluminación natural.
- Iluminación artificial.
- Agua corriente 24 horas, con surtidor para manejar con el suministro de energía eléctrica alterna (generador).
- Climatización.

Mobiliario:

- Silla en estación de enfermería.
- Reloj de pared (en estación de enfermería).
- Gabinete para medicamentos.
- Mesa de preparación de medicamentos.
- Lavamanos.
- Basurero con tapa.
- Teléfono.
- Camas para labor.
- Mesa de preparación de labor.
- Anaquel o estante (en área de labor).
- Sillas (en área de expulsivos).
- Anaquel o estante (en área de expulsivos).
- Reloj (en área de expulsivos).
- Mesa de parto.
- Lámpara de cuello de ganso.
- Banco giratorio.
- ✚ Ropa:
 - Maleta de parto:
 - Campo sencillo grande.
 - Campo doble grandes
 - Sábanas sencillas cerradas.
 - Campos para limpiar y envolver el neonato.
 - Bata médica.
 - Perneras.
 - Comisiones para paciente.
 - Pijamas para el personal.
 - Mascarillas.
 - Botas.
 - Gorros.
 - Sabanas para camas.
 - Toallas.

✚ Equipo básico:

- Bandeja de medicamentos
- Tensiómetro
- Estetoscopio.
- Esterilizador de calor seco y/o autoclave.
- Balanza de adultos.
- Pinza uterina tenáculo.
- Riñoneras de acero inoxidable.
- Tambores o casos para gasas ambos para adulto.
- Mascarilla de oxígeno.
- Lámpara cuello de cisne.
- Recipientes para disposición de agujas (de sutura).
- Carro de paro debidamente equipado.

✚ Material de reposición:

- Termómetro clínico oral.
- Termómetro clínico rectal.
- Cepillo quirúrgico.
- Bránulas.
- Scalp.
- Cátgut crómico automático # 1-0, 2-0, 3-0.
- Vycril # 1-0, 2-0, 3-0.
- Sonda Foley.
- Guantes quirúrgicos # 7, 7 1/2 y 8.

✚ Equipo o paquete de parto:

- Pana.
- Porta esponja 9".
- Pinza Allis de 6".
- Clamp umbilical.
- Pera de succión de hule.
- Campo mediano.

✚ Equipo de sutura perineal / vaginal / cervical:

- Bandeja.
- Pinza hemostática Kelly recta 51/2.
- Pinza de disección con dientes.
- Porta aguja.
- Motas, hilo.
- Espéculo vaginal.
- Panita yodera de acero.
- Jeringa de 10cc y 5cc.
- Aguja hipodérmicas de 22 x 1/2.

✚ Equipamiento básico para legrado uterino:

- Espéculo vaginal (SIMS).
- Pinzas forester
- Tenáculo Uterino
- Curetas o Legras Uterinas de diferentes números
- Histerómetro.
- Dilatadores uterinos tamaño 13-27.
- Valva de peso.
- Sonda metálica.

✚ Equipamiento básico para AMEU:

- Espèculo vaginal
- Tenáculo Pinzas tirabalas
- Pinza de anillos (ARO)
- Solución antiséptica
- Jeringa de 10ml con aguja raquídea No. 22 o extensores de aguja para bloqueo paracervical.

3) Valorar el cumplimiento de normas:

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico EPI INFO 2,000 en su versión 3.5 para Windows.

Se estimó frecuencia simple de las variables y se realizaron los cruces necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.

Los resultados se plasman en cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Se realizaron 120 encuestas las cuales representan el total de emergencias atendidas de Enero-Diciembre del año 2007 de las cuales solamente 100 proporcionaron datos completos que fueron los que se tomaron en cuenta para realizar el estudio.

Condiciones de ingreso de las mujeres con Complicaciones Obstétricas que acudieron al Centro de Salud.

Según los resultados la edad predominante oscila entre 25-29 años, continuando las edades de 15-19 años, para lo cual el promedio de la edad es de

Se puede observar que la mayoría de las pacientes solamente alcanzaron la primaria incompleta con un 27% y solo un 18% logro finalizar la primaria.

La mayoría de las mujeres se encuentran casadas con 54%. (Ver cuadro 1)

En cuanto al tiempo transcurrido desde que iniciaron los síntomas hasta que la paciente busco ayuda médica el 45% de éstas esperaron 4 horas, el 19% tardó 6 horas, esto representa una mediana de 4 horas.

