

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA - LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD



REGION AUTÓNOMA ATLANTICO SUR



Tesis para optar a título de Doctor en Medicina y Cirugía General

***Complicaciones Obstétricas en el Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola del
Municipio Tortuguero-RAAS en el año 2007.***

Autores:

Br. Nimrod Flores
Br. Bismarck Hernández.

Tutor:

Dra. Yasmina Mayorga
Especialista en Ginecobstetricia
UNAN – LEÓN.
HEODRA

Asesor:

Dr. Abraham Mayorga Hernández.
Epidemiólogo RAAS.

RAAS, 2008

RESUMEN

Uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país es la mortalidad materna, causada por complicaciones obstétricas directas, a inicio del 2007 se habían registrado 43 muertes maternas en el país 2 de las cuales ocurrieron en el Municipio Tortuguero. El objetivo de nuestro estudio es determinar las complicaciones obstétricas; características sociodemográficas, antecedentes y manejo de las pacientes basados en estándares e indicadores de calidad el municipio Tortuguero año 2007. Este estudio fue realizado en el primer nivel de atención clasificado como estudio descriptivo de serie de casos, donde se analizaron 83 expedientes completos de pacientes con complicaciones obstétricas. Se utilizó ficha de recolección de información basada en la HCPB y el instrumento de monitoreo de las complicaciones obstétricas. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 12.0.1 y los resultados se expresaron en tablas con números enteros y porcentajes. Las edades de las pacientes estudiadas se encontraban entre 20-35 años (57.8%), procedentes de la zona rural (81.9%), el 61.4% de las pacientes no tenían estudios realizados. Las pacientes en más del 90% no presentaron antecedentes personales ni familiares, 71% eran primigestas y multigestas. La principal complicación obstétrica fue el SHG en el 33.7% de los casos. El 51.8% cumplió con el manejo según las normas y protocolos del MINSA y en su mayoría fueron atendidas por médicos en servicio social.

Palabras claves: Complicación Obstétricas Tortuguero.

DEDICATORIA

DIOS por prestarnos la vida y las fuerzas para lograr nuestras metas propuestas.

Nimrod Flores:

A mi esposa Silvia por su amor, su comprensión y su luz en mi vida.

A mis hijos Bryan, Yaretzi y Nahara fuente de inspiración para seguir superándome.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional.

Bismarck Hernández:

A mi madre Juana Hernández por darme la educación y las ganas de superación en mi vida.

A mis abuelitas: Consuelo Paiz y Julia Romero, ejemplo de mi vida y amor de mis amores.

A mis tías y tíos que me apoyaron en todos mis estudios y fueron fuente de inspiración para concluir mi carrera.

AGRADECIMIENTO

La elaboración de nuestro estudio no fuese sido posible sin la ayuda de personas e instituciones que nos brindaron el apoyo.

Agradecemos especialmente a:

A las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas las que fueron base de nuestro estudio.

Dra. Yasmina Mayorga, especialista en Ginecobstetricia, docente de la UNAN-León, por brindarnos su apoyo como tutora de nuestro trabajo investigativo.

Dr. Abraham Mayorga, Epidemiólogo Región Autónoma del Atlántico Sur, quien nos asesoró en el área metodológica de nuestro estudio.

Dra. María Dolores Benavides, profesora titular de Ginecobstetricia quien contribuyó en el mejoramiento de nuestro trabajo investigativo.

SILAIS de la Región Autónoma del Atlántico Sur, quienes nos dieron la oportunidad de realizar el estudio.

Centro de investigación en Demografía y Salud (CIDS) UNAN – LEON, quienes nos brindaron las herramientas para realizar el análisis de la información encontrada, en especial a la **Dra. Eliett Balladares** (Ginecobstetra) directora de la institución.

LISTA DE SIGLAS

RAAS: Región Autónoma del Atlántico Sur.
SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud.
AIMNA: Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
CIDS: Centro de investigación en Demografía y Salud.
MINSA: Ministerio de Salud.
CPN: Control Prenatal.
INETER: Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales.
FISE: Fondo De Inversión Social De Emergencia.
CID: Coagulación Intravascular Diseminada.
ITS: Infección de Transmisión Sexual.
AMEU: Aspiración Manual Endouterina.
UI: Unidades Internacionales.
IM: Intramuscular.
IV: Intravenoso.
SSN: Solución Salina Normal.
DPPNI: Desprendimiento prematuro de Placenta Normoinserta.
SHG: Síndrome Hipertensivo Gestacional.
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
RPM: Rotura Prematura De Membranas.
BHC: Biometría Hemática Completa.
FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal.
DIU: Dispositivo Intrauterino.
LUI: Lgrado Uterino Instrumental.
HCPB: Historia Clínica Perinatal Base.
HTA: Hipertensión Arterial.
HTAC: Hipertensión Arterial Crónica.
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
Tb: Tuberculosis.
PG: Primigesta.
BG: Bigesta.
TG: Trigesta.
MG: Multigesta.
GMG: Gran Multigesta.
C/S: Centro de Salud.
MSS: Médico en Servicio Social.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
Dedicatoria -----	x
Agradecimiento-----	xx
Lista de siglas -----	xxx
Introducción -----	7
Antecedentes -----	9
Planteamiento del problema -----	10
Justificación -----	11
Objetivos-----	12
Marco Teórico -----	13
Diseño metodológico -----	53
Resultados -----	60
Discusión -----	63
Conclusión -----	66
Recomendaciones -----	67
Referencias Bibliográficas-----	68
Anexos -----	69

INTRODUCCIÓN

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública, durante las últimas décadas se han reducido las cifras de este problema pasando desde una tasa de 159 en el año 1989 a 119 x 100.00 nacidos vivos en el año 2005¹. Sin embargo mueren anualmente un promedio de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir un importante subregistro de casos, que se calcula en un 30%, la mayoría de estas muertes por complicaciones obstétricas.

Los centros de salud y hospitales están concentrados, en su mayoría en zonas urbanas del país, dejando desprotegidas a la población rural y por ende la paciente embarazada tiene mayor riesgo de morir por una complicación obstétrica; más del 70% de las muertes maternas ocurridas en el país provienen de áreas rurales y casi la mitad de las mujeres tienen de 20 a 34 años de edad¹. Los principales departamentos afectados son la Región Autónoma Atlántica Norte, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa y Chontales, sin embargo en la Región Autónoma Atlántica Sur se dan un número importante de complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto. Las muertes maternas que ocurrieron entre el año 2004-2007 en su mayoría se dieron en hospitales públicos y domicilio¹.

La mayor parte de muertes ocurren en el posparto por causas obstétricas directas y de ellas las principales patologías son la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis y el aborto. En el año 2007 hasta la semana epidemiológica 20 más del 50% de las muertes ocurrieron en el puerperio¹.

Las complicaciones obstétricas producen además de las muertes maternas, muertes perinatales, las cuales representan el 11,5% de la mortalidad general del país, más de la mitad de todas las muertes infantiles en menores de 5 años, y es una de las cinco primeras causas de muerte en toda la población. La tasa se ha mantenido persistentemente alta en los últimos 30 años aumentando 9% en la última década, de 67,2 en 1995, a 73.96 x 1.000 nacidos vivos en el año 2002¹.

Las principales causas de muerte perinatal en Nicaragua están relacionadas con las complicaciones obstétricas, y la baja calidad de los cuidados básicos al recién nacido asociadas con hipoxia y asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, e infecciones², de ahí el interés de realizar un manejo adecuado de estas complicaciones para reducir en gran manera estas muertes perinatales.

Las cifras son alarmantes pero contribuyen al mejoramiento de los servicios de salud y de la atención médica en los servicios públicos y privados:

Según el MINSA de:

- 380 mujeres se embarazan

- 190 mujeres enfrentan un embarazo no planeado
- 110 mujeres experimentan una complicación por el embarazo
- 40 mujeres tienen un aborto inseguro
- 1 mujer muere de una complicación relacionada con un embarazo, parto o puerperio.

El mejoramiento en los servicios de salud es lento pero los esfuerzos por una mejor atención a la mujer embarazada siguen aumentando en los últimos años sin embargo de 1992-2006 la tendencia de casos de mortalidad materna obstétrica y no obstétrica se ha mantenido por encima de 100 casos por año¹.

En el año 2007 hasta la semana epidemiológica no. 20 ya se habían registrado 43 muertes maternas en el país, de estas 5 ocurrieron en la RAAS¹, 2 de ellas en el municipio el Tortuguero.

Un factor importante para el manejo de la mujer embarazada, es el acceso a los servicios de salud para su atención inmediata, sin embargo, en la RAAS solo el 40% de la población tarda menos de 30 minutos en llegar a una unidad de salud, en el municipio el tortuguero aproximadamente más de 60% tarda más de 3 horas. De enero de 2004-mayo 2007 más del 70% de las muertes maternas procedían de zonas rurales¹. La Región Atlántica la cual en su mayoría es una zona rural ocupa el segundo lugar en muertes maternas desde el año 2004-2007.

A pesar de los múltiples esfuerzos del personal de salud y del sistema de salud, los casos de muerte materna desde el año 2004-2007 han venido en aumento en la región.

Hasta la semana 20 del año 2007 las muertes maternas ocurrieron en su mayoría por complicaciones obstétricas directas, de estas la eclampsia y la retención placentaria ocuparon el mayor número de casos¹.

Es importante destacar que el control del embarazo es un factor importante para prevenir las muertes maternas e identificar las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la gestante ya que de las 43 muertes maternas del 2007, 29 recibieron CPN y en su mayoría recibió un único control¹.

Las condiciones que pueden llevar a muerte materna son muchas, entre las cuales está la deficiencia de conocimiento y habilidades en el manejo de las complicaciones obstétricas que llevan a muerte o discapacidad materna.

Estas cifras nos impulsan a dar seguimiento al manejo que se da a las pacientes con alguna complicación obstétrica, basados en el estudio de casos registrados en el centro de salud Miguel Ángel Plazaola, del Municipio Tortuguero y que fueron manejados por el personal de salud en primer nivel de atención. Además es un municipio en el cual la población es predominantemente rural y solo se cuenta con un centro de salud y un puesto de salud que presta atención a toda la población del municipio con escasos recursos materiales y poco personal de salud.

ANTECEDENTES

No existen estudios ni investigaciones acerca de la valoración de los estándares e indicadores de calidad de la atención de la embarazada en pacientes con complicaciones obstétricas. Nuestro estudio es el primero que se realiza en la Región Autónoma del Atlántico Sur.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y su manejo basado en estándares e indicador de calidad, en las mujeres atendidas en el municipio Tortuguero del 2007?

JUSTIFICACIÓN

Las prioridades del MINSA en el país han sido la niñez y la mujer ya que ambas están relacionadas con el crecimiento de la población, la productividad y el desarrollo mismo, un punto importante en esto es el manejo del embarazo, parto y puerperio en el primer nivel de atención, en especial en la Regiones Autónomas del Atlántico nicaragüense donde el acceso a estos servicios es muy limitado tanto por los insumos médicos, el personal de salud, así como los medios de transporte, clima y lejanía de las comunidades como las existentes en el municipio El Tortuguero.

Las complicaciones obstétricas se relacionan íntimamente con el número de muertes maternas que suceden en el país, muchas de ellas relacionadas con el manejo de las mismas en estas condiciones limitadas, de ahí la importancia de un estudio el cual valore las características de las pacientes, sus antecedentes y el cumplimiento en el manejo basado en los estándares de calidad, normas y protocolos del MINSA en este municipio en el año 2007 y que ayude a mejorar la calidad y calidez de atención brindada a esta población tan vulnerable.

Los resultados obtenidos en este estudio nos brindan conocimientos sobre las faltas cometidas y el buen o mal uso de los recursos existentes en la zona para el manejo de las complicaciones obstétricas así como también identificar las complicaciones mas comunes e incidir en la prevención de estas y la reducción de la mortalidad materna, ya que en el municipio se han registrado 3 muertes maternas en el año 2007 según los registros existentes en el Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola del Municipio el Tortuguero, sin contar con los casos no registrados en el sistema.

OBJETIVOS

General

Determinar las complicaciones obstétricas y el cumplimiento de estándares e indicadores de calidad de atención en el Centro de Salud Miguel Ángel Plazaola del Municipio Tortuguero-RAAS en el periodo comprendido Enero-Diciembre del 2007.

Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con complicaciones Obstétricas.
2. Describir los antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos en las mujeres en estudio.
3. Determinar los tipos de complicaciones obstétricas en las mujeres en estudio.
4. Determinar cumplimiento en el manejo de las complicaciones obstétricas según los estándares e indicadores de calidad, normas y protocolos del MINSA.

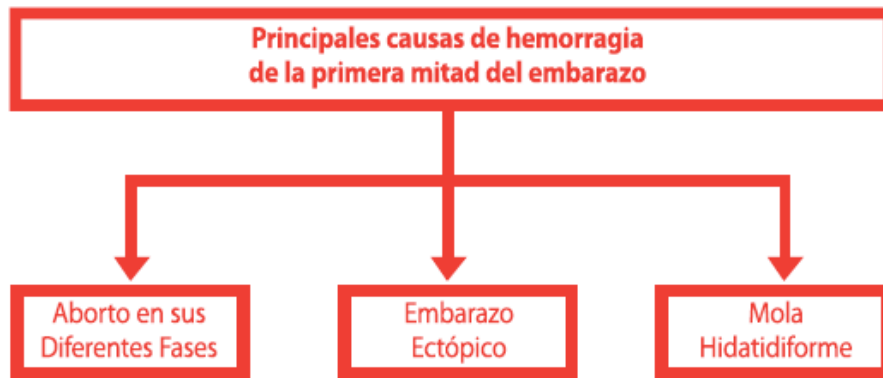
MARCO TEÓRICO

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS^{5, 6}

1. Hemorragias de la primera mitad del embarazo:

Es una de las principales complicaciones que se presentan durante el embarazo y constituye la causa básica en más del 50% de los casos de muerte materna, es la consecuencia de una pérdida de sangre excesiva a partir del lugar de la implantación de la placenta, o del traumatismo del tracto genital y de las estructuras adyacentes.

El sangrado de la primera mitad del embarazo es aquel que se presenta antes de las 20 semanas de gestación, las principales consecuencias pueden ser anemia aguda, hipotensión, Shock hipovolémico, Shock séptico, CID, muerte materna.



El manejo general comprenderá:

1. Realizar una evaluación rápida del estado de la mujer, incluyendo signos vitales.
2. Evaluar el estado hemodinámico e iniciar tratamiento de inmediato, a fin de prevenir el shock, si el síntoma principal es el sangrado.
3. Considerar la posibilidad de aborto en sus diferentes fases o embarazo ectópico, si manifiesta retraso menstrual, presenta sangrado transvaginal y dolor cólico en hipogastrio.
4. Investigar embarazo ectópico roto si acude en estado de shock
5. Contemplar la posibilidad de lesiones uterinas o intestinales, infección, sepsis y aborto realizado en condiciones inseguras si presenta dolor, distensión abdominal, signos de irritación peritoneal.

1.1. Aborto:

Se calcula que el 10% de los embarazos terminarán en aborto. En el 50% de estos hay imperfecciones del huevo (huevo abortivo), en el 35% la causa de la

interrupción es hormonal, mientras que el 15% restante puede imputarse a otras etiologías.

Debe recordarse que la condición de salud de la mujer que presenta un aborto está determinada por la causa que lo origina y la atención oportuna que se le brinde, por ello cuando se induce en condiciones de riesgo, las frecuentes complicaciones que se producen como la perforación uterina e intestinal y el shock bacteriano incrementan la morbilidad y mortalidad materna.

Definición

Es la interrupción del embarazo por cualquier causa antes de las 20 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación, y/o el producto de la concepción tenga un peso menor de 500 gramos.

Etiología

- Ovulares (representan el 70 % de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).
- Maternas orgánicas (Tuberculosis, Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas, Infecciones pélvicas - génito urinarias, Desgarros cervicales).
- Funcionales (Endocrinopatías: Diabetes, Hipertiroidismo, Cuerpo lúteo insuficiente).
- Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- Psicodinámicas: Stress extremo, Psicosis.
- Tóxicos: Intoxicación con Plomo, Mercurio, Alcoholismo.
- Carencial: Hipovitaminosis, Anemia, Mala nutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos.
- Social: violencia, violación, falla del método anticonceptivo, embarazo no planificado, rechazo del embarazo.

Clasificación

El cuadro clínico de esta patología puede ser muy variado y se caracteriza por procesos dinámicos rápidamente cambiantes:

- Amenaza de aborto.
- Aborto inminente o en curso.
- Aborto inevitable.
- Aborto diferido o Huevo muerto y retenido.
- Aborto incompleto.
- Aborto completo.
- Aborto séptico.

Tratamiento Médico:

Criterios generales de manejo.

- Reposo en cama en todos los casos.
- Si hay sangrado transvaginal activo canalizar con bránula No 16 o de mayor calibre y Solución salina o Ringer.
- Determinar vitalidad fetal con ultrasonido.

- Evacuación uterina en caso de comprobar pérdida de la vitalidad fetal.
- Antibióticos si existen signos y síntomas de infección.

a) Amenaza de aborto

Primer Nivel de Atención.

Manejo ambulatorio.

Explicar a la paciente su problema y los riesgos que tiene. Instruirla acerca de la necesidad de su colaboración y la importancia de acudir a la unidad de salud en caso de persistencia o agravamiento de su sintomatología:

- Reposo en cama.
- Evitar relaciones sexuales.
- Tratar patología de base (infección de vías urinarias, ITS y otras patologías).
- Evaluar vitalidad ovular y/o fetal (prueba de embarazo, ultrasonido e interconsulta en unidades de mayor resolución).
- Establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar.
- Si cede el sangrado y el dolor continuar manejo ambulatorio.
- Si persiste o se agrava el sangrado y el dolor o si la mujer cursa con más de 48 horas con dicha sintomatología en la unidad de salud, se recomienda referir a una unidad con capacidad resolutive.

Manejo en unidad de salud con capacidad resolutive

- Reposo absoluto en cama.
- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, examen general de orina, grupo y Rh. solicite donantes al familiar y preparar sangre si se requiere, determinación de gonadotropina coriónica.
- Investigar vitalidad del producto: ultrasonografía (según disponibilidad del medio o la interconsulta correspondiente)
- Tratar patología de base.
- Si hay remisión de los síntomas y hay vitalidad del producto, brinde consejería y alta.

No administre medicamentos como:

Hormonas: estrógenos o progesteronas

Ansiolíticos, sedantes: Benzodíacepinas, Fenobarbital.

Agentes tocolíticos: Fenoterol, Ritodrina, Salbutamol, Indometacina ya que no mejorarán el cuadro clínico de la amenaza de aborto y oculta los casos de huevos muertos retenidos.

Otras Formas clínicas del Aborto:

b) Aborto inminente o en curso.

c) Aborto inevitable.

d) Aborto diferido o huevo muerto retenido.

e) Aborto incompleto.

Primer Nivel de Atención

Ya sea de la comunidad o del puesto de salud referirla a la unidad con capacidad resolutive

Manejo en unidad de salud con capacidad resolutive.

- Ingreso a la unidad de salud.
- Realizar exámenes de laboratorio: Biometría Hemática Completa, examen general de orina, grupo y Rh, preparar sangre y organice donantes si se requiere.
- Canalizar con bránula No 16 o mayor calibre disponible.
- Administrar Solución Salina Normal: paciente estable 1000 ml en 6 hrs. La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado, a fin de mantener el equilibrio hemodinámico.
- Investigar vitalidad del ovular y/o fetal: ultrasonido (según disponibilidad del medio o la interconsulta correspondiente).
- Administrar dT según esquema de vacunación.
- Administrar antibióticos profilácticos en la atención del aborto en el primero y segundo trimestre del embarazo: Cefazolina 1gramo intravenoso, dosis única.
- Tratar patología de base.

Si el embarazo es menor de 12 semanas:

Disponer para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante Aspiración Manual Endouterina; la evacuación por curetaje o legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina al 0.9% a 40 gotas por minuto y modificar según respuesta Administrarla tanto para disminuir sangrado y evacuar contenido uterino como para brindar seguridad al momento de la aspiración endouterina o legrado.

Alternativa:

Misoprostol 400 mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario (Este medicamento es de uso hospitalario) y prepararse para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante Aspiración Manual Endouterina.

Si el embarazo es mayor de 12 semanas:

Procure la expulsión espontánea del producto de la concepción y posteriormente haga limpieza de la cavidad uterina.

Si fuese necesario infunda oxitocina, 40 UI en 1000 ml, de Solución Salina Normal o Ringer, iniciando a 40 gotas por minuto.

Modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto.

En embarazo de 12 a 15 semanas indicar Misoprostol 400 mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.

En embarazo mayor de 16 semanas indicar Misoprostol 200 mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario. Este medicamento es de uso hospitalario.

Después de la expulsión del producto y restos ovulares practicar de preferencia Aspiración Manual Endouterina (AMEU), si no, legrado uterino instrumental.

Si existe riesgo o evidencia de sepsis tratar como aborto séptico

f) Aborto completo

Si por ultrasonido se comprueba ausencia de restos en cavidad uterina, no se requiere realizar legrado. Si existen dudas, realizar Aspiración Manual Endo Uterina para comprobar la limpieza total del útero.

g) Aborto séptico

Administre antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 hrs. Utilice cualquiera de las dos opciones:

Dosis inicial o de carga (1ra dosis):

Ampicilina 4 gr. IV o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV.

Dosis de mantenimiento:

Ampicilina 2 gms IV cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 o 6 horas.

Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg IV cada 12 horas o 160 mg IV diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60 Kg., administrar 1.5 mg por Kg de peso cada 12 horas).

Si se sospecha anaerobios, agregar Metronidazol: Dosis de carga: 1gm intravenoso. Dosis de mantenimiento: 500 mg IV cada 8 horas ó Clindamicina 900 mg IV c/8 horas o Cloranfenicol 1gm IV cada 6 horas (12.5 mg/Kg. de peso IV c/6 hrs).

Administrar dosis de mantenimiento hasta que remitan signos y síntomas de sepsis y según evolución y criterios clínicos cambiar antibióticos: Amoxicilina cápsula 1 gramo vía oral cada 6 horas y Gentamicina IM hasta completar siete días.

Si el embarazo es menor de 12 semanas

Después de ocho horas de iniciada la antibiótico terapia, disponerse para la evacuación del útero mediante Aspiración Manual Endouterina; la evacuación por curetaje o legrado instrumental solo debe realizarse si no está disponible la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Si la evacuación no es posible de inmediato y hay sangrado:

Oxitocina, 20 UI en 500 ml de solución salina al 0.9% a 40 gotas por minuto y modificar según respuesta Administrarla tanto para disminuir sangrado y evacuar contenido uterino como para brindar seguridad al momento de aspiración endouterina o legrado.

Alternativa:

Misoprostol 400 mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario (Este medicamento es de uso hospitalario) y prepararse para la evacuación del útero lo más pronto posible mediante Aspiración Manual Endouterina.

Si el embarazo es mayor de 12 semanas.

Evacue el útero con oxitocina 40 UI en 1000 cc de SSN o Ringer a 40 gotas por minuto. Modificar la concentración según respuesta hasta lograr la expulsión del producto y posteriormente proceda a realizar Aspiración Manual Endouterina de preferencia, si no, legrado uterino instrumental.

Alternativa:

En embarazo de 12 a 15 semanas indicar Misoprostol 400 mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario.

En embarazo mayor de 16 semanas indicar Misoprostol 200mcg, vía oral, repitiendo una dosis a las 4 horas si se considera necesario. Este medicamento es de uso hospitalario (Si se usa oxitocina o Misoprostol no se deben administrar juntos).

Después de la expulsión del producto y restos ovulares practicar de preferencia AMEU, si no, legrado uterino instrumental.

Si a pesar del procedimiento persiste la subinvolución uterina, la existencia de material serosanguinolento transvaginal o persistencia y agravamiento del cuadro infeccioso, practicar legrado uterino instrumental para evacuar útero y eliminar la cantidad de tejido endometrial séptico.

Condiciones para practicar legrado uterino en caso séptico:

Realizarlo después de 8 horas de iniciada la Antibioticoterapia

Paciente estabilizada hemodinámicamente.

Contraindicaciones del uso de misoprostol

El uso de misoprostol está especialmente indicado para evacuar un feto muerto y retenido en el segundo trimestre del embarazo (13-28 semanas).⁶

El peligro del uso de este fármaco es: la rotura uterina por hipertonía, náuseas, vómitos y diarreas; además se han recibido informes anecdóticos sobre anomalías congénitas y muertes fetales a raíz del mal uso de misoprostol, no se debe administrar en personas con hipersensibilidad conocida a este u otras prostaglandinas.⁷

1.2. Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico es un evento que constituye una emergencia obstétrica dada la gravedad y el riesgo para la vida de la mujer por el sangrado intraabdominal que se presenta que no es cuantificable clínicamente. Los primeros signos y síntomas por los que la usuaria consulta son el dolor intenso y las manifestaciones de Shock.

El embarazo ectópico es la segunda causa de hemorragia en la primera mitad del embarazo con una frecuencia mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas. En general, se presenta una vez cada 100 a 200 nacidos vivos. La etiopatogenia indica que la fecundación del óvulo se produce normalmente en la trompa del útero. Como consecuencia de ello cualquier proceso que impida o retarde el pasaje del huevo a la cavidad uterina será capaz de constituirse en factor etiológico de un embarazo tubario.

Las complicaciones mas frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubario y la rotura de la trompa de Falopio y pueden dar lugar a una importante hemorragia interna con todos los síntomas que se asocian a la misma (hipotensión, palidez etc.) e intenso dolor abdominal.

Definición

Embarazo ectópico es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

Etiología

Esta complicación se produce cuando hay obstáculos para la migración del huevo fecundado hacia la cavidad uterina, o alteraciones para su implantación.

Clasificación:

Por su comportamiento clínico:

- Ectópico Conservado o no Roto.
- Ectópico Roto.

Por su ubicación:

- Tubárica.
- Tubo-ovárica.
- Ovárico.
- Abdominal.
- Cervical.

El lugar más frecuente de implantación es la trompa uterina (95%) de esta la más frecuente es en la ampolla (75%), posiblemente por ser el sitio donde ocurre la fecundación. Otras localizaciones: ovárica y abdominal 2.51%; más raro el ectópico cervical 0.07- 0.1%.

Tratamiento Médico:

Primer Nivel de Atención

Si se sospecha clínicamente de embarazo ectópico, asegurar las condiciones para traslado de la paciente a un hospital (ver Pág. 44) y que ésta llegue en óptimas condiciones para ser intervenida quirúrgicamente, por la gravedad del caso el recurso que acompañe a la paciente durante el traslado debe ser un médico.

2. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:

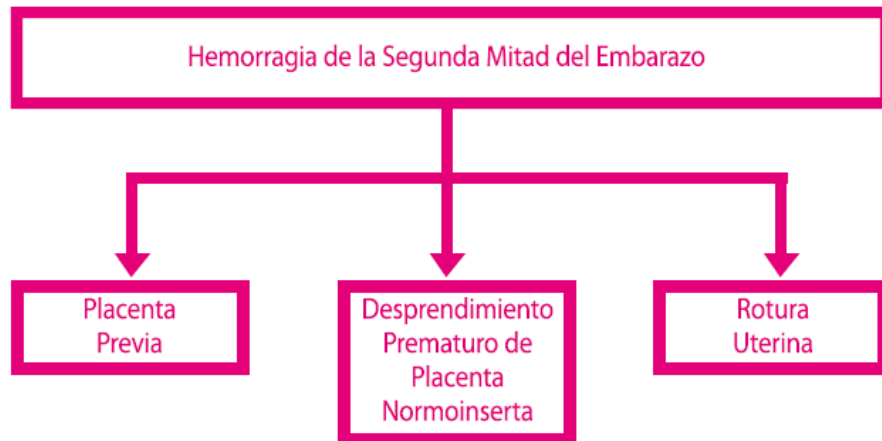
En el país la mortalidad materna ha experimentado una disminución significativa en la última década, en el año 2004 la razón de mortalidad materna fue de 83.4, mostrando un descenso en relación al año 1996 que fue de 125 X 100.000 Nacidos Vivos Registrados.

Sin embargo este indicador no se ha reducido en la misma proporción y velocidad en los grupos de mayor pobreza lo cual se refleja en las diferentes razones de defunción materna que se registra en los SILAIS del país.

La pobreza es el factor mas importante entre los determinantes de la salud de la población nicaragüense, de hecho cuando se analizan problemas de salud como la mortalidad materna, se identifica que la probabilidad de la ocurrencia de dicho problema, es más alta en los grupos de población con menor capacidad de consumo.

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 destaca la hemorragia la cual constituye el 52% de las muertes maternas por causa obstétricas directas.



En el 2 - 4 % de los embarazos se produce sangrado genital, durante la segunda mitad de la gestación, que motiva consulta.

El diagnóstico es, en una primera etapa, fundamentalmente clínico, debiendo en ocasiones adoptar conductas de manejo en base a esta impresión; secundariamente se apoya en la ultrasonografía.

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo desde el punto de vista materno constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad y desde el punto de vista fetal se asocia a prematuridad (con toda la secuela de morbilidad asociada a tal situación), sufrimiento fetal agudo, asfixia, siendo además causa de muerte.

Las principales causas de esta complicación lo constituyen la Placenta Previa en el 1% de partos, el Desprendimiento prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI) con un 0.8% y la Rotura Uterina con un 0.2% del total de los partos ocurridos.

La Placenta Previa constituye la primera causa de hemorragia del tercer trimestre, aparece en 1/125 - 1/250 gestaciones y las recidivas en posteriores embarazos son del 1 - 3%. Las diferencias geográficas en cuanto a incidencia son muy escasas, las variaciones de unas y otras cifras depende más de los medios de diagnóstico. La segunda causa de hemorragia del tercer trimestre es el Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta, las formas graves se encuentran en 1/1000 de todos los partos, pero formas subclínicas quizás sean mucho más frecuentes, encontrándose en 1/100 gestaciones. El riesgo de recurrencia aumenta hasta 10 veces en sucesivos embarazos. Otras causas son la Rotura Uterina y la Rotura del seno marginal de la placenta.

Definición:

Sangrado vaginal acompañado o no de dolor en una gestante con más de 22 semanas de gestación.

2.1 Placenta Previa:

Etiología:

Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, lo que provoca que el huevo fecundado se implante en la parte baja del útero. Capacidad de fijación del endometrio disminuida por procesos infecciosos en zonas superiores del útero.

Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos como cesárea y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

2.2 Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta:

Etiología:

Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio ínterveloso (Preeclampsia).

Traumatismos directos e indirectos sobre el abdomen como violencia contra la mujer, en el contragolpe de la caída de nalgas, accidente automovilístico. Traumatismos internos (versión interna). Falta de paralelismo entre la retracción de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca del polihidramnios y otras causas de origen indeterminado.

2.3 Rotura Uterina:

Etiología:

Naturales: Caídas, contusión directa sobre el abdomen.

Provocados: latrogénia (perforación por legra, fórceps alto, alumbramiento artificial de la placenta acreta, maniobra de Cristeller modificado, uso inadecuado de oxitócicos, misoprostol).

Parto obstruido: estreches pélvica, atresia vaginal, macrosomía fetal, situación transversa.

Antecedentes de cirugía previa al embarazo: Cesárea, miomectomía, escisión de tabique uterino, manipulación durante la atención del parto (versiones externas).

Tratamiento Médico:

En la comunidad, en el puesto o el centro de salud, ante la presencia de hemorragia transvaginal en una gestante con más de 22 semanas ésta deberá ser referida a la unidad con capacidad resolutive.

Placenta previa:

Independientemente de las semanas de gestación y de la magnitud del sangrado se deberá referir a la mujer al segundo nivel de atención para su manejo y tratamiento.

Además de las condiciones generales de referencia (ver Pág. 44) se deberá cumplir con las siguientes recomendaciones:

Reposo absoluto en cama.

Maduración pulmonar: desde las 24 a las 34 semanas con Dexametasona 6 mg. IM, cada 12 por cuatro dosis.

No realice tacto vaginal

Durante el traslado, mantenga la vía intravenosa permeable y en posición de Trendelenburg, que puede modificarse decúbito lateral izquierdo, sobre todo si el feto esta vivo.

Buscar donadores para preparar sangre.

Rotura uterina

Manejo en el Primer Nivel de Atención

De la comunidad o ya sea del puesto o centro de salud referirla a la unidad con capacidad resolutive.

Durante el traslado, mantenga la vía intravenosa permeable y a la paciente en decúbito lateral izquierdo, sobre todo si el feto esta vivo.

Buscar donadores para preparar sangre, si es necesario transfundir.

Criterios de Referencia:

Placenta Previa:

Toda mujer con embarazo mayor de 22 semanas y sangrado transvaginal.