La mediana de tiempo que tardo la paciente en buscar atención desde que se iniciaron los síntomas es de 2,0 horas coincidiendo con el promedio. Esto significa que el 51% de las pacientes tardaron 2 horas en buscar atención, el 18% 1 hora y el 17% 4 horas.

Del total de pacientes atendidas que recibieron atención médica, el 58% fueron atendidas en 1 hora y el 31% no esperó tiempo para ser atendida, esto representa una mediana de 1 hora la cual se aproxima al promedio que es de 0.83.

(Ver cuadro 2)

El 61% de las pacientes que demandaron atención médica se presentaron de manera espontánea (Ver gráfico1)

Casi el total de las mujeres contenían documento de referencia en el expediente clínico. (Ver gráfico 2).

De todas las pacientes atendidas por complicaciones obstétricas es interesante que el 98% acudieran en condición estable. (Ver gráfico 3)

Del total de embarazadas que acudieron a la emergencia presentando una complicación relacionada con el embarazo predominaron la Hipertensión Gestacional con 46% pacientes y los abortos con 41%. (Ver cuadro 3)

Pertinencia de los Recursos Humanos y Técnicos para atender una Emergencia Obstétrica:

El 80% de las mujeres que acudieron demandando una atención obstétrica a la emergencia fueron atendidas por médico general, luego jugaron un papel fundamental los médicos de servicio social con un 14. (Ver gráfico 4)

En referencia al tiempo de espera en admisión más de la mitad esperó solamente 5 minutos lo cual representa el 58%, el 27% solamente esperó 10 minutos. Esto nos representa una media de 6 con una moda de 5. (Ver cuadro 4)

Según los resultados la pertinencia de los recursos técnicos reflejan que no existe materiales disponibles para realizar legrados uterinos y poder resolver los

problemas de aborto que se presentan, además no se cuenta con equipo de quirófano para las hemorragias posparto en caso que éstas se compliquen, motivo por el cual estos casos son referidos a nivel de resolución superior.

Suficiencia de los procedimientos realizados en las Complicaciones Obstétricas que se presentaron en la Unidad de Salud:

En cuanto a la impresión diagnóstica emitida por el médico en emergencia el 45% de las embarazadas se diagnosticaron como Hipertensión Gestacional y el 40% como Aborto. (Ver cuadro 5)

De todas las pacientes que recibieron tratamiento a 45 pacientes se le administraron antihipertensivos y a 40 se trasladaron por presentar Amenaza de Aborto. (Ver cuadro 6)

En cuanto a la capacitación que realizan al personal médico en referencia a temas relacionados con las emergencias obstétricas todo el personal recibió el tema del aborto solamente una vez al año, en referencia al tema de la preclampsia solamente las enfermeras y los médicos generales se les capacito 2 veces al año, en cuanto a la eclampsia sucedió los mismo, en referencia a la sepsis los médicos de servicio social y los ginecoobstetras no recibieron capacitación en todo el año y por último la hemorragia posparto que todo el personal recibió una vez al año capacitación.

mmmmm

Cuadro 1. Perfil de las pacientes que acudieron por presentar una Emergencia Obstétrica al Centro de Salud “Noel Ortega” de la Paz Centro. Enero-Diciembre 2007.

Variables	Número	Porcentaje
Años		
• 10 a 14	2	2.0
• 15 a 19	25	25.0
• 20 a 24	22	22.0
• 25 a 29	27	27.0
• 30 a 34	20	20.0
• 35 a 39	4	4.0
• Total	100	100.0
Nivel de Escolaridad		
• Tercer Grado	2	2.0
• Cuarto Grado	27	27%
• Quinto Grado	14	14%
• Sexto Grado	18	18%
• Primer Año	8	8%
• Segundo Año	15	15%
• Tercer Año	10	10%
• Universidad	6	6%
• Total	100	100%
Estado Civil		
• Acompañada	33	33%
• Casada	54	54%

• Soltera	13	13%
Total	100	100.0%

Cuadro 2. Tiempo transcurrido desde el inicio de los signos/síntomas hasta la llegada a la Emergencia del Centro de Salud Noel Ortega, Período Enero-Diciembre del 2007.