Toda embarazada a la que se le ha realizado diagnóstico clínico ó por ultrasonido de placenta previa.

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta:

Toda mujer con embarazo mayor de 22 semanas, dolor intenso en hipogastrio y presencia o no de sangrado transvaginal.

Toda embarazada a la que se le ha realizado diagnóstico clínico ó por ultrasonido de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI).

Rotura Uterina:

Toda mujer con embarazo mayor de 22 semanas, dolor intenso en hipogastrio y presencia o no de sangrado transvaginal.

Toda embarazada a la que se le ha realizado diagnóstico clínico de rotura uterina.

3. Síndrome Hipertensivo Gestacional:

El embarazo puede producir hipertensión en mujeres previamente normotensas o agravarla en mujeres que ya son hipertensas. El edema generalizado, la proteinuria o ambos acompañan a menudo la hipertensión inducida o agravada por el embarazo. Pueden aparecer convulsiones como consecuencia del estado hipertensivo, especialmente en mujeres cuya hipertensión se ignora.

Los trastornos por hipertensión durante el embarazo constituyen una complicación de la gestación ya que afecta al 5 - 10% de las embarazadas y es responsable, de un elevado número de muertes maternas, en el país es la segunda causa de

mortalidad materna y es además una causa importante de mortalidad perinatal y de grave morbilidad.

La forma en que se produce, se agrava la enfermedad y sus complicaciones son interrogantes que siguen sin respuestas a pesar de las intensas investigaciones que se han desarrollado durante décadas. Este trastorno constituye uno de los más importantes problemas pendientes de solución en obstetricia.

El Síndrome Hipertensivo Gestacional se presenta durante el embarazo, el parto y el puerperio, los síntomas como hipertensión arterial y proteinuria, determinan su diagnóstico y clasificación. Cuando se acompaña de cefalea, visión borrosa, oliguria, hiperreflexia, epigastralgia e incrementos mayores de la presión arterial, el cuadro es más grave y puede llegar a presentar convulsiones y coma.

Puede ser producida por una Hipertensión Arterial crónica que es agravada durante el embarazo; por una Hipertensión que aparece durante el embarazo o que es inducida por el embarazo con acompañamiento de los síntomas mencionados.

La Preeclampsia y Eclampsia son particulares de la mujer embarazada o puérpera, la intensidad de su sintomatología condiciona la gravedad, hechos que llevan a tener altas tasas de mortalidad Materna y Perinatal.

La magnitud de los síntomas determina la precisión diagnóstica de Preeclampsia moderada o grave y Eclampsia. En el 10% de las eclampsias puede presentarse el "Síndrome de HELLP," es la etapa más grave de esta patología. Puede presentarse también en la preeclampsia grave y en ambos casos puede llevar a la muerte materna.

La presión diastólica por si sola es un indicador exacto de la Hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la Proteinuria, definen la Preeclampsia y las convulsiones la Eclampsia.

Definición:

Es el aumento en la tensión 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^{2, 3 4} y en algunos casos convulsión o coma.

Etiología:

La Etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con la Preeclampsia,- Eclampsia.

Algunas alteraciones renales.

Isquemia útero placentaria.

Factores inmunológicos como: Incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportados por 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.

Clasificación:

- a. Hipertensión Crónica.
- b. Hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada.
- c. Hipertensión inducida por el embarazo.
- d. Preeclampsia la cual puede ser:
 - Moderada.
 - Grave.
- e. Eclampsia.

Tratamiento médico:

Manejo 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 Hg.
- 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 asintomática.
- No presencia de edema patológico.(edema en partes no declive, o incremento de peso mayor de 2kg al mes.)
- Exámenes: ultrasonido obstétrico y repetir exámenes básicos según necesidad.

c. Evaluación fetal.

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

d. Finalizar el embarazo a las 37 semanas cumplidas (37 semanas 6/7). En la unidad de salud según las condiciones obstétricas dejar evolucionar de forma espontánea o se induce el trabajo de parto. Si hay aumento de la presión arterial y la proteinuria respecto a los valores iniciales, sobre peso, edema generalizado, edema en partes no declives, aparecen acúfenos, fosfenos, escotomas, hiperreflexia: hospitalizar y tratar en forma similar a

Preeclampsia Grave y Eclampsia:

No administre diuréticos, los diuréticos son perjudiciales y su única indicación de uso es la preeclampsia con edema pulmonar o la insuficiencia cardíaca congestiva.

Manejo de la preeclampsia grave y la eclampsia:

Iniciar manejo en la unidad de salud en donde se estableció el diagnóstico (Primero o Segundo Nivel de Atención).

La preeclampsia grave y la eclampsia se deben manejar intrahospitalariamente y de manera similar, salvo que en la eclampsia el nacimiento debe producirse dentro de las doce horas que siguen a la aparición de las convulsiones.

En caso de presentarse la Preeclampsia grave o la Eclampsia en la comunidad o una unidad de salud del Primer Nivel de Atención se deberá referir a la unidad hospitalaria con capacidad resolutoria más cercana. Las condiciones para la referencia enfatizar en las siguientes acciones:

- Mantener vías aéreas permeables.
- Brinde condiciones a fin de prevenir traumas y mordedura de la lengua en caso de convulsiones.
- Administrar tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante.
- La paciente deberá ser acompañada de un recurso de salud que pueda atender el caso.
- Si no puede trasladarla maneje en la misma forma que intrahospitalariamente.

Atención en el Segundo Nivel de Atención:

- a. Ingreso a unidad de cuidados intermedios o intensivos.
- b. Coloque bránula 16 o de mayor calibre y administre solución Salina o Ringer IV a fin de estabilizar hemodinámicamente.
- c. Cateterice vejiga con sonda Foley No 18 para medir la producción de orina y la proteinuria. La diuresis no debe estar por debajo de 25 ml /hora.
- d. Monitoree la cantidad de líquidos administrado mediante una gráfica estricta del balance de líquidos y la producción de orina. Si la producción de orina es menor de 30 ml por hora, restrinja el Sulfato de Magnesio e infunda líquidos IV a razón de un litro para ocho horas.
- d. Vigile los signos vitales, reflejos y la frecuencia cardíaca fetal cada hora.
- e. Mantener vías aéreas permeables.
- f. Ausculte las bases de pulmones cada hora para detectar estertores que indiquen edema pulmonar, de escucharse estertores restrinja los líquidos y administre furosemida 40 mg IV una sola dosis.
- g. Realice biometría hemática completa, examen general de orina, proteinuria con cinta, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, recuento de plaquetas, glucosa, creatinina, ácido úrico.
- h. Si no se dispone de pruebas de coagulación, evalúe utilizando la prueba de formación del coágulo junto a la cama.

i. Oxígeno a 4 litros por minuto por catéter nasal y a 6 litros por minuto con máscara.

j. Vigilar signos y síntomas de inminencia de eclampsia: Hoja neurológica (signos de peligro), incluyendo la vigilancia estrecha de signos de intoxicación por Sulfato de Magnesio.

k. Tratamiento antihipertensivo:

Si la presión diastólica se mantiene en o por encima de los 110 mm de Hg, administre medicamentos antihipertensivos y reduzca la presión diastólica 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:

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. Si la respuesta con Labetalol es inadecuada, (la PA diastólica se mantiene en o encima de 110 mm / Hg) después de 10 minutos, administre Labetalol 20 mg IV y aumente la dosis a 40 mg y luego a 80 mg después 10 minutos de administrada cada dosis si no se obtiene una respuesta satisfactoria.

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.

l. Tratamiento Anticonvulsivante:

La paciente Ecláptica debe manejarse preferiblemente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A fin de prevenir y evitar traumas y mordedura de la lengua se debe sujetar adecuadamente evitando la inmovilización absoluta y la violencia.

Mantener vías aéreas permeables, aspirar secreciones oro faríngeas.

Oxígeno por cánula nasal o máscara facial 4 – 6 litros por minuto.

Canalizar con bránula No 16 o de mayor calibre (dos vías) y Solución Salina o Ringer.

Iniciar o continuar tratamiento con sulfato de magnesio (fármaco de elección).

Prevenir y tratar las convulsiones con sulfato de magnesio:

Utilizar el esquema de Zuspan (ver cuadro siguiente)

Tratamiento con sulfato de magnesio

REGIMEN	DOSIS DE CARGA	DOSIS DE MANTENIMIENTO
ZUSPAN	4 gramos de Sulfato de Magnesio al 10% (4 ampollas) diluido en 200 ml de SSN 0.9% o Ringer. (Infusión continua 5-15 minutos.)	1 g por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Diluir 8 g de Sulfato de Magnesio al 10% (8 ampollas) en 420 ml de SSN 0.9 o Ringer y pasarla a 60 microgotas o 20 gotas por minuto.

Las dosis para las siguientes 24 horas se calcula sobre los criterios clínicos preestablecidos para el monitoreo del Sulfato de Magnesio.

Manejo de la Intoxicación:

- Descontinuar sulfato de Magnesio.
- 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 gramos al día.

- Dar ventilación asistida hasta que comience la respiración.

Si no desaparecen las convulsiones ó se vuelven recurrentes a pesar de la terapia con sulfato de magnesio:

Aplicar un segundo bolo de Sulfato de Magnesio: 2 g IV en 100 ml de Dextrosa al 5% o Solución Salina Normal al 0.9 % IV en aproximadamente 5 minutos¹⁶.

En caso de no contar con Sulfato de Magnesio puede administrarse:

Fenitoína: 15 mg/Kg. inicial, luego 5 mg/Kg. a las 2 hs.

Mantenimiento: 200 mg oral o IV cada día por 3 – 5 días (nivel terapéutico: 6-15 mg/dl) [esquema Ryan].

Si mejora, una vez estabilizada la paciente se deberá finalizar el embarazo por la vía más rápida: El nacimiento debe tener lugar por operación cesárea urgente tan pronto se ha estabilizado el estado de la mujer independientemente de la edad gestacional.

Si no mejora la Preeclampsia grave y aparecen signos y síntomas de inminencia de Eclampsia (acúfenos, fosfenos, escotomas, hiperreflexia, Epigastralgia) agravamiento de la hipertensión y Proteinuria, administrar nuevas dosis de

antihipertensivo, anticonvulsivante, estabilizar hemodinámicamente e interrumpir el embarazo por cesárea urgente.

En la Preeclampsia Grave el nacimiento debe producirse dentro de las 24 horas que siguen a la aparición de los síntomas.

En la Eclampsia el nacimiento debe producirse dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de convulsiones.

La preeclampsia grave debe manejarse de preferencia en Alto Riesgo Obstétrico en Unidad de Cuidados intermedios o Intensivos. La Eclampsia en Unidad de Cuidados Intensivos.

Hipertensión arterial crónica y embarazo:

Manejo ambulatorio

Identificación de la causa de la hipertensión (interconsulta a medicina interna y/o cardiología).

Biometría hemática completa, Examen general de orina, pruebas de función renal (creatinina, nitrógeno de urea, ácido úrico).

Urocultivo y antibiograma.

Proteinuria mediante cinta y en orina en 24 horas.

Si no recibía tratamiento antihipertensivo o si recibía tratamiento antihipertensivo, cámbielo de preferencia a Alfa metil dopa, 250 o 500 mg por vía oral cada 8 horas en dependencia de la severidad de la hipertensión y la respuesta a este tratamiento (la presión arterial no se debe hacer descender por debajo del nivel que tenía antes del embarazo).

Brindar control prenatal como paciente de Alto Riesgo Obstétrico.

En cada consulta Valore:

El estado de la hipertensión.

Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

Evolución del embarazo.

Ganancia de peso materno.

Crecimiento uterino.

Disminución de los movimientos fetales.

Aparición de edemas de miembros inferiores o generalizados.

Aparición de fosfenos, acúfenos, dolor en epigastrio, hiperreflexia.

Realizar ecosonograma y pruebas de bienestar fetal.

Controles cada 15 días hasta las 34 semanas y luego cada semana hasta el nacimiento.

Inducir madurez pulmonar fetal entre las 24 a 34 semanas.

De preferencia interrumpa el embarazo a partir de las 37 semanas cumplidas.

Finalizar el embarazo según las condiciones obstétricas y estado del feto.

Si aparece incremento de la presión arterial, proteinuria y otros síntomas sugestivos de agravamiento y que pase a Preeclampsia sobre agregada, moderada o grave, Eclampsia refiera al hospital.

Hipertensión inducida por el embarazo:

Prevención

La detección y el manejo en mujeres con factores de riesgo, debe hacerse tempranamente.

Establecer seguimiento regular con instrucciones precisas acerca de cuándo regresar a consulta.

Educación de la paciente y los miembros inmediatos cercanos de la familia.

Incrementar el apoyo social familiar y de la comunidad cuando sea necesario el traslado a la unidad hospitalaria y en la modificación de las actividades laborales.

Los efectos beneficiosos del uso de la aspirina y el calcio aún no han sido demostrados de manera clara.

La restricción calórica, de líquidos y la ingesta de sal no previene la hipertensión inducida por el embarazo y hasta puede ser perjudicial para el feto.

Debe manejarse ambulatoriamente, monitoreando la presión arterial y por medio del examen general de orina la proteinuria y el estado del feto en dependencia de la edad gestacional y del agravamiento de su sintomatología.

Consultas cada 15 días hasta la semana 34, luego semanalmente hasta el nacimiento que debe ser vaginal o cesárea en dependencia de las condiciones obstétrica y la magnitud de su afectación.

Si empeora la presión arterial o aparece proteinuria trate como preeclampsia moderada.

Si hay restricción del crecimiento fetal intrauterino y compromiso fetal, refiérala al hospital para valoración y definición de adelantar el nacimiento.

Educación a la paciente y su familia acerca de los factores de riesgo y los signos de peligro de eclampsia.

4. Rotura prematura de membranas ovulares.

La rotura prematura de membranas (RPM) es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales asociada como: infección, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, ductus arterioso permeable y retinopatía por prematuridad.

Su manejo es controvertido principalmente cuando ocurre antes de semana 37 de gestación (rotura prematura de membrana pretérmino), y la decisión de terminar el embarazo inmediatamente, manejo activo o en forma diferida, manejo conservador, es el resultado de sopesar los riesgos asociados a la prematuridad contra el riesgo séptico que aumenta con el tiempo de evolución de la rotura.

La rotura prematura de membrana se encuentra relacionada de forma directa en un 20-50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de productos pequeños para su edad gestacional.

Si la rotura prematura de membranas se produce en cualquier momento del embarazo antes del inicio del trabajo de parto aumenta la morbilidad materna y perinatal a expensas de la infección. La frecuencia y su gravedad están relacionadas con el período de latencia sobre todo cuando este excede las 24

horas. Además expone a la mujer a riesgo de sufrir prolapso de cordón umbilical y o partes fetales.

La frecuencia con que se presenta la rotura de membrana es del 10%.

Definición:

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares. Se considera período de latencia al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la rotura y el nacimiento, cuando este supera las 24 horas se considera prolongado.

Etiología:

La etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos, sin embargo los factores predisponentes más frecuentes son:

Infecciones cervicovaginales

Corioamnionitis

Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

Tensión excesiva de las membranas ovulares (polihidramnios, embarazo gemelar).

Traumatismos: causados en gran manera por los tactos vaginales, colocación de amnioscopio, catéteres utilizados para registrar la presión uterina, sondas para iniciar el parto, son procedimientos que pueden producir un amniotomía accidental involuntaria, cerclajes.

Infección local: infecciones del tracto genital inferior.

Incompetencia istmicocervical: al aumentar la dilatación disminuye el soporte de las membranas cervicales esto hace que a una determinada dilatación se produzca una hernia del saco, las membranas se pueden romper en ausencia de contracciones por estiramiento, acción traumática, mayor exposición a gérmenes vaginales.

Déficit de vitamina C y de cobre: ambos elementos contribuyen al mantenimiento de la estructura normal de las membranas.

Clasificación:

Rotura prematura: es la que ocurre antes del comienzo del parto.

Rotura precoz: es la que acontece durante el período de dilatación antes de que se haya completado.

Rotura tempestiva u oportuna: es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.

Rotura alta: cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.

Rotura falsa o doble saco ovular: consiste en la rotura del corion con integridad del amnios, el derrame de líquido es escaso.

Rotura espontánea: es la que se produce después del inicio del trabajo de parto.

Rotura prolongada de membrana: cuando el período de latencia es mayor de 24 horas.

Rotura artificial: cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

Tratamiento médico:

La conducta dependerá de la sospecha o presencia de infección ovular y del desarrollo y madurez fetal, en especial del pulmón.

Si el cuello es favorable, induzca trabajo de parto, si es desfavorable, madure el cuello o realice una cesárea.

El manejo médico expectante se da cuando la gestación se encuentra entre las 24 y 34 semanas sin infección materna ni fetal, las principales acciones a realizar son:

Hospitalización

Control de temperatura corporal, control de frecuencia cardíaca fetal cada 4 horas.

BHC

Reposo

Vigilancia por 72 horas

Perfil biofísico fetal cada 24 horas.

Tocólisis

Esta intervención tiene la finalidad de demorar el parto hasta que los corticoides y antibióticos hayan producido su efecto, recurra a tocólisis si:

La gestación es menor de 37 semanas.

Cuello uterino dilatado menos de 3 centímetros.

No hay amnionitis, preeclampsia, ni sangrado activo.

No hay sufrimiento fetal

Confirme el diagnóstico documentando el borramiento y la dilatación del cuello uterino durante 2 horas. Si la gestación es menor de 34 semanas realice maduración del cuello.

A cualquier edad gestacional si hay infección intraamniótica administrar antibiótico e interrumpir el embarazo a la mayor brevedad posible.

Para interrumpir el embarazo de inmediato aplicar los criterios de Gibas:

Temperatura materna mayor a 37.5 grados centígrados y al menos dos de los siguientes parámetros:

Hipersensibilidad uterina

Salida de secreción vaginal fétida o líquido amniótico fétido.

Leucocitosis mayor o igual a 15,000 y presencia en banda mayor del 6%.

Proteína C reactiva dos veces su valor normal.

Taquicardia materna persistente mayor de 100 latidos por minuto.

Taquicardia fetal sostenida mayor de 160 latidos por minuto.

Administrar antibióticos

Ampicilina 1 gramo IV cada 6 horas por 48 horas, seguido de ampicilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 5 días o amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días.

Más gentamicina 3-5 mg/kg día o 160 mg IV dosis diaria.

En caso de alergia a la penicilina usar eritromicina 250-500mg cada 6 horas vía oral por 7 días o clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.
 Más gentamicina 3-5 mg/kg día o 160 mg IV dosis diaria.

En caso de sospecha anaerobios agregar a los esquemas anteriores:
 Metronidazol 500mg IV cada 8 horas o clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Posterior al nacimiento del recién nacido evaluar el estado físico y el estado infeccioso antes de interrumpir la administración de antibióticos.

No usar corticoides en presencia de infección franca.

Tratamiento quirúrgico: cesárea.

MANEJO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Semana de tación	Trabajo de parto	Horas de membranas rotas	Signos de infección	Tratamiento Médico Quirúrgico
Embarazo menor de 24 semanas.	NO	Mas de 6 horas	NO	Administrar antibióticos para reducir el riesgo de - Sepsis neonatal - síndrome de Distress respiratorio, - Hemorragias interventriculares - Enterocolitis necrotizante Antibiotico profilaxis - Penicilina Cristalina 5 millones, seguidos de 2,5 millones cada 4 horas por 48 horas Si es alérgica a la Penicilina utilice: - Eritromicina 500 Mg via oral cada 8 horas o - Clindamicina 900 Mg IV cada 8 horas, por 48 horas El objetivo de los antibióticos es el de tratar de prevenir la infección ascendente y reducir las infecciones neonatales
De 24 a menos de 34 semanas	NO	Más de de 6 horas	NO	- Manejo conservador en embarazadas estables - Monitoreo sistemático del estado materno y fetal - Mantener en reposo - Realizar perfil biofisico Antibiotico profilaxis - Penicilina Cristalina 5 millones, seguidos de 2,5 millones cada 4 horas Por 48 horas Si es alérgica a la Penicilina utilice: - Eritromicina 500 Mg, via oral cada 8 horas o - Clindamicina 900 Mg IV cada 8 horas, por 48 horas - Atención del recién nacido por Pediatra

MANEJO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Semana de tación	Trabajo de parto	Horas de membranas rotas	Signos de infección	Tratamiento Médico Quirúrgico
De 34 a menos de 37 semanas	NO	Más de 6 horas	NO	Si se detecta en el primer nivel de atención, referirla al Hospital más cercano, si este cuenta con las condiciones para atender las complicaciones - Manejo expectante en Hospital procurando acercar la edad gestacional del embarazo a las 37 semanas - Evaluar signos y síntomas de infección temprana - Signos vitales cada 4 horas - Vigilar la hidratación de la usuaria - Vigilar la FCF y Actividad uterina cada media hora - Exámenes de Laboratorio - Maduración Pulmonar: Dexametazona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis(desde las 24 a las 34 semanas) - Realizar Partograma - Reposo - Dieta blanda - Colocar toalla sanitaria - Signos vitales cada 4 horas - No tacto vaginal Antibiotico Profilaxis : Penicilina G 5 millones de U, IV como dosis inicial y luego administre 2,5 millones cada 4 horas o Ampicilina 2 Gm IV como dosis inicial y luego 1 Gm IV cada 4 horas por 48 horas, Si es alérgica a la Penicilina utilice: - Eritromicina 500 Mg, via oral cada 8 horas o - Clindamicina 900 Mg IV cada 8 horas, por 48 horas
De 37 semanas en adelante	SI / NO	Menor de 6 horas	NO	Si la unidad de Salud cuenta con las condiciones para atender las complicaciones del trabajo de parto. - Interrumpir el embarazo por la vía más expedita - Signos vitales cada 4 horas - Exámenes de Laboratorio - Frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina cada 30 minutos. - Realizar seguimiento del trabajo de parto mediante elaboración de Partograma - Antibiotico terapia: - Administrar: Ampicilina 2 Gm IV cada 6 horas, después de 48 horas cambiar a Amoxicilina 250 Mg via oral cada 8 horas por 7 días. Si es alérgica a la Penicilina utilice : - Eritromicina 500 Mg, via oral cada 8 horas o - Clindamicina 900 Mg IV cada 8 horas, si es alérgico a la Penicilina - Tocolíticos: Uso durante 48 horas para - Tocolíticos: Uso durante 48 horas para permitir administrar antibioticos y corticoides Atención del recién nacido por Pediatra

5. Trabajo de parto obstruido o detenido

El parto no es siempre un evento normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico dando lugar a un parto obstruido o detenido ya sea por alteraciones en la dinámica uterina o en la proporción entre el polo fetal y la pelvis materna.

El parto obstruido o detenido tiene una frecuencia de 0.33 al 1.5 % de los partos. Entre las principales causas que originan esta complicación se encuentran: la desproporción céfalo pélvica provocada por incompatibilidad entre el polo fetal y la pelvis materna, que no permite el desarrollo del mecanismo del trabajo de parto, anomalías en la posición y variedad de posición de la presentación, por situación anormal del feto o por alteración en la dinámica de la contracción uterina o por tumores previos.

El trabajo de parto obstruido o detenido frecuentemente se asocia a una espera prolongada en la atención del parto lo cual frecuentemente conlleva a desenlaces desfavorables tanto maternos como fetales así como también las valoraciones precipitadas pueden generar un aumento de cesáreas innecesarias.

Las muertes fetales y neonatales son también consecuencia frecuente de una infección intrauterina secundaria a un parto obstruido o detenido por el tiempo transcurrido y las maniobras durante el nacimiento (tactos, parto operatorio), el tratamiento antibiótico que se instala en estos casos puede ser útil para proteger a la madre pero parece ser de poca utilidad al feto.

Definición:

Trabajo de parto obstruido o detenido es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo que ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación), ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas).

Etiología:

- Desproporción cefalopélvica (incompatibilidad feto-pélvica)
- Presentación viciosa. Ej. Cara-frente.
- Situación y presentación fetal anómala (situación transversa, presentación pélvica compuesta).
- Ayuno prolongado.

Clasificación (según su etiología):

Alteraciones en las fases y períodos del trabajo de parto:

Parto obstruido:

Desproporción céfalo pélvica

Presentaciones, posiciones y situaciones anormales o viciosas:

Presentación de cara.

Presentación de frente.

Presentación de bregma.

Presentación Pelviana.

Situación Transversa.

Tratamiento médico:

Si se encuentra en domicilio o en unidad de salud del primer nivel de atención.

Manejo Inicial:

1. Realice una evaluación rápida del estado feto materno.
2. Pida ayuda, movilice al personal disponible.
3. En estas pacientes se puede presentar rápidamente un estado de falta de hidratación, ayuno prolongado, los cuales llevan a agotamiento materno y ansiedad.
4. Proporcione líquidos y alimentos por vía oral, si las condiciones físicas y obstétricas lo permiten.
6. Canalice vena con bránula No. 16 o de mayor calibre con Solución salina normal o Ringer IV. Para mantener vena e hidratar
7. Si se encuentra en un puesto de salud o centro de salud, prepare las condiciones para referir a un centro hospitalario.
8. Comunicar por teléfono o radio a la unidad donde va referida, para preparar condiciones de recepción.
9. Acompañe con recurso de salud para el traslado.

Si determina progreso insatisfactorio del trabajo de parto u obstrucción del trabajo de parto, refiera al nivel de atención con capacidad resolutive.

En la unidad de salud con capacidad resolutive o Segundo nivel de Atención:

- Evalúe el estado hemodinámico materno.
 - Evalúe el estado del feto.
 - Establezca diagnóstico y confirme que esta en trabajo de parto:
- Diagnóstico de Trabajo de Parto.

Identifique el período y fase del trabajo de parto.

Evalúe el grado de encajamiento y descenso de la presentación:

Identifique el tipo de presentación y la posición del feto.

Evalúe la proporción Céfalo-pélvica.

- Evalúe el progreso del trabajo de parto:

Progreso insatisfactorio del trabajo de parto.

Trabajo de parto detenido u obstruido.

Evalúe el estado fetal

Por información materna:

Presencia de movimientos fetales, su intensidad, su número en una hora.

Por clínica:

Ausculte la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) antes, durante y después de la contracción uterina a fin de obtener la FCF Basal.

Por examen especial si se considera necesario y hay disponibilidad:

Ultrasonido abdominal.

Monitoreo fetal.

Conducta a seguir:

Establezca diagnóstico y confirme que esta en trabajo de parto y evalúe su progreso:

Falso trabajo de parto o Pródromos de trabajo de parto.

- Evalúe trabajo de parto.
- Determine el bienestar feto materno.
- Descarte infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas.
- Continúe la vigilancia materna y fetal.

Determine que no se encuentra en trabajo de parto, no hay contractilidad uterina efectiva o si ha tenido contracciones uterinas y estas han desaparecido, no hay modificaciones cervicales.

Determine la estabilidad hemodinámica materna, que no hay patologías agregadas (infecciones Urinarias, rotura de membranas).

Proporcione alta a casa materna o domicilio cercano si tiene facilidad de regresar a la unidad de salud y solicite su regreso a valoración cada 6 horas, de presentarse contracciones uterinas regulares y si tiene signos y síntomas de haber entrado en trabajo de parto.

Educación sobre síntomas y signos de alarma.

Si inicia trabajo de parto proceda a su vigilancia.

Fase Latente Prolongada:

• El diagnóstico es retrospectivo cuando cesan las contracciones uterinas y el cuello uterino progresa hasta los 4 cm y presenta un borramiento menor del 50%.

• Reevalúe el cuello uterino.

• Compruebe el bienestar feto materno.

• Determine si esta en trabajo de parto:

Si no hay trabajo de parto vigile periódicamente cada dos horas.

Si no ha tenido cambios en el borramiento y dilatación, ni hay signos de progreso del trabajo de parto, reevalúe, puede que no esté en trabajo de parto.

Si ha tenido contracciones uterinas (trabajo de parto) y se considera como fase latente prolongada después de varias evaluaciones maneje como en fase activa prolongada.

Si hay cambios en el borramiento y la dilatación cervical, rompa membranas si hay condiciones (no antes de 6 centímetros de dilatación) y se considera que puede favorecer el trabajo de parto y conduzca el trabajo de parto con oxitocina, con vigilancia estrecha.

Si en 8 horas de conducción no ha tenido progreso del trabajo de parto y no ha llegado a la fase activa, sospeche desproporción céfalo pélvica, parto obstruido, anomalías de la contracción, de la presentación y variedad de posición, practique operación cesárea.

- Descartar patologías agregadas.

Fase Activa Prolongada:

El diagnóstico se establece cuando existen contracciones regulares (3 a 4 contracciones en 10 minutos de 40 a 45 segundos de duración) por lo cual el proceso de dilatación no alcanza 1 cm. por hora en nulíparas y medio centímetro en multíparas, la dilatación no llega a los 10 cm., el borramiento es menor del 100% y no inicia el descenso del polo fetal.

Evalúe si no hay signos de desproporción céfalo pélvica, ni obstrucción al progreso del trabajo de parto y si las membranas están intactas, no hay sufrimiento fetal, ni agotamiento materno.

- Evalúe las contracciones uterinas.
- Si hay hipodinamia, proceda a conducir el trabajo de parto:
- Administre Solución Salina Normal 500 ml + 2 UI de oxitocina IV. Iniciar a 2 mUI por minuto. (8 gotas por minuto), modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.
- Si la conducción del trabajo de parto, no es efectiva, evalúe la necesidad de Cesárea.

Evalúe necesidad de rotura artificial de membranas si considera que la integridad de las membranas está contribuyendo a la prolongación de la fase activa o cuando se sospecha sufrimiento fetal agudo.

Si el trabajo de parto no progresa, sospeche:

Desproporción Céfalo Pélvica.

Parto obstruido.

Anomalías de posición y presentación.

- Si se confirma la sospecha de algunos de los diagnósticos anteriores, realice Cesárea.

Desproporción Céfalo Pélvica:

- Se produce por pelvis materna demasiado pequeña o el feto demasiado grande.
- Las presentaciones viciosas dan lugar a desproporción céfalo pélvica adquirida.
- Si el trabajo de parto continúa, da lugar a un trabajo de parto detenido u obstruido.

Si considera que la Desproporción Céfalo Pélvica es leve y que es posible el nacimiento por vía vaginal, haga una prueba de trabajo de parto y evalúe el progreso en 2 horas.

- Si se confirma desproporción céfalo pélvica realice operación Cesárea.

Parto obstruido:

- Presente en los casos de desproporción céfalo pélvica, presentaciones viciosas y en casos de hiperdinamia uterina.

- Si el cuello uterino esta totalmente dilatado, y la cabeza fetal en III ó IV plano de Hodge o por debajo, valore la posibilidad de aplicar un fórceps bajo o un vacuum extractor por médico entrenado.
- Si el cuello uterino esta parcialmente dilatado y la cabeza fetal esta alta: realice prueba de trabajo de parto, si es negativa realice operación cesárea.

Presentaciones y posiciones anormales o viciosas:

- Estas pueden presentarse durante el trabajo de parto y provocar un trabajo de parto detenido, son todas aquellas que no son presentaciones de vértice que pueden presentarse antes o durante el trabajo de parto y ocasionar un trabajo de parto prolongado u obstruido.
- Las presentaciones viciosas dan lugar a desproporción céfalo pélvica adquirida.
- Dar prueba de trabajo de parto a multíparas con dilatación avanzada.

Vigile siempre:

La frecuencia cardiaca fetal por la posibilidad de desarrollar sufrimiento fetal agudo.

La salida de líquido amniótico vía vaginal por la posibilidad de rotura de membranas o la aparición de líquido amniótico meconial que nos indique un sufrimiento fetal.

El trabajo de parto auxiliado con el partograma.

Si las membranas están íntegras, el cuello uterino dilatado y borrado, realice amniotomía y valore el estado del líquido amniótico y progresión del trabajo de parto.

Si no hay trabajo de parto efectivo, conduzca con solución de Ringer más oxitocina y vigile evolución.

Si no progresa el avance de la dilatación, borramiento del cuello y el descenso de la presentación en 2 horas, confirme diagnóstico de parto obstruido.

Si el cuello uterino está totalmente dilatado pero no hay descenso de la presentación en el periodo expulsivo, piense en diagnóstico de parto obstruido, o desproporción céfalo pélvica.

- Si se confirma parto obstruido o desproporción céfalo pélvica adquirida, realice operación Cesárea.
- Descartar patologías agregadas.

Hipodinamia:

Determinado por contractilidad menor de 3 en 10 minutos y una duración menor de 40 segundos y falta del progreso de borramiento y dilatación cervical y descenso de la presentación.