Variables	Número	Porcentaje
Hora de Inicio de Sintomatología		
• 1	1	1.0
• 2	8	8.0
• 3	6	6%
• 4	45	45%
• 5	9	9%
• 6	19	19%
• 8	7	7%
• 10	2	2%
• 12	3	3%
Tiempo que tardó la búsqueda de atención de la usuaria		
• 0	3	3%
• 1	18	18%
• 2	51	51%
• 3	9	9%
• 4	17	17%
• 6	2	2%
Tiempo que tardó la atención recibida por la usuaria		
• 0	31	31%
• 1	58	58%
• 2	10	10%
• 5	1	1%
Total	100	100.0%

Gráfico 1. Mecanismo mediante los cuales se presentó la usuaria en el Centro de Salud Noel Ortega en el período de Enero Diciembre del 2007.

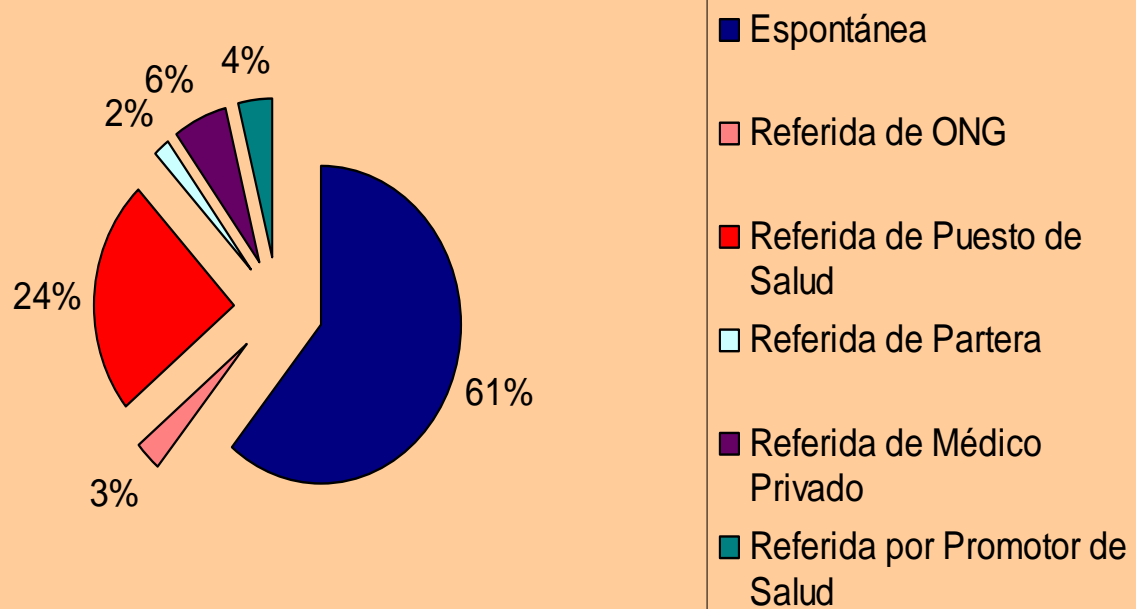
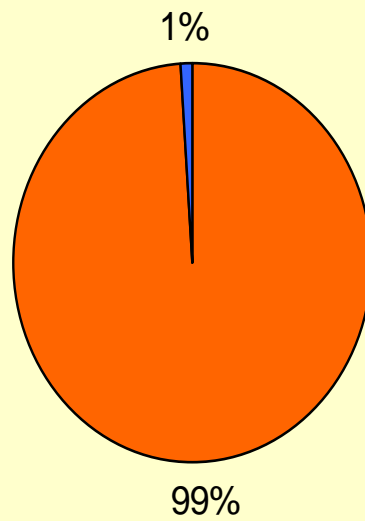
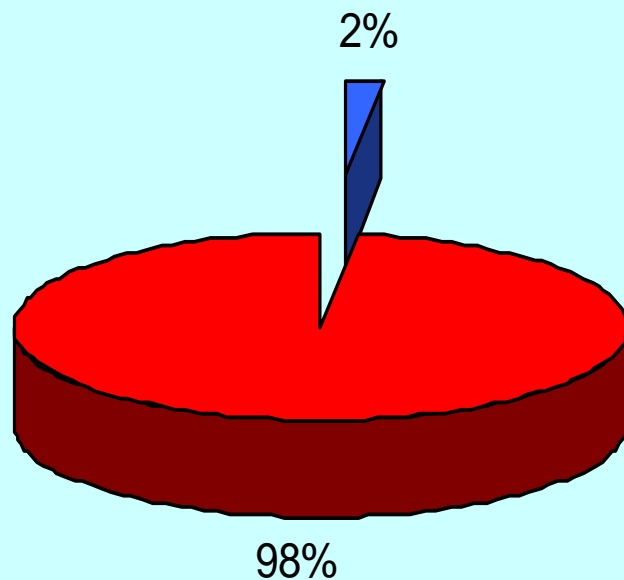


Gráfico 2. Porcentaje de expedientes que presentaron algún documento de referencia en el Centro de Salud Noel Ortega en el Período de Enero Diciembre del 2007.