- Verifique el estado de hidratación y alimentación de la madre.
- Descarte agotamiento materno y uterino.
- Descarte desproporción céfalo pélvica y obstrucción del trabajo de parto.
- Indique conducción del trabajo de parto: administre Solución salina 500 ml + 2 UI de oxitocina IV. Iniciar a 2 mUI por min. (8 gotas por min.), modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.

- Si se producen contracciones uterinas efectivas evalúe la necesidad de amniotomía y atención del parto.
- Si la conducción del trabajo de parto, no es efectiva, evalúe la necesidad de Cesárea.
- Descartar patologías agregadas.

Fase expulsiva prolongada:

Cuando existe borramiento y dilatación completa y la presentación no desciende, estamos en presencia de un trabajo de parto obstruido, ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina, brevedad de cordón o una desproporción céfalo pélvica. Los esfuerzos maternos de pujo, pueden provocar disminución del aporte de oxígeno al feto y desencadenar un sufrimiento fetal agudo.

- Si el producto esta en I o II o III plano de Hodge, estando o no dilatado el cuello uterino, sospeche desproporción cefalopélvica y realice operación cesárea.
- Valorar si existe desproporción del estrecho inferior de la pelvis materna, si se confirma la desproporción realice cesárea.
- Si el producto descendió del III plano de Hodge, y progresa el trabajo de parto evalúe la necesidad de aplicar un vacuum extractor o fórceps bajo, por personal calificado y capacitado.

6. Hemorragia Postparto

El sangrado puede llegar a constituir uno de los procesos más graves que afectan a la mujer en el estado puerperal. La cantidad de sangre que puede perder sin alterar su estado hemodinámico es variable, depende de su estado físico y de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto. Cada año son muchas las muertes maternas por esta causa, se considera que representa el 25% de los casos.

La hemorragia puede ser:

Externa: es lo más frecuente, la sangre fluye hacia el exterior lo cual facilita el diagnóstico

Interna: se colecciona en el interior del útero que se distiende hasta adquirir un volumen mayor de lo normal y la sangre puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos.

Mixto: al combinarse ambas posibilidades exteriorizándose una parte del sangrado mientras el resto se acumula en el útero.

La paciente puede presentar signos y síntomas de shock hemorrágico: palidez, sudoración, polipnea, hipotensión y taquicardia. Su instalación puede ser progresiva y mantenerse dentro de límites normales a pesar de que el sangrado continúa, en otros casos hacer su aparición brusca en cualquier momento.

Los recursos de salud y el sistema de atención deben estar preparados para brindar una atención preventiva del sangrado como primera prioridad y en

segundo lugar ser capaces de controlar el sangrado y dar una respuesta inmediata pues cualquier atraso puede provocar secuelas o muertes maternas.

Las patologías asociadas a la hemorragia postparto guardan relación directa con los trastornos de la contractilidad uterina, lesiones uterinas y del canal del parto provocados por el nacimiento o procedimientos quirúrgicos y los secundarios a latrogénia.

Entre las principales causas podemos señalar la hipotonía, atonía uterina, la retención placentaria, la rotura uterina, los desgarros cervicales, vaginales, perineales y la inversión uterina.

El tratamiento con oxitocina y el masaje uterino externos son las primeras acciones orientadas para el control de la hemorragia posparto. Si el manejo falla el personal médico debe estar preparado para realizar un procedimiento quirúrgico de inmediato si se considera necesario y ser capaces de practicar masaje uterino externo, extracción manual de placenta, sutura del canal del parto, práctica de legrado uterino, ligadura de arteria uterina y uteroovárica, histerectomía total o subtotal abdominal, sobre todo en los casos de atonía, rotura uterina, placenta acreta o presencia de miomas uterinos.

Elementos esenciales para el manejo:

Identificar el origen del sangrado.

Estabilizar hemodinámicamente a fin de prevenir o tratar el shock.

Controlar el sangrado del canal del parto.

Estimular la contracción uterina y la remoción de la placenta o restos placentarios.

Definición:

Es la pérdida de 500 cc o más de sangre por vía vaginal durante las primeras 24 horas después del parto y que tiene el potencial de producir inestabilidad hemodinámica.

Etiología:

Causas de hemorragia posterior al nacimiento:

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 acreta, increta, percreta y Placenta succenturiata).
- Laceraciones del útero y del canal del parto (desgarros uterinos, rotura uterina, desgarros cervicales, desgarros vaginales y perineales).

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.

Es fundamental identificar las condiciones que pueden predisponer a hemorragia posparto.

Las mujeres que no tienen condiciones que pueden predisponer a hemorragia posparto, también pueden presentarlo como una complicación durante la atención del trabajo de parto.

Las mujeres en general y sobretodo las de lugares distantes deben recibir atención calificada del parto y de ser posible atendidas en unidades de salud y hogares maternos en donde se les pueda brindar manejo activo del tercer período del parto.

Independientemente de los factores de riesgo, toda mujer está expuesta a presentar hemorragia del Alumbramiento y posparto.

Clasificación:

5.1 Hemorragia postparto inmediato:

Es la que se produce hasta las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.

5.2 Hemorragia postparto 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.

5.3 Hemorragia del puerperio alejado:

Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.

5.4 Hemorragia del puerperio tardío:

Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

Consideraciones:

- La cuantificación de la pérdida de sangre es notoriamente subestimada, a menudo la mitad de la pérdida real. La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y con la orina. Se dispersa en esponjas, toallas y artículos de tela en los baldes y en el piso.
- El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entra repentinamente en shock.
- La evaluación de los riesgos en la etapa prenatal no permiten detectar con eficacia que mujeres sufrirán hemorragia posparto. Se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia posparto.

Su repercusión está determinada por las condiciones físicas de la parturienta, una mujer con un nivel de hemoglobina normal, tolera una pérdida de sangre que probablemente puede ser mortal para una mujer con anemia considerable.

Las consecuencias de una hemorragia inmediata posterior al nacimiento pueden ser anemia aguda, shock hipovolémico, y muerte materna.

La hemorragia post parto se produce en un 13% de casos.

Tratamiento medicoquirúrgico:

A. Prevención de la hemorragia post parto:

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia posparto(o pos cesárea en el segundo Nivel de Atención) deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto cuyos componentes más importantes son:

Administración inmediata de 10 UI de oxitocina IM en el momento de la expulsión del hombro anterior.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto del nacimiento.

Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino.

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 500 ml de solución salina más 10 UI 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 pos parto, 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 en los casos que así se requiera (rotura e inversión uterina, acretismo placentario, etc).

Canalice con bránula No 16 o una de mayor calibre con 1000 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Hartman a 60 gotas por minuto.

Si existe indicación para administrar utilice oxitocina, 20 UI diluidos en 1000 ml de solución salina Normal al 0.9% o Ringer, IV a 60 gotas por minuto, modifique según respuesta.

Manejo intrahospitalario:

Atonía uterina o hipotonía uterina:

Realice masaje uterino externo de forma constante.

Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o se extrajeron completamente.

Administre oxitocina, 20 UI diluidos en 1000 ml de solución salina al 0.9% o Ringer, IV a 60 gotas por minuto, modifique según respuesta.

Si pasados 5 minutos el sangrado y atonía o la hipotonía uterina no cede:

Practique determinación de Hematocrito y Hemoglobina de urgencia, tome muestra de sangre y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfundir sangre total o paquete globular si es necesario.

Vigile signos vitales y prevenga un estado de shock.

Vigile la magnitud del sangrado.

Practique masaje interno del útero, de preferencia bajo sedación combinado con el masaje externo.

Si no cede la atonía, administre un bolo de 10 UI de oxitocina IV. lento, diluidos en 10 ml de agua destilada.

USO DE LOS MEDICAMENTOS OXITÓCICOS

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 1000cc 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: Administre oxitocina en bolo IV.	Contraindicada: Preeclampsia, Hipertensión, Cardiopatía.

Cuando se usa oxitocina de manera apropiada, la toxicidad grave no es frecuente. Entre las reacciones adversas informadas por la administración de oxitocina están: muertes maternas debidas a episodios hipertensivos, rotura uterina, intoxicación hídrica, muertes fetales. Se a informado afibrinogenemia.

Las contraindicaciones incluyen sufrimiento fetal, prematuréz, presentación fetal anormal, DCP y otras predisposiciones para la rotura uterina⁷.

Si la atonía y el sangrado uterino ceden cumplir indicaciones de una vez extraída o expulsada la placenta y hacer revisión del canal del parto.

Si el problema no cede, a fin de ganar tiempo y prepararse para una laparotomía exploradora:

- Compresión bimanual del útero.

- Compresión de aorta abdominal.

Si persiste la atonía y el sangrado continúa, proceda a realizar:

Laparotomía exploradora:

- a. Ligadura de arteria uterina y uteroovárica.
- b. Histerectomía subtotal o total abdominal.

Desgarro del cuello uterino, la vagina o el perineo:

Examine a la mujer cuidadosamente, identifique el origen del sangrado y descarte hipotonía o atonía uterina y retención parcial de placenta y anexos. Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia pos parto, la hemorragia pos parto con útero contraído generalmente se deben a un desgarro del cuello uterino o de la vagina.

Suture los desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo

Si el sangrado continúa evalúe el estado de la coagulación realizando la prueba junto a la cama. La falta de formación de un coagulo después de 7 minutos, sugiere coagulopatía.

Retención de Placenta:

a. Retención Total de placenta:

Valore el estado general.

Controle signos vitales.

Canalice con bránula No 16 o de mayor calibre y estabilice hemodinámicamente.

Si existe estado de shock o inestabilidad hemodinámica, administre solución IV de Lactato de Ringer, 1000 ml a 40 gotas por minuto o infusión rápida, según necesidad (maneje como shock).

Si la placenta no se ha expulsado después de 15 minutos con manejo activo 30 minutos sin el mismo:

Administre Oxitocina 10 UI en 1000 ml de solución salina al 0.9% o ringer a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.

Estime la cantidad de sangre perdida. Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.

Practique tensión controlada del cordón umbilical en los momentos de contracción uterina.

Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).

Si no se logra la expulsión de la placenta proceda a brindar condiciones para una extracción manual de placenta de inmediato, ver Elementos Claves para extracción manual de placenta retenida (condiciones y técnica de la extracción manual de placenta).

Si no se logra extraer manualmente la placenta pensar en acretismo placentario e indicar laparotomía exploradora a fin de realizar histerectomía abdominal total o subtotal.

Retención parcial de placenta (Alumbramiento incompleto):

Si la retención de placenta es parcial y las membranas se desgarran y no se expulsaron completamente, puede no haber sangrado y estar el útero contraído, proceda a extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simas y una pinza de Foersters, en caso necesario practique el legrado digital o un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.

Tener presente la posibilidad de una placenta acreta que durante la extracción sobre todo si es forzada, puede provocar lesiones uterinas o perforación uterina y ser la causa del sangrado, en estos casos, es recomendable la Histerectomía sub total o Total Abdominal.

Si el sangrado no cede piense en la probabilidad de una coagulopatía.

Una vez extraída o expulsada la placenta:

Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.

Mantenga la infusión de oxitocina por 6 horas.

Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.

Confirme los valores de Hematocrito y Hemoglobina, transfusión sanguínea si es necesario.

Indique sulfato o fumarato ferroso.

Indique antibióticoterapia.

Brindar consejería con dotación de un método anticonceptivo.

Inversión uterina:

Es la salida a la vagina o al exterior de la vulva de la cara endometrial del útero, puede tener o no adherida una parte o toda la placenta.

Ocurre en el posparto inmediato, cuando se ha traccionado excesivamente el cordón o por la presión uterina excesiva, ante una hipotonía o atonía uterina y el útero se invierte, la parte interna se vuelve externa y sale a través del cuello hacia la vagina o al exterior de la vulva.

Como causa predisponente se observa el aumento súbito de la presión intraabdominal (tos, vómito), útero relajado, cordón corto, placenta de inserción fúndica, maniobra de Credé mal ejecutada.

El signo principal es la salida del útero (masa a nivel vaginal con imposibilidad de restitución espontánea), dolor que puede conducir a shock neurogénico, sangrado variable y tardíamente sepsis.

Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general con halotano (si no está contraindicado), el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción.

Si no se logra restituir el útero realizar laparotomía exploradora para restitución quirúrgica del útero.

Hemorragia tardía posparto:

Si esta en domicilio o no hay recursos calificados, traslade en las mejores condiciones posibles a la paciente a la unidad en donde pueda tratarse una hemorragia post parto.

Generalmente puede ser un signo de metritis o sepsis puerperal, puede tener mal olor y ser un sangrado persistente aunque no intenso. En este caso trate como sepsis puerperal.

Si el cuello uterino está dilatado extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes.

Si el cuello no está dilatado, bajo anestesia general proceda primero a dilatar el cuello y luego evacue el útero extrayendo los fragmentos placentarios por medio de pinza de Foersters seguido de legrado uterino instrumental, recordando las posibilidades de una perforación por la friabilidad del músculo uterino y siempre bajo protección con la administración de oxitócicos.

Si el sangrado continúa considere la ligadura de las arterias uterinas y Uteroováricas o una histerectomía.

Desgarros parcial o total del útero (rotura uterina). (ver hemorragias de la segunda mitad del embarazo).

7. Sepsis Puerperal

Las infecciones ginecoobstétricas se presentan durante la gestación, el puerperio y afectan al aparato genital femenino. Es una de las primeras causas de muerte materna en Nicaragua y se presenta con una frecuencia del 8% de todos los partos.

La fiebre, el dolor, el sangrado o exudados vaginales con mal olor y el útero que no involuciona son los signos y síntomas clínicos de las infecciones en el puerperio.

Las infecciones originadas en el período postaborto y postparto afectan el aparato genital femenino, son producidos por gérmenes Gram. (+), Gram. (-) especialmente por anaerobios, estos últimos pueden pasar desapercibidos por eso es necesario tenerlos presentes para tratarlos (bacterias genitales aeróbicas, de transmisión sexual, anaeróbicas).

La mayoría de los gérmenes que provocan la sepsis se encuentran en el tracto genital o provienen por contaminación del la región perianal. Las siguientes condiciones favorecen el transporte de gérmenes a la región externa e interna:

1. El parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos.
2. La rotura prematura de membranas.
3. El trabajo de parto prolongado.
4. Procedimientos quirúrgicos.
5. Múltiples tactos vaginales.
6. Falta del cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia.
7. Infección de vías urinarias.

8. La magnitud y gravedad de la sepsis esta en relación directa al estado físico e inmunológico de la mujer, la virulencia de los microorganismos causales y la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos usados.

Definición:

Es una infección localizada inicialmente en el tracto genital femenino, que aparece como complicación, después del aborto o del parto.

Puede propagarse por continuidad, contigüidad, vía hemática o linfática.

Etiología:

La sepsis puerperal es producida por un gran número de gérmenes patógenos potenciales y saprófitos que existen normalmente en la flora vaginal, suelen actuar en forma aislada, aunque por lo general lo hacen asociándose con otros gérmenes. Las infecciones generalmente son polimicrobianas.

Los gérmenes más frecuentes son:

- Bacterias genitales aeróbicas: Streptococcus Alfa y Beta-hemolítico, streptococcus viridans, Staphylococcus coagulasa negativo, Escherichia coli.
- Bacterias de transmisión sexual: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalis (hominis), Gardnerella vaginalis.
- Bacterias genitales anaeróbicas: Peptostreptococcus, Clostridium (C. perfringes), Actinomyces (asociado a DIU.) Peptococcus, Bacteroides fragilis (Anaerobio productor de B-lactamasa), Prevotella (Anaerobio productor de B-lactamasa).

Clasificación:

6.1 Infección Pélvica Leve:

La infección pélvica leve no tratada o insuficientemente tratada puede evolucionar a una infección pélvica severa.

6.2 Infección Pélvica Severa:

Infección localizada: Endometritis (afecta endometrio y miometrio).

Infección puerperal propagada por continuidad o contigüidad, vía linfática o vía hemática:

- a. Parametritis.
- b. Salpingitis.
- c. Ooforitis.
- d. Salpingo-ooforitis (anexitis).
- e. Absceso pélvico.
- f. Peritonitis pélvica.
- g. Peritonitis generalizada.
- h. Absceso intra-abdominales con septicemia asociada.
- i. Septicemia.
- j. Tromboflebitis pélvica séptica.
- k. Shock séptico.

Tratamiento médico:

Criterios generales de manejo

Prevención

Cumplir las normas de bio-seguridad, poniendo en práctica las técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del aborto, parto, cesárea y procedimientos quirúrgicos.

Limitar tactos vaginales, la manipulación y minimizar el trauma de tejidos durante la práctica de procedimientos.