Si No

Gráfico 3. Descripción de las condiciones en que se recibió a la usuaria una vez que llegó al Centro de Salud Noel Ortega en el Período Enero Diciembre del 2007.

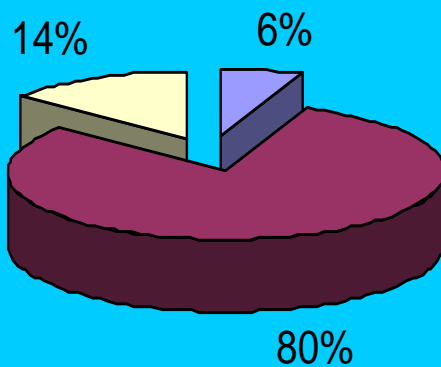


■ Estable ■ Inestable

Cuadro No. 3: Causas por las que acudieron las pacientes con complicaciones obstétricas a la Emergencia del Centro de Salud Noel Ortega. Período Enero-Diciembre del 2007.

Causas	Frecuencia		Porcentaje
	Si	No	
Hemorragia	6	94	6.5%
Hipertensión Gestacional	46	54	50.1%
Eclámpticas	6	94	6.5%
Fiebre	7	93	7.6%
Sepsis	3	97	3.2%
Aborto	41	69	44.7%

Gráfico 4. Porcentaje de personal médico que brindo la primera atención médica en el Centro de Salud Noel Ortega en el período Enero Diciembre del 2007.



■ gineco obstetra ■ Medico general ■ medico servicio social

Cuadro 4. Tiempo de espera en admisión de las embarazadas que acuden al Centro de Salud Noel Ortega en el período comprendido de Enero- Diciembre del 2007.

Tiempo – minutos	Porcentaje
0	11.0
2	2.0
5	58.0
10	27.0
15	1.0
30	1.0

Cuadro 5. Impresión diagnóstica emitida por el Médico en Emergencia en el Centro de Salud Noel Ortega. Período Enero-Diciembre del 2007.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	40	40%
Embarazo+Eclampsia	6	6%
Embarazo+Hipertensión	45	45%
Fiebre	8	8%
Hemorragia Posparto	6	6%
Sepsis	1	1%

Cuadro 6. Tratamiento y/o procedimiento inicial recibido en la emergencia del Centro de Salud Noel Ortega. Período Enero-Diciembre del 2007.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Antibióticos	3	3%
Anticonvulsivantes	6	6%
Antihipertensivos	45	45%
Oxitóxicos	6	6%
Traslado	40	40%

Cuadro 7. Tiempo transcurrido desde que se presento en admisión al Centro de Salud, Noel Ortega hasta que fue atendida por el médico en Emergencia. Período Enero-Diciembre del 2007.

Minutos	Frecuencia	Porcentaje
0	11	11%
2	2	2%
5	58	58%
10	27	27%
15	1	1%
30	1	1%

Cuadro 8. Capacitación recibida a Personal Médico en el Centro de Salud Noel Ortega sobre temas de Emergencias Obstétricas, Período Enero-Diciembre del 2007.

	Mes/ Año	Mes /Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año
Temas	Aborto	Preclampsia	Eclampsia	Sepsis	Hemorragia Pos parto
Médicos Serv.cio Social.	1v/año	1v/año	1v/año	-	1v/año
Médicos Generales	1v/año	2v/año	2v/año	1v/año	1v/año
Ginecoobstetras	1v/año	1v/año	1v/año	-	1v/año
Enfermeras	1v/año	2v/año	2v/año	1v/año	1v/año
Auxiliares	1v/año	2v/año	2v/año	1v/año	1v/año
Personal Administrativo	1v/año	1v/año	1v/año	1v/año	1v/año

Cuadro 9. Materiales y Equipo que se encuentran en el Centro de Salud Noel Ortega para atender las Emergencias Obstétricas, Período Enero-Diciembre del 2007.

Infraestructura:	SI	NO
Estación de enfermería		
Silla en estación de Enfermería	X	
Reloj de pared (estación de enfermería)	X	
Teléfono	X	
Basurero de tapa	X	
Servicios sanitarios para personal médico	X	
Área de Labor:	X	
	X	
Anaquelel o estante en área de labor	X	
Camas para labor	X	
Mesa de preparación de labor	X	
Servicios sanitarios para pacientes		
Área de Expulsivo:	X	
Área de atención inmediata recién nacido	X	
Iluminación natural		X
Iluminación artificial		X
	X	
Agua corriente 24 horas, energía eléctrica alterna	X	
Climatización	X	

Mobiliario:

		X
Gabinete para medicamentos	X	
Mesa de preparación de medicamentos	X	
Lavamanos	X	
	X	
		X
Reloj (en área de expulsivos)		X
Mesa de parto	X	
Lámpara de cuello de ganso	X	
Banco giratorio	X	
Ropa:		
Maleta de parto	X	
Campo sencillo grande	X	
Campo doble grandes	X	
Sábanas sencilla cerrada	X	
Campos para limpiar y envolver el neonato	X	
Bata médica	X	
Perneras		X
Camisones para paciente	X	
Pijamas para el personal	X	
Mascarillas	X	
Botas	X	
	SI	NO
Gorros	X	
Sábanas para camas	X	
Toallas	X	
Equipo Básico:	SI	NO
Bandeja de medicamentos	X	
Tensiómetro		X
Estetoscopio		X
Esterilizador de calor seco y/o autoclave	X	
Balanza de adultos	X	
Pinza uterina tenáculo	X	
Riñoneras de acero inoxidable	X	
Mascarilla de oxígeno	X	
Lámpara cuello de cisne	X	
Recipiente para disposición de agujas (de sutura)	X	
Carro de parto debidamente equipado		X
Material de reposición:		

Termómetro clínico oral	X	
Termómetro clínico rectal	X	
Cepillo quirúrgico		X
Bránulas	X	
Scalp	X	
Catgut crómico No. 1-0, 2-0, 3-0.		X
Vycril No. 1-0, 2-0, 3-0.		X
Sonda foley	X	
Guantes quirúrgicos No. 7, 7 ½ y 8	X	
Equipo o paquete de parto:		
Pana	X	
Porta esponja 9"		X
Pinza Allis de 6"		X
Clamp umbilical	X	
Pera de succión de hule	X	
Campo mediano	X	
Equipo de sutura perineal/vaginal/cervical:	X	
Bandeja	X	
Pinza hemostática Kelly recta 5 1/2		X
Pinza de disección con dientes		X
Porta aguja	X	
Motas, hilo	X	
Especulo vaginal	X	
Panita yodera de acero	X	
Jeringa de 10cc y 5cc	X	
	SI	NO
Agujas hipodérmicas de 22 * ½.		X
Equipamiento Básico para Legrado Uterino		X
Espèculo Vaginal (SIMS)		X
Pinzas forester		X
Curetas o Legras Uterinas de diferentes números		X
Tenáculo Uterino		X
Histeròmetro		X
Dilatadores Uterinos tamaño 13-27.		X
Valva de peso		X
Sonda metálica		X
Espèculo Vaginal		X
Tenáculo pinza tirabalas		X
Pinza de anillos (ARO)		X
Solucìon antisèptica		X

Jeringa 10ml con aguja raquídea No. 22 o extensores
de aguja para bloqueo paracervical.

X

Discusión

En el trabajo investigativo que se realizó, se pudo conocer que las mujeres que ingresan a la Unidad de Salud por una complicación relacionada con su embarazo son adultas y adolescentes, esto en comparación con estudios realizados en Centroamérica demuestra que las adolescentes es el grupo de riesgo más vulnerable en el embarazo la cual puede complicarse en cualquier periodo de su gestación al igual que las adultas mayores de 35 años agregado a esto que más de la mitad de las embarazadas no alcanzaron un nivel de escolaridad de educación media y muchas de ellas son solteras otro factor que interviene en el transcurso del embarazo, ya que tienen que enfrentar las complicaciones que estas presenten solamente con el apoyo de la familia.