Utilizar antibióticos profilácticos en los siguientes casos:

Indicaciones	Condiciones	Tipo de antibióticos
Procedimientos quirúrgicos mayores.	En cesárea aplicarla al momento de pinzar el cordón umbilical y en otras cirugías al momento de la inducción anestésica. Cirugías prolongadas, administrar segunda dosis, con intervalos de 2 horas.	Cefazolina 1 gr. IV, dosis única.

Debe tratarse con antibióticos profilácticos que cubran gérmenes Gram. (+) y Gram. (-), administrarlos 30 minutos previos al procedimiento quirúrgico. La disminución de bacterias ayuda a disminuir la destrucción de tejidos que ofrecen las condiciones necesarias para la producción de pus y multiplicación de bacterias. Cuando se considere gérmenes anaerobios debe administrarse antibiótico específico.

Medidas Generales:

En Primer Nivel de atención:

- Identifique y refiera a la mujer que presenta signos de peligro de sepsis puerperal y garantizar su atención inmediata en la unidad de salud más cercana.
- Canalice una vía intravenosa con 1000 ml de Solución Salina Normal.
- Aplique dosis inicial de antibióticos (penicilina cristalina 2 millones UI mas Gentamicina 160 mg IV).
- Aplique dosis de dT según esquema de vacunación 2006.
- Refiera de inmediato a una unidad hospitalaria con capacidad resolutive.

Tratamiento:

Infección Pélvica Leve: Vulvitis, Vaginitis, Cervicitis puerperales.

El tratamiento debe ser limpieza local y el uso de cremas vaginales a base de sulfa o antibióticos locales de amplio espectro y el retiro de cuerpo extraño si ocurrió este accidente, cuando hay abertura local de tejido, debe dejarse cicatrizar por segunda intención.

Endometritis:

Dosis inicial o de carga (1ra dosis):

Ampicilina 4 gr IV o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV.

Dosis de mantenimiento:

Ampicilina 2 gms IV cada 4 o 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 o 6 horas.

Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg iv cada 12 horas o 160 mg IV diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60 kg, administrar 1.5 mg por Kg de peso cada 12 horas).

Si se sospecha anaerobios, agregar Metronidazol: Dosis de carga: 1gm intravenoso. Dosis de mantenimiento: 500 mg intravenosos cada 8 horas ó Clindamicina 900 mg IV c/8 horas o Cloranfenicol 1gm IV cada 6 horas (12.5 mg/Kg. de peso IV c/6 hrs).

Administrar dosis de mantenimiento hasta que remitan signos y síntomas de sepsis y según evolución y criterios clínicos cambiar antibióticos: Amoxicilina capsula 1gmo vía oral cada 6 horas y Gentamicina IM hasta completar siete días.

Realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU) de preferencia, sino se dispone de este medio realice Legrado Uterino Instrumental (LUI) para evacuar útero y eliminar tejido endometrial séptico, después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámica mente.

Condiciones para practicar legrado uterino instrumental en caso séptico

Después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia.

Paciente estabilizada hemodinámicamente.

Si a las 72 horas de iniciada la antibioticoterapia, no cede el cuadro o se agrava, maneje como endomiometritis.

Infección Pélvica Severa:

Endomiometritis:

Manejo médico:

Estabilizar hemodinámicamente: Canalizar con bránula N° 16 e hidratar con solución salina normal al 0.9%.

Practicar hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.

Antibióticoterapia:

Antibióticos ante la sospecha de sepsis por Gram. (+), Gram. (-) y anaerobios.

- Dosis Inicial o de carga:

Ampicilina 4 gr. IV o Penicilina Cristalina 8 millones de unidades internacionales IV.

- Dosis de mantenimiento:

Ampicilina 2 gm IV cada 4 horas o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV cada 4 horas.

Agregar a ambos esquemas Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas, en presencia de función renal normal y peso mayor de 60 Kg, en caso contrario ajustar de acuerdo a Clearance de Creatinina ó:

- Ceftriaxona 500 mg IV cada 12 horas o 1 gm IV cada 24 horas.

- A los esquemas anteriores agregar Metronidazol IV, dosis inicial de 15 mg/Kg, (1 gr. dosis de carga) luego una dosis de mantenimiento de 7.5 mg/Kg. (500 mg/dosis), cada 8 horas (máximo 4 gr. /día) por 7 – 10 días.

Puede sustituirse Metronidazol por cloranfenicol 1 gr. IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 6 horas.

Infección Pélvica Severa:

Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingo-ooforitis (anexitis):

Manejo Médico:

Estabilizar hemodinámica mente: Canalizar con bránula Nº 16 e hidratar con solución salina normal al 0.9%.

Practicar exámenes de laboratorio complementarios, incluyendo hemocultivo y cultivo de exudados vaginales y del foco séptico.

Ultrasonido abdominal y pélvico.

Antibioticoterapia:

- Dosis Inicial o de carga: Ampicilina 4 gm IV o Penicilina Cristalina 8 millones unidades internacionales IV.

- Dosis de mantenimiento: Ampicilina 2 gm IV cada 3 horas o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV cada 4 horas.

Agregar a ambos esquemas Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas, en presencia de función renal normal y peso mayor de 60 Kg, en caso contrario ajustar de acuerdo a Clearance de Creatinina ó:

- Ceftriaxona 1 gm IV cada 12 horas o 2 gm IV en 24 horas.

- A los esquemas anteriores agregar Metronidazol IV, dosis inicial de 15 mg/Kg, (1 gr. dosis de carga) luego una dosis de mantenimiento de 7.5 mg/Kg. (500 mg/dosis), cada 8 horas (máximo 4 gr /día) por 7 – 10 días.

Puede sustituirse Metronidazol por cloranfenicol 1gr. IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 6 horas.

Tromboflebitis pélvica séptica y Shock séptico:

Estos pacientes deben manejarse en Unidad de Terapia Intensiva.

Traslado a unidad de mayor capacidad resolutive.

CONDICIONES DE TRASLADOS:

- Paciente canalizada de preferencia en brazo izquierdo con bránula numero 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia dos vías seguras.
- La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado a fin de mantener el equilibrio hemodinámica utilizando solución salina normal al 0.9% o lactato de ringer.
- Oxígeno a razón de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal.
- El personal de salud (preferiblemente médico) tiene que ir al lado de la paciente, monitorizando sus signos vitales, evitando que se infiltre la vía y atendiendo cualquier necesidad que se presente.

- La persona de salud que acompañe tiene que poseer capacidad técnica resolutive, para que pueda atender cualquier complicación que se presente durante la referencia.
- En condiciones especiales, como la hemorragia por placenta previa, se debe procurar conservar la posición de Trendelenburg para evitar que la presentación ejerza presión sobre la placenta y la desprenda o la desgarre.
- Si presenta convulsiones debe sujetarse fuertemente a la paciente para evitar que se golpee. Se pueden acomodar almohadas a su alrededor, en especial protegiendo la cabeza y para evitar que se muerda la lengua o se atragante debe colocarse en la boca un tubo de mayo o baja lengua forrado con tela.
- Se debe contemplar siempre la posibilidad de un paro cardíaco para lo cual el personal debe de estar preparado, manteniendo la vía aérea libre, la infusión de fluidos y la aplicación oportuna de cardiotónicos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo y diseño general del estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de complicaciones obstétricas registradas en el centro de salud Miguel Ángel Plazaola en el periodo de enero a diciembre del 2007 los cuales fueron manejados por el personal de salud existente.

Área de Estudio:

Centro de Salud "Miguel Ángel Plazaola" Unidad de Salud de mayor resolución en el Municipio El Tortuguero.

Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS)

Cabecera municipal: Nuevo Amanecer (Tortuguero).

Límites:

- Al norte con el municipio de La Cruz de Río Grande
- Al sur con los municipios de Laguna de Perlas, Kukra Hill y El Rama
- Al este con los municipios de Laguna de Perlas y Desembocadura de Río Grande de Matagalpa
- Al oeste con los municipios de El Rama, El Ayote y Paiwas.

Población total: 23,129.

ORGANIZACION TERRITORIAL DEL MUNICIPIO

MICRO-REGIÓN	SEDE	COMARCAS	
I	Walpa Pihni	Walpa Pihni El Espavel Sula Tihgni	San Isidro El Papel Chili Creek
II	Good Living	Good Living El Lajero	Waula Tihgni Aguas Hondas
III	Karahola	Karahola Río Silva La Palma	Caño Azul El Pavón
IV	EL TORTUGUERO	EL TORTUGUERO Pahara Tihgni San Juan	Nuevo Belén El Salto Bosayan El Bambú
V	San Miguel Sector	San Miguel Sector San Miguel Central	Kasmi Tihgni Central Kasmi Tihgni Sector
VI	La Guitarra	La Guitarra Mata de Caña Wasmuk	El Cedro San Miguel de Calzón Quemado
VII	San Antonio	San Antonio de Kukarawala Santa Rita	San Rafael Tintas Verdes
VIII	Waspado	Waspado Sawawas	San Martín

Fuente, PRORAAS II, 2000.

Universo de estudio:

83 casos registrados que presentaron complicaciones obstétricas y que fueron manejados en el centro de salud en el año 2007.

La unidad de análisis y observación:

83 expedientes de pacientes que presentaron las principales complicaciones obstétricas y que están registradas en la unidad de salud que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todas las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas y que acudieron a la unidad de salud Miguel Ángel Plazaola en el año 2007.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los casos de pacientes con expediente clínico incompleto.

Aspectos éticos:

El trabajo investigativo se realizó de fuente secundaria y se omitió el nombre de las pacientes utilizando solo el numero de expediente, los datos encontrados son utilizados para fines investigativos respetando así la privacidad de la usuaria, el trabajo fue aprobado por el director del Centro de Salud.

Instrumentos de recolección de la información:

Ficha de recolección de información estructurada en 6 acápites.
Instrumento de monitoreo de las complicaciones obstétricas.

Fuente: Secundaria.

Procedimientos para la recolección de información:

Se buscaron los casos de complicaciones obstetricias en los libros de registro de ingresos y egresos, en el libro de registro de labor y parto, así como también en el libro de traslados de pacientes del centro de salud del municipio. Luego se procedió a la búsqueda de expedientes clínicos en el área de estadística y se excluyeron los expedientes incompletos, se encontraron 83 expedientes completos a los cuales se les aplicó una ficha de recolección de información la que se diseño tomando en cuenta la HCPB (características generales, antecedentes patológicos, obstétricos, embarazo actual) y el instrumento de estándares de calidad de AIMNA-MINSA y protocolo para el manejo de las complicaciones obstétricas.

Procesamiento y análisis de la información:

Se realizó codificación de cada una de las variables con el programa SPSS versión 12.0.1 Para el análisis y discusión de los resultados se utilizaron pruebas estadísticas de frecuencia con números reales y con porcentajes.

Se utilizaron las normas de atención de las complicaciones obstétricas para comparar el manejo de las mismas de los casos encontrados con el instrumento de AIMNA-MINSA, normas y protocolos del MINSA para el manejo, donde se valoró el cumplimiento del tratamiento dado a estas.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la complicación.	Expediente clínico	<20 años 20-35 años >35 años
Procedencia	Lugar de residencia referido por la mujer al ser atendida.	Expediente clínico	Urbana Rural
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado hasta el momento de la visita al centro de salud.	Expediente clínico	Ninguna Primaria Secundaria Universidad
Estado civil	Situación o condición conyugal referida por la paciente al momento de la consulta.	Expediente clínico	Soltera Casada Unión estable
Antecedentes Patológicos Personales	Condición o estado mórbido de la paciente, presente antes del embarazo actual.	Expediente clínico	HTA Diabetes Tb Preeclampsia Eclampsia Cardiopatías Cirugías del tracto reproductivo VIH Neuropatía
Antecedentes Patológicos Familiares	Condición o estado mórbido de familiares de la paciente que pueden afectar el estado actual del embarazo.	Expediente clínico	HTA Diabetes Tb Preeclampsia Eclampsia
Gestas	Numero de embarazos que la paciente ha tenido sin incluir el embarazo actual.	Expediente clínico	PG BG TG MG GMG
Partos	Finalización del Embarazo después de las 20 semanas de gestación, > 500 gr. con producto viable o no viable.	Expediente clínico	Nulípara Primípara Multípara
Aborto	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea con producto inferior a 500gr.	Expediente clínico	1 2 3+

Cesárea	Procedimiento que consiste en la extracción del feto y anexos a través de la incisión de la pared del abdomen y el útero.	Expediente clínico	1 2 3+
---------	---	--------------------	--------------

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Óbito	Es la muerte de un producto de la concepción a partir de las 22 semanas o más de la gestación.	Expediente clínico	1 2 3+
Nacidos vivos	Expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción que después de la separación respire o de otra señal de vida.	Expediente clínico	1 2 3+
Espacio intergenésico	Tiempo transcurrido desde la fecha del ultimo parto, aborto o cesárea hasta inicio del embarazo actual.	Expediente clínico	No tiene <1 año 1 a 5 años >5 años
Edad gestacional	Tiempo cronológico medido en semanas desde la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo expresado en semanas.	Expediente clínico	1- 19 6/7 20-27 6/7 28-36 6/7 37-41 6/7 >42 semanas. Puerperio.
Alfabetismo	Conocimiento para saber leer y escribir.	Expediente clínico	Alfabeta Analfabeta
Aplicación de la vacuna dT	Inmunización de la embarazada para prevenir el tétano Neonatal.	Expediente clínico	Se aplicó No se aplicó

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Control prenatal	Citas al centro de salud para evaluar la evolución del embarazo antes del parto.	Expediente clínico	Ninguno 1-3 4+
Pruebas y Exámenes de laboratorio	Métodos diagnósticos y procedimientos realizados a la embarazada en el transcurso del embarazo actual.	Expediente clínico	PAPs VIH VDRL Hb EGO
Complicaciones obstétricas	Estado mórbido el cual pone en riesgo la vida de la madre y el producto durante el Embarazo parto y puerperio.	Expediente clínico	Aborto Embarazo ectópico Placenta previa DPPN Rotura uterina HTAC HTAC+ Preeclampsia HTA inducida por el embarazo Preeclampsia Eclampsia RPM Trabajo de parto obstruido Hemorragia postparto Sepsis puerperal

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Manejo de las complicaciones obstétricas	Abordaje que se les dio a las complicaciones obstétricas según normas del MINSA	Expediente clínico	Cumple No cumple
Lugar de manejo	Unidad de salud donde se manejo la complicación obstétrica.	Expediente Clínico.	Hospital C/S
Recurso Humano que manejo la complicación	Personal de salud que brindo la atención.	Expediente Clínico.	Médico General Médico en SS

RESULTADOS

Una vez recolectada la información y analizado los datos, encontramos los siguientes resultados: de los 83 casos de complicaciones obstétricas atendidas en el centro de salud Miguel Ángel Plazaola en el 2007 en el municipio Tortuguero:

Características generales sociodemográficas:

Las edades de las pacientes en su mayoría estaban entre los 20-35 años con 57.8% (48) seguidos del 33.7% (28) en menores de 20 años y solo un 8.4% (7) en mayores de 35 años (Tabla 1).

Las pacientes procedían de la zona rural en un 81.9% (68) y solo el 18.1% (15) eran del casco urbano (Tabla 5).

Las pacientes en su mayoría procedían de la cabecera municipal el Tortuguero 18.1% (15), seguido de la comunidad de Waspado 12% (10), Kasmiting 8.4% (7) Belén, Caño Azul, Lajero y San Juan, cada una con 7.2% (6) (Tabla 6).

El estado civil de las pacientes pertenecía en un 57.8% (48) a unión estable, seguido de un 32.5% (27) de mujeres casadas (Tabla 2).

En cuanto a la escolaridad el 61.4% (51) no tenían estudios realizados, el 26.5% (22) estudió hasta la primaria y solo el 12% (10) tenían estudios de secundaria. Entre las pacientes atendidas el 56.6% (47) no sabían leer (Tabla 3 y 4).

Antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos:

El 97.6% (81) de las pacientes no tienen antecedentes personales patológicos y solo el 1.2% (1) presento antecedentes de Preeclampsia y el 1.2% (1) Tuberculosis (Tabla 12).

El 92.8% (77) de las pacientes atendidas no tenían antecedentes familiares, solo el 6% (5) presentaron HTA (Tabla 13).

Las mujeres en estudio el 36.1% (30) eran multigestas y 34.9% (29) eran primigestas (Ver tab. 7). En cuanto a la paridad el 51.8% (43) eran multíparas, el 34.9% eran nulíparas y solo el 13.3% (11) eran primíparas (Tabla 8).