La mayoría de las pacientes acudían de forma espontánea esto significa que dichas embarazadas se encuentran sensibilizadas sobre el riesgo que conlleva presentar una complicación en su embarazo y no acudir inmediatamente a una Unidad de Salud; que en comparación con estudios iniciales que se realizaron en la ciudad de Quetzaltenango – Guatemala revelan que las embarazadas no acuden al Hospital o a una Unidad de Salud, ya que estas son atendidas por las comadronas las cuales no remiten a sus pacientes por el mal trato que estas reciben esto nos demuestra el acceso y la utilización de los diferentes servicios de salud, que se les esta brindando a las embarazadas en nuestro país, los cuales se encuentran ligados hacia una misma causa, que es la salud de las mujeres embarazadas, que también se refleja en la responsabilidad de presentar en los expedientes clínicos revisados un documento de referencia.

Casi la totalidad de las mujeres que acudieron a la consulta se presentaron en condiciones estables, esto significa que la intervención de las tres demoras para evitar que las embarazadas se compliquen ha sido eficiente.

Entre los hallazgos sobre el tiempo transcurrido desde que inician los síntomas es rápido la búsqueda de la atención según los signos del peligro que la mujer embarazada y su familia identifican, la cual conlleva a una toma de decisión oportuna para el traslado inmediato de la mujer embarazada a la Unidad de Salud más cercana, afirmando de esta manera que se ha logrado poner en práctica la promoción, organización y participación de toda la comunidad.

Más de la mitad de las embarazadas demandando servicio médico presentaron Hipertensión Gestacional, esto se justifica, ya que la mayoría de las pacientes presentan como factor de riesgo entre estos, la edad y los recursos económicos que dependen en algunas ocasiones del nivel educativo y el estado civil que presentan estas pacientes.

En cuanto al tiempo que estas esperan en admisión del Centro de Salud, es significativo según la patología y la gravedad del problema.

En referencia a la pertinencia de los recursos materiales, no se dispone del equipo completo, debido a este motivo todos los abortos se trasladan, ya que no se cuenta con el equipo completo para legrados uterinos.

Más de la mitad de las pacientes que presentaron una complicación obstétrica fueron atendidas por médicos generales y servicios sociales, esto se debe a que los especialistas no realizan turnos nocturnos.

Los procedimientos que realizó el médico fueron de acuerdo a la impresión diagnóstica inicial emitida en Emergencia, que en una paciente se realizó un mal diagnóstico, por tanto el tratamiento no fue el correcto, esto se presenta porque hay poca capacitación de los recursos humanos encargados de atender las complicaciones obstétricas.

Conclusiones.

Al valorar el manejo de las Emergencias Obstétricas en el centro de Salud Noel Ortega en la Ciudad de La Paz Centro se encuentra que hay incumplimiento de las normas de protocolo de atención de las embarazadas, debido a que:

En cuanto a los recursos materiales, no hay equipo para realizar legrados uterinos ni otra complicación relacionada con el embarazo; mientras que sus recursos humanos, se ha detectado ausencia de especialistas de turnos, de manera que las Emergencias Obstétricas deben ser trasladadas a un nivel de resolución superior. Además se encontró que la capacitación al personal médico es muy pobre para médicos generales y médicos de servicio social.

Al valorar la suficiencia de los procedimientos realizados en la atención de la emergencia obstétrica, ocurrió una complicación en una embarazadas producto de un error diagnóstico, que tuvo como consecuencia un tratamiento incorrecto.

Agregado a esto, se valora de manera positiva, la gran mayoría de mujeres embarazadas que acudieron por presentar una complicación obstétrica, ingresaron en condición estable, de forma espontánea y se refirieron a puestos de salud., siendo mínimo que tardan en buscar atención según su patología.

Recomendaciones

- 1.- Gestionar mediante El Ministerio de Salud y ONG para completar su equipo de recursos materiales para atender todas las complicaciones obstétricas que se presenten en el Centro de Salud.
- 2.- Aumentar la capacitación de sus recursos humanos, tanto médicos como enfermeras para evitar complicaciones en las embarazadas.
- 3.- Supervisar los manejos que se realizan en cuanto al cumplimiento de Protocolos de Calidad, para la atención de las embarazadas.

GUIA DE CALIDAD PARA SERVICIOS OBSTÈTRICOS ESENCIALES:

1- Datos Generales de la Usuaría:

Nombre de la Usuaría:

No. expediente:

Edad:

Escolaridad.