La mayoría de las pacientes 77.1% (64) no presentaron antecedentes de aborto, seguido de un 13.3% (11) las cuales presentaron un aborto previo (Tabla 9).

El 56.6% (47) de las mujeres con complicaciones obstétricas tenían un espacio intergenésico de 1-5 años, seguido 34.9% (29) las cuales no tenían espacio intergenésico por ser primigestas (Tabla 10).

En su mayoría 39.8% (33) las pacientes tenían una edad gestacional entre 37-41 6/7 semanas, el 27.7% (23) eran puérperas, el 21.7% (18) tenían una edad gestacional entre 1-19 6/7 semanas (Tabla 11).

El 54.2%(45) recibieron de 1-3 CPN, un 30.1% (25) recibió de 4 a más CPN y solo un 15.7% (13) no recibieron ningún control prenatal (Tabla 14).

Al 86.6% se le aplicó la vacuna dT durante su embarazo (Tabla 15).

No se le realizó PAPs al 91.6% (76) de las pacientes, al 66.3% (55) se le realizó la prueba del VIH, al 96.4% no se le realizó VDRL, al 86.7% (72) no se le realizó examen de Hemoglobina y al 84.3% (70) no se le realizó EGO en sus controles (Tablas 16, 17, 18, 19 y 20).

Complicaciones obstétricas:

Las principales complicaciones obstétricas encontradas en las mujeres atendidas destacaban los SHG con 33.7% (28) de los cuales 16.9% (14) no estaban clasificados, 7.2% (6) eran HTA inducida por el embarazo, 4.8% (4) preeclampsia moderada, 3.6% (3) preeclampsia grave y solo el 1.2% (1) fue eclampsia (Tabla 21).

El 13.2% (11) de las pacientes fue atendida por amenaza de aborto, seguido de trabajo de partos obstruidos 12% (10), atonía uterina 8.4% (7) y abortos completos, RPM e infecciones pélvicas leves cada una con 7.2% (6) de los casos (Tabla 21).

En cuanto a la frecuencia de estas complicaciones por edades y paridad fue la siguiente (Tablas 27 y 28):

La amenaza de aborto se presentó en edades de 20-35 años en un 81.8%, 45.5% de los casos eran multigestas y el aborto séptico se presentó en una paciente de 20-35 años de edad multigesta.

Aborto y sus diferentes formas: se presentó en un 100% en mujeres de 20-35 años, siendo 83.3% de estas pacientes multigestas.

Hipertensión Arterial Inducida por el embarazo: se presentó en un 66.7% en mujeres menores de 20 años, de las cuales el 66.7% eran primigestas.

Preeclampsia moderada: en un 50% en menores de 20 años y de igual manera el 50% en mujeres de 20-35 años, 50% de mujeres eran primigestas y el otro 50% bigestas.

Preeclampsia grave: 66.7% se presentó en pacientes menores de 20 años, todas ellas primigestas.

El caso eclampsia se presentó en una paciente menor de 20 años siendo esta primigesta.

En cuanto a los Síndromes Hipertensivos Gestacionales no clasificados el 42.9% se presentó en pacientes de 20-35 años, seguido de un 35.7% en edades menores de 20 años, 42.9% de los casos eran primigestas y solo un 28.6% multigestas.

Las edades de las pacientes con RPM oscilan entre 20-35 años en un 66.7% de los casos, 50% de ellas primigestas.

El trabajo de parto obstruido se presentó en un 50% en pacientes de 20-35 años, del total de los casos 50% eran multigestas y 40% primigestas.

La atonía uterina se presentó en un 57.1% en mujeres de 20-35 años, 42.9% del total de casos eran multigestas.

Los desgarros vaginales se dieron en un 50% tanto en mujeres menores de 20 años como en pacientes de 20-35 años de edad, estos se presentaron en el 50% en pacientes primigestas y el otro 50% en bigestas.

La retención placentaria se presentó principalmente en mujeres de 20-35 años en el 66.7% de los casos, el 100% de los casos son multigestas.

Los casos de infecciones pélvicas leves se presentó en un 66.7% en mujeres de 20-35 años, 33.3% de los casos se presentó tanto en primigestas como en trigestas.

Cumplimiento en el manejo y recurso:

En un 51.8% (43) el manejo de estas complicaciones cumplió con lo establecido en las normas y protocolos establecidos del MINSA para el manejo de las complicaciones obstétricas y el 48.2% (40) no cumplió con dichas normas (Tabla 22).

De las 83 pacientes el 73.5% (61) fue atendida por un médico en servicio social y el 26.5% (22) por médicos generales del centro de salud. De los 22 casos manejados por médico general 63.6% (14) no cumplieron con las normas y solo un 36.4% (8) cumplieron; en cuanto a los casos atendidos por médicos en servicio social, el 57.4% (35) cumplieron con el manejo establecido en las normas del MINSA y el 42.6% (26) no lo hicieron (Tabla 23 y 25).

De las complicaciones obstétricas atendidas se cumplió con el manejo en un 100% de los casos de acuerdo a las normas en la amenaza de aborto, retención de restos placentarios y placenta, desgarros vaginales y eclampsia.

El manejo no fue cumplido en el 100% de los casos de aborto séptico, infecciones pélvicas leves, preeclampsia grave, seguidos de SHG no clasificado en un 92.9% y atonía uterina con 71.4% (Tabla 26).

El 88% (73) de los casos fueron manejados hasta su alta en el centro de salud y el 12% (10) se trasladaron al hospital regional (Tabla 24).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados encontrados en nuestro estudio nos brindan información importante sobre la frecuencia de las complicaciones obstétricas en el municipio Tortuguero y su manejo aplicado a las normas y protocolos del MINSA que se presentaron en el centro de salud Miguel Ángel Plazaola en el 2007, el cual es un centro de atención primaria que funciona como centro de salud con cama sin estar catalogado por el Ministerio de Salud como tal:

Las pacientes en estudio que presentaron complicaciones obstétricas pertenecían al grupo etáreo entre 20-35 años 57.8% relacionados en los registros existentes en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del país donde se presenta la mayoría de muertes maternas por complicaciones obstétricas en este grupo etáreo, esto puede deberse a que la mayoría de embarazos se presentan en estas edades¹.

Las complicaciones obstétricas están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente⁸. La zona rural sigue siendo el punto vulnerable para que la mujer embarazada se complique, en el presente estudio las pacientes en su mayoría procedían del área rural 81.9% (Waspado, Kasmiting Belén, Caño Azul, Lajero, San Juan, etc.), lo que también coincide con las características del municipio en el cual la gran mayoría de población se concentra en la zona rural³, cabe destacar que la lejanía y la falta de medio de transporte en la zona dificultan el acceso a los centros de salud existentes.

Un factor importante para comprender el comportamiento de la población en cuanto a su salud, es el nivel de educación, en las pacientes atendidas menos de la mitad tenían estudios de primaria 26.5%, la gran mayoría de ellas no sabían leer ni escribir 56.6% y el estado civil de las pacientes era unión estable en un 57.8%. Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales.

Por lo tanto, la muerte o la discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja en la que se encuentran muchas mujeres en los países de América Latina y el Caribe según la OPS/OMS discutido en la conferencia de Estrategia para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna⁸.

Los antecedentes patológicos de las pacientes son de importancia para valorar el transcurso del embarazo, sin embargo las pacientes en estudio no presentaron antecedentes patológicos en más del 90%. En el presente estudio uno de los casos presentó antecedente personal de preeclampsia en el embarazo anterior, el cual no se relacionó con un SHG en el embarazo actual, defiriendo con la bibliografía (Schwarcz) en la que cita que las pacientes con SHG previo, tienen mas probabilidades de presentarlo en los embarazos siguientes⁶; sin embargo el hallazgo no es concluyente ya que se necesita estudiar más casos con antecedentes de preeclampsia para tener una mejor percepción de las mismas en el embarazo actual.

El número de embarazos es de gran importancia para la predisposición de las complicaciones obstétricas⁶, nuestro estudio reveló que las mayoría de los casos las pacientes eran primigestas 34.9% y multigestas 36.1%.

Las complicaciones obstétricas en nuestro estudio se presentaron en su mayoría al final del embarazo 39.8% y en el puerperio 27.7%, no siempre pueden predecirse ciertas complicaciones durante el parto y el puerperio, como la atonía uterina (la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto) o la retención de la placenta⁸.

Las pacientes de nuestro estudio presentaron al menos 1-3 CPN 54.2%. Entre las normas vigentes del Ministerio de Salud, está, brindar como mínimo 4 controles, a un embarazo de bajo riesgo⁹. Sin embargo, está demostrado que la atención prenatal, por sí sola, no es suficiente para reducir la morbilidad materna (OPS/OMS Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas 2002.)⁸.

El 56.6% de las casos las pacientes presentaban un espacio intergenésico entre 1-5 años de edad, no coincidiendo con lo establecido en la literatura que revela que las pacientes que tienen mas riesgo de complicación en el embarazo han presentado espacios intergenésicos cortos (<1 año) o prolongados (>5 años)^{5,6}.

Unos de los componentes del control prenatal sobre el cual se investiga de una forma particular, es la vacunación con el Toxoide Tetánico, sólo o combinado con otros biológicos. Según la norma vigente, en Nicaragua, las gestantes deben tener al menos una vacuna antitetánica, aunque hayan recibido con anterioridad otras dosis. A partir de 1993, en Nicaragua se intensificó una vacunación masiva a mujeres en edad fértil y desde 1997 no se ha reportado ningún caso de tétano neonatal. En el presente estudio se encontró que a las pacientes se le aplicó la vacuna dT en un 86.6%; según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007 las mujeres en edad fértil en Nicaragua, han comenzado a ser vacunadas contra la difteria y el tétano (dT), en vez de la TT. El 91 por ciento de las mujeres recibieron al menos una dosis. A excepción de las regiones autónomas, todos presentan más del 90% de mujeres gestantes vacunadas. Los departamentos de las Segovias y los del Pacífico tienen mayores porcentajes de embarazadas vacunadas, por encima del 92 por ciento⁹.

La realización de exámenes de laboratorio es un punto importante en el manejo de la mujer embarazada, nuestro estudio en el centro de salud Miguel Ángel Plazaola reveló que a la mayoría de las pacientes no se le realizaron exámenes importantes como PAPs, VDRL, Hb y EGO, sin embargo se les realizó las pruebas rápidas de VIH al 63.3% de los casos, esto es de importancia ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la infección por el VIH/SIDA como un factor fundamental de defunciones obstétricas directas como la infección puerperal y complicaciones del aborto provocado⁸.

Las principales complicaciones obstétricas encontradas en nuestro estudio fueron los Síndromes Hipertensivos Gestacionales 33.7% del total, de los cuales en su mayoría no se clasificaron, al no realizarse prueba con cinta reactiva para detectar proteinuria, otro dato importante es que las pacientes que presentaron SHG eran en su mayoría menores de 20 años y primigestas lo que se relaciona con la literatura^{5,6}. Otras complicaciones obstétricas encontradas en nuestro estudio en orden de frecuencia fueron: la amenaza de aborto que se presentó en un 13.2% de los

casos, principalmente en mujeres de 20-35 años y multigestas; trabajo de parto obstruido y atonía uterina. Sin embargo la frecuencia de complicaciones obstétricas de nuestro estudio no se correlaciona con las estadísticas actuales que revelan que la mayoría de las complicaciones obstétricas se deben a hemorragia de la primera mitad del embarazo^{1,5}. En 26ª conferencia sanitaria panamericana y 54ª sesión del comité regional Washington (Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas en el 2002), al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia, la septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes de complicaciones en el embarazo, seguidas por las complicaciones del puerperio⁸.

La estandarización en el manejo de las complicaciones obstétricas basadas en normas y protocolo de atención como estrategia del MINSA, garantiza una mejor atención a las pacientes, sin embargo, en nuestro estudio solo la mitad de los casos (51.8%) el manejo se basó en su totalidad en dichas normas; el porcentaje restante no cumplió en todo lo establecido por el protocolo, por ejemplo las dosis de mantenimiento de Sulfato de Magnesio no se aplicaron en los casos de preeclampsia grave, la aplicación de dosis de carga de antibióticos en las sepsis puerperales y AMEU después de 8 horas de establecido la antibioticoterapia.

Además el manejo de las complicaciones obstétricas recayó en médicos en servicio social (73.5%) esto es debido posiblemente, a que en la unidad el personal que permanece son los médicos en servicio social ya que los médicos generales se encuentran en otras actividades fuera de la unidad de salud (brigadas, capacitaciones, etc.). Un dato importante contradictorio es que de los casos manejados por médicos generales (22), la mayoría no cumplieron con las normas, en cambio de los casos manejados por Médicos en Servicio Social (61), más de la mitad de los casos cumplieron en el manejo establecido en las normas y protocolos del MINSA.

Las complicaciones con manejo apegado en un 100% a las normas y protocolos del MINSA fueron las amenazas de aborto, retención de restos placentarios, retención de placenta, desgarros vaginales y Eclampsia.

CONCLUSIONES

1. La población de mujeres más afectada se encontraba en el grupo etáreo entre 20-35 años de edad, en su mayoría con estado civil de unión estable, procedente de la zona rural (entre las comunidades del tortuguero las más afectadas fueron Waspado y Kasmiting) y analfabetas.
2. Las pacientes en estudio no presentaron antecedentes patológicos personales y familiares relevantes que incidiera en la complicación obstétrica del embarazo actual. Las complicaciones obstétricas están relacionadas con pacientes primigestas y multigestas y éstas se presentaron mayormente al final del embarazo y el puerperio. En cuanto al Control Prenatal, solo el 30% recibió un CPN óptimo (más de 4 controles). El espacio intergenésico no tuvo relación con las complicaciones ya que casi todos los casos tenían un embarazo anterior entre 1-5 años
3. El SHG es la complicación más común que se presentó en el municipio del Tortuguero muchos de los cuales no fueron clasificados, seguido de la amenaza de aborto, trabajo de parto obstruido y atonía uterina.
4. Se está realizando cumplimiento de las normas y protocolos de manejo de las complicaciones obstétricas en más de la mitad de los casos. El mayor número de complicaciones fueron atendidas por médicos en servicio social, en un buen porcentaje apegado a las normas y protocolos de atención del MINSA, no siendo así los casos atendidos por médicos generales los que atendieron menos complicaciones obstétricas y el manejo aplicado a las normas no se cumplió en un alto porcentaje. Las complicaciones que se manejan en su totalidad apegado a las normas y protocolos son la amenaza de aborto, retención de restos placentarios, retención de placenta, desgarros vaginales y eclampsia; y las que no se manejan de acuerdo a dichas normas son las sépsis puerperales. El laboratorio del centro de salud no funciona adecuadamente ya que a la mayoría de las pacientes no les realizó exámenes de laboratorio importantes como PAPs, VDRL, EGO, Hb que se ofrecen en el centro de salud y en muchos casos no fueron indicados por el personal; no obstante la prueba del VIH se le está realizando a un buen porcentaje de pacientes previo a su complicación obstétrica así como la aplicación de la vacuna dT se cumplió en porcentaje aceptable para la región. Cabe destacar que la mayoría de estas complicaciones se manejaron en el centro de salud.

RECOMENDACIONES

A nivel local:

1. Involucrar más a la red comunitaria en la captación identificación y referencia de todas las pacientes embarazadas ya que ellas proceden de la zona rural y son de estratos sociales bajos.
2. Mejorar la accesibilidad a las unidades de salud, la organización del transporte y el financiamiento comunitario de la salud son acciones positivas que contribuyen a un mayor acceso de la población y en conjunto con el MINSA y alcaldía del municipio, construir puestos de salud en las zonas más afectadas.
3. El personal de salud debe hacer un buen llenado de la HCPB para tener mejor información de las pacientes en su embarazo. Realizar programas educativos en el centro de salud, radio local del municipio y en conjunto con la red comunitaria, estos esfuerzos en pro que las mujeres puedan aumentar sus recursos personales como el conocimiento, la capacidad cognitiva y la de optar por alternativas saludables. Así como también intensificar el cuidado de las pacientes Primigestas y Multigestas en los controles prenatales, que son el grupo de mujeres con mayor riesgo de complicarse durante su embarazo, además realizar educación continua sobre las complicaciones obstétricas para mejorar la calidad de atención de las pacientes.
4. El laboratorio debe garantizar la realización de exámenes ofertados en la unidad de salud en especial a los que están normados para la mujer embarazada, necesarios para un mejor control del embarazo.
5. El director municipal debe gestionar las mejoras de la unidad de salud para una mejor atención del embarazo parto y puerperio, y que proporcione lo mínimo necesario para atender las complicaciones obstétricas.