Estado Civil:

Acceso de Usuarías a Unidad de Salud:

2- Tiempo transcurrido desde el inicio de los signos/síntomas hasta la llegada a la Unidad de Salud:

- Inicio de sintomatología _____ horas _____ minutos NR
- Búsqueda de atención _____ horas _____ minutos NR
- Atención recibida _____ horas _____ minutos NR

3- Mediante qué mecanismo se presentó la usuaria en la unidad de salud que le brindó la atención?

- Acudió espontáneamente Referido de un privado
- Referido de un Puesto de Salud Referido de un ONG
- Referido de un promotor Referido de una partera

4- Existe algún documento de referencia en el expediente clínico?

Si _____

No _____

5- Describa la condición en que se recibió a la usuaria una vez que llegó a la Unidad de Salud:

Condición estable

Condición Inestable

6-Cuál fue el motivo por el cual acudió a la Unidad de Salud?

- Hemorragia ante/posparto
- Preeclampsia/ Eclampsia
- Fiebre
- Infección de Vías Urinarias
- Retención Placentaria
- Atención de parto por cesárea

7- ¿Quién dio la primer asistencia en Emergencia?

- Médico Gineco-obstetra____ -
- Médico General____
- Médico Serv. Social_____

8- Tiempo transcurrido desde que se presentó en admisión hasta que fue atendida por el Médico.

Horas____ Minutos_____

9-¿Cuál fue la impresión diagnóstica inicial en Emergencia?

10- ¿Cuál fue el tratamiento y/o procedimiento inicial recibido?

- Antihipertensivos
- Anticonvulsivantes
- Antibióticos
- Oxitócicos

BIBLIOGRAFIA

1.-Mailman School of Public Health, Columbia University. Maternidad Segura
Evaluación de Necesidades en los Servicios de Emergencia Obstétrica.

Mailman School of Public Health, Columbia University

Pág. 8-15,170-210.

2.-Protocolo de Prevención y Manejo de la Hemorragia Post parto

Programa de Modernización Sector Salud, Hospital Alemán Nicaragüense.

Pág. 4-20.

3.-Ministerio de Salud de Nicaragua. Módulo Maternidad Segura I

Dirección General de Servicios de Salud

Pág. 14-21.

4.-Ministerio de Salud de Nicaragua. Módulo Maternidad Segura II

Dirección General de Servicios de Salud.

Pág. 32-34, 44-47.

5.-UNICEF. Un Análisis de las Muertes Ocurridas en Nicaragua en 1998.

UNICEF

Pág. 1-2.

6.-Organización Mundial de la Salud. Paquete Madre/Bebé: Implementando la maternidad segura en los países.

Salud Materna y Programa de Maternidad Segura, División de la Salud de la Familia. Pág. 31-45.

7.-Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Diciembre del 2006. Pág. 103-116, 169-186, 271-309.

8.-- Schwarcz Ricardo; Diverges Carlos; Díaz Ángel; Feseina Ricardo-Obstetricia-5ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo 2003. Pág. 268-270, 531-538.

9.-.- Sampieri Hernández Roberto; Collado Fernández Carlos; Lucio Baptista Pilar. Metodología de la Investigación-4ta. Ed. Mc Graw Hill. Pág. 408, 414, 425-432.

10. -- Pineda, Elia B, Alvarado Eva Luz. Metodología de la Investigación. 3ra Edición- OPS. Pág. 55, 59-63,70-71,80-89.

11.- Surós Antonio, Batlló Surós Juan. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 8ava. Edición Masson. Pág. 222-230,242-244.

~~12. -- ECUADOR.UNFPA.ORG/UNITED%20NATIONS%20POPULATION%20FUND%20-%20UNFPA_ARCHIVOS/ZIP/NORMAS_AMEU.PDF~~

~~13. -- WWW.MEDICOSNICAS.COM/CONTENT/VIEW/49/24/_ medicosnicas.com -~~
~~PROTOS Del Minsa vs. Código Penal.~~

14.-Manejo de Emergencias Obstétricas Ministerio de Salud del Perú.
micargo.iespana.es/minsa.pdf.

~~15. WWW.LIB.UTEXAS.EDU/BENSON/LAGOVDOCS/GUATEMALA/FEDERAL/PLANIFICACIONPROGRAMACION/INFORME ANUAL 2004.PDF.~~