A nivel regional:

1. El SILAIS RAAS debe intensificar la promoción, divulgación y capacitación del personal de salud sobre las normas y protocolos de manejo de las complicaciones obstétricas involucrando a los responsables de docencia de los diferentes municipios de la región para el cumplimiento de estas, haciendo más énfasis en la capacitación a médicos en servicio social los cuales inciden más en el manejo de las pacientes con complicaciones obstétricas en las comunidades.
2. Promover políticas públicas y normas eficaces a nivel nacional y municipal, brindar servicios de salud reproductiva: garantizar la atención obstétrica esencial y la atención del parto por personal calificado.
3. Reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas en la región.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINSA. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/ Situación de la Mortalidad Materna Años 2004- 2005-2006-2007 hasta la semana 20.*
2. MINSA/ Guía para el manejo del neonato/ Managua, Nic. Marzo 2007.
3. Gobierno Regional RAAS / Ficha Municipal Municipio El Tortuguero
www.inifom.gob.ni/municipios/documentos/ATLANTICO/SUR/el_tortugero.pdf
4. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. INEC 1998-1999.
5. Ministerio de Salud dirección general de Servicios de salud/ Normas y protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. Diciembre del 2006.
6. Ricardo L. Schwarcz / Obstetricia/ Librería editorial El Ateneo 6ª edición, 2005.
7. Bertram G. Katzung / Farmacología básica y clínica / Editorial El Manual Moderno 8ª edición, 2002.
8. OPS/OMS / Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. / 26.a conferencia sanitaria panamericana 54.a sesión del comité regional *washington, d.c., eua, 23-27 de septiembre de 2002.*
9. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) Ministerio de Salud/Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07 INFORME PRELIMINAR/ MINSA Managua Proyecto ENDESA Agosto 2007.

Anexos

TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Edades	Número de casos	Porcentaje
<20 años	28	33,7
20-35 años	48	57,8
>35 años	7	8,4
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 2. Estado civil de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Estado civil	Número de casos	Porcentaje
Soltero	8	9,6
Casado	27	32,5
Unión estable	48	57,8
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 3. Escolaridad de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007

Escolaridad	Número de casos	Porcentaje
Ninguna	51	61,4
Primaria	22	26,5
Secundaria	10	12,0
Universidad	0	0,0
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 4. Porcentaje de alfabetismo en las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Alfabetismo	Número de casos	Porcentaje
Alfabetizada	36	43,4
Analfabetizada	47	56,6
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 5. Procedencia de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Procedencia	Número de casos	Porcentaje
Urbana	15	18,1
Rural	68	81,9
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 6. Comunidad de origen de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Comunidad	Número de casos	Porcentaje
BELEN	6	7,2
CAÑO AZUL	6	7,2
CHACACHACA	3	3,6
CHILICRICK	1	1,2
EL ESPAVEL	2	2,4
EL MANGO	1	1,2
EL NARANJO	1	1,2
EL SALTO	2	2,4
EL TAMARINDO	1	1,2
KARAHOLA	3	3,6
KASMITING	7	8,4
LA CONCEPCION	1	1,2
LA GUITARRA	1	1,2
LAJERO	6	7,2
PAJARATINGNI	1	1,2
SAN FRANCISCO	1	1,2
SAN JUAN	6	7,2
SAN MIGUEL	5	6,0
SANTA RITA	1	1,2
SAWAWAS	1	1,2
SULATING	1	1,2
TORTUGUERO	15	18,1
WASPADO	10	12,0
WAWALATINGNI	1	1,2
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 7. Antecedentes gestacionales de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Gestas	Número de casos	Porcentaje
Primigesta	29	34,9
Bigesta	9	10,8
Trigesta	8	9,6
Multigesta	30	36,1
Gran Multigesta	7	8,4
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 8. Paridad en las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Paridad	Número de casos	Porcentaje
Nulípara	29	34,9
Primípara	11	13,3
Multípara	43	51,8
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 9. Antecedentes de abortos en las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Numero de abortos	Número de casos	Porcentaje
0	64	77,1
1	11	13,3
2	5	6,0
3	2	2,4
4	1	1,2
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 10. Espacio Intergenésico de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Años	Número de casos	Porcentaje
<1año	2	2,4
1-5años	47	56,6
>5años	5	6,0
No tiene	29	34,9
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 11. Edad Gestacional de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Edad gestacional	Número de casos	Porcentaje
1-19 6/7	18	21,7
20-27 6/7	0	0,0
28-36 6/7	7	8,4
37-41 6/7	33	39,8
>42	2	2,4
Puerperio	23	27,7
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 12. Antecedentes Personales Patológicos en las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Antecedente	Número de casos	Porcentaje
Preeclampsia	1	1,2
Tuberculosis	1	1,2
Ninguno	81	97,6
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 13. Antecedentes Familiares Patológicos en las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Antecedente	Número de casos	Porcentaje
Hipertensión arterial	5	6,0
Diabetes	1	1,2
Ninguno	77	92,8
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 14. Numero de Controles Prenatales realizado a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S MAP 2007.

No. de CPN	Número de casos	Porcentaje
Ninguno	13	15,7
1-3	45	54,2
4+	25	30,1
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 15. Aplicación de la vacuna dT a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

dT	Número de casos	Porcentaje
Aplicada	72	86,7
No aplicada	11	13,3
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 16. Toma de PAPs a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

PAPs	Número de casos	Porcentaje
Se tomó	7	8,4
No se tomó	76	91,6
Total	83	100,0

Tabla 17. Toma de la prueba de VIH a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

VIH	Número de casos	Porcentaje
Si se realizó prueba	55	66,3
No se realizó prueba	28	33,7
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 18. Toma de la prueba de VDRL a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

VDRL	Número de casos	Porcentaje
Si se realizó prueba	3	3,6
No se realizó prueba	80	96,4
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 19. Realización de examen de Hb a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Examen Hemoglobina	Número de casos	Porcentaje
Si se realizó	11	13,3
No se realizó	72	86,7
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 20. Realización de Examen General de Orina a las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Examen General de Orina	Número de casos	Porcentaje
Si se realizó	13	15,7
No se realizó	70	84,3
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 21. Complicación Obstétrica en las pacientes atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Complicación	Número de casos	Porcentaje
Síndromes Hipertensivos Gestacionales		
HTA inducida por el embarazo	6	7,2
Preeclampsia moderada	4	4,8
Preeclampsia grave	3	3,6
Eclampsia	1	1,2
SHG no clasificado	14	16,9
RPM	6	7,2
Trabajo de parto obstruido	10	12,0
Hemorragia postparto		
Atonía uterina	7	8,4
Desgarro de vagina	2	2,4
Retención de placenta	3	3,6
retención de restos placentarios	3	3,6
Infección pélvica leve	6	7,2
Aborto		
Aborto Completo	6	7,2
Amenaza de aborto	11	13,3
Aborto Séptico	1	1,2
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 22. Cumplimiento del Manejo de las Complicación Obstétrica basados en las normas y protocolos del MINSA en las pacientes atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Manejo	Número de casos	Porcentaje
Cumple	43	51,8
no cumple	40	48,2
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 23. Personal de salud que atendió a las pacientes con Complicación Obstétrica en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Personal de salud	Número de casos	Porcentaje
Médico General	22	26,5
Medico servicio social	61	73,5
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 24. Decisión final del lugar de manejo de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Decisión	Número de casos	Porcentaje
Traslado a hospital	10	12,0
Manejo en Centro de Salud	73	88,0
Total	83	100,0

Fuente: secundaria

Tabla 25. Cumplimiento del manejo basado en normas por recurso de las pacientes con complicación obstétrica atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Manejo	Recurso		Total
	Médico General	Medico servicio social	
Cumple	8 36,4%	35 57,4%	43 51,8%
no cumple	14 63,6%	26 42,6%	40 48,2%
Total	22 100,0%	61 100,0%	83 100,0%

Fuente: secundaria

Tabla 26. Cumplimiento del manejo basado en normas por complicación obstétrica, de las pacientes atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Complicación Obstétrica	Manejo Cumple	Manejo no cumple	Total
HTA inducida por el embarazo	3 50,0%	3 50,0%	6 100,0%
Preeclampsia moderada	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%
Preeclampsia grave	0 ,0%	3 100,0%	3 100,0%
Eclampsia	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
SHG no clasificado	1 7,1%	13 92,9%	14 100,0%
RPM	2 33,3%	4 66,7%	6 100,0%
Trabajo de parto obstruido	8 80,0%	2 20,0%	10 100,0%
Atonía uterina	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%
Desgarro de vagina	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
Retención de placenta	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
Retención de restos placentarios	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
Infección pélvica leve	0 ,0%	6 100,0%	6 100,0%
Aborto Completo	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%
Amenaza de aborto	11 100,0%	0 ,0%	11 100,0%
Aborto Séptico	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
TOTAL	43 51,8%	40 48,2%	83 100,0%

Fuente: secundaria

Tabla 27. Complicación obstétrica y su frecuencia por edades de las pacientes atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Complicación Obstétrica	Edad			Total
	<20 años	20-35 años	>35 años	
HTA inducida por el embarazo	4 66,7%	2 33,3%	0 ,0%	6 100,0%
Preeclampsia moderada	2 50,0%	2 50,0%	0 ,0%	4 100,0%
Preeclampsia grave	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
Eclampsia	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
SHG no clasificado	5 35,7%	6 42,9%	3 21,4%	14 100,0%
RPM	2 33,3%	4 66,7%	0 ,0%	6 100,0%
Trabajo de parto obstruido	4 40,0%	5 50,0%	1 10,0%	10 100,0%
Atonía uterina	1 14,3%	4 57,1%	2 28,6%	7 100,0%
Desgarro de vagina	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	2 100,0%
Retención de placenta	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Retención de restos placentarios	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
Infección pélvica leve	2 33,3%	4 66,7%	0 ,0%	6 100,0%
Aborto Completo	0 ,0%	6 100,0%	0 ,0%	6 100,0%
Amenaza de aborto	2 18,2%	9 81,8%	0 ,0%	11 100,0%
Aborto Séptico	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
Total	28 33,7%	48 57,8%	7 8,4%	83 100,0%

Fuente: secundaria

Tabla 28. Complicación obstétrica y su frecuencia por número de gestas en las pacientes atendidas en el C/S Miguel Ángel Plazaola 2007.

Complicación Obstétrica	Gestas					Total
	Primigesta	Bigesta	Trigesta	Multigesta	Gran Multigesta	
HTA inducida por el embarazo	4 66,7%	1 16,7%	0 ,0%	1 16,7%	0 ,0%	6 100,0%
Preeclampsia moderada	2 50,0%	2 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
Preeclampsia grave	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
Eclampsia	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
SHG no clasificado	6 42,9%	0 ,0%	1 7,1%	4 28,6%	3 21,4%	14 100,0%
RPM	3 50,0%	0 ,0%	1 16,7%	2 33,3%	0 ,0%	6 100,0%
Trabajo de parto obstruido	4 40,0%	0 ,0%	0 ,0%	5 50,0%	1 10,0%	10 100,0%
Atonía uterina	0 ,0%	2 28,6%	0 ,0%	3 42,9%	2 28,6%	7 100,0%
Desgarro de vagina	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
Retención de placenta	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%
Retención de restos placentarios	2 66,7%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
Infección pélvica leve	2 33,3%	1 16,7%	2 33,3%	0 ,0%	1 16,7%	6 100,0%
Aborto Completo	1 16,7%	0 ,0%	0 ,0%	5 83,3%	0 ,0%	6 100,0%
Amenaza de aborto	1 9,1%	1 9,1%	4 36,4%	5 45,5%	0 ,0%	11 100,0%
Aborto Séptico	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
Total	29 34,9%	9 10,8%	8 9,6%	30 36,1%	7 8,4%	83 100,0%

Fuente: secundaria

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

I. Datos Generales de la paciente:

No Expediente: _____ **Edad:** _____

Procedencia: _____ Urbana ☐ Rural ☐

Estado civil:

Soltera ☐ Casada ☐ Unión Estable ☐

Escolaridad:

Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Ninguna ☐

Alfabeto:

Si ☐ No ☐

II. Antecedentes

Obstétricos:

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ Óbitos: _____ Nacidos Vivos: _____

Espacio intergenésico:

<1 año ☐ 1-5años ☐ >5años ☐ No tiene ☐

Personales patológicos:

HTA ☐ Diabetes ☐ Preeclampsia ☐ Eclampsia ☐ TB ☐ Cardiopatías ☐
Cirugías del tracto reproductivo ☐ VIH ☐ Neuropatía ☐

Antecedentes Familiares:

HTA ☐ Diabetes ☐ TB ☐ Preclampsia ☐ Eclampsia ☐

III. Embarazo actual

No. CPN : _____

SG: _____ dT aplicada ☐ PAPs ☐ VIH ☐ VDRL ☐ Hb ☐ EGO ☐

IV. Complicaciones Obstétricas:

Hemorragia de la primera mitad del embarazo:

Aborto ☐ Embarazo ectópico ☐

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:

Placenta previa ☐ DPPN ☐ Rotura Uterina ☐

Síndrome Hipertensivo Gestacional:

HTAC ☐ HTAC+ Preeclampsia ☐ HTA Inducida por el Embarazo ☐
Preeclampsia: Moderada ☐ Grave ☐ Eclampsia ☐

R.P.M. ☐

Trabajo de parto Obstruido:

Fase activa prolongada ☐ D.C.P. ☐
Presentaciones anómalas: Cara ☐ Frente ☐ Bregma ☐ Pélvico ☐
Transverso ☐
Hipodinamia ☐ Fase Expulsiva prolongada ☐

Hemorragia Postparto

Atonia Uterina ☐ Desgarro del cuello Uterino ☐ Desgarro Vagina ☐

Desgarro de periné ☐ Retención de Placenta ☐ Inversión Uterina ☐

Retención de restos placentaria ☐ Cagulopatía Materna ☐

Sepsis Puerperal:

Infección Pélvica Leve ☐ Infección Pélvica Moderada ☐

V. Manejo de las Complicaciones Obstétricas

Alimentación: _____

Medicamentos: _____

Exámenes: _____

Procedimientos realizados: _____

Cuidados generales: _____

Decisión:

Manejo en C/S ☐ Traslado a Hospital ☐

Calificación del recurso: Medico General ☐ Medico en SS ☐ Enfermería ☐

Complicaciones Obstétricas Tortuguero-RAAS

1

Anexo 7

República de Nicaragua – Ministerio de Salud

Instrumento de Monitoreo de las Complicaciones Obstétricas: Listas de Chequeo por Complicación Obstétrica
Basado en las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, MINSA, Dic. 2006.

SHOCK: Basado en de Manual IMPAC de OMS WHO/RHR/00.7

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Shock. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con una **(+)** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple (+)** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente→							
		1	2	3	4	5	Prom
SHOCK: Criterios							
1	-Inició 2 infusiones IV con bránula 16 o mayor disponible.						
2	-Tomó muestra de sangre para hematócrito, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama.						
3	...Administró SSN o Ringer lactato, 1 L en 15-20 min.						
4	...Administró al menos 2 L de esos líquidos en la 1ª hora. (El objetivo es reponer 2-3 veces la pérdida de líquido calculada).						
5	-Indicó NPO si estaba en Shock.						
6	-Si no se pudo canalizar una vena, realizó venodisección.						
7	-Vigiló signos vitales cada 15 min y la pérdida de sangre.						
8	-Indicó / colocó sonda Foley (ingresos y diuresis)						
9	-Vigiló ingreso de líquidos y diuresis.						
10	-Indicó / administró oxígeno a 6-8 L por min por máscara o catéter nasal.						
11	-Determinó la causa de sangrado.						
12	-Si el sangrado era Profuso: Simultáneamente trató de detener el sangrado: oxitócicos, masaje uterino, compresión bimanual, compresión de aorta abdominal, preparativos para cirugía según causa.						
13	...Transfundió lo más pronto para reponer sangre.						
14	...Determinó causa del sangrado e inició manejo.						
15	Si sospechó Infección: .Recogió muestras de sangre, orina, pus para cultivo antes de iniciar antibióticos.						
16	.Administró combinación de antibióticos para aerobios y anaerobios.						
17	-Continuó estos antibióticos hasta que estuvo sin fiebre por 48 hrs.						
18	.Reevaluó el estado de la mujer para determinar signos de mejoría.						
19	Si sospechó Trauma como causa del Shock, preparó para cirugía.						
20	Reevaluó la respuesta de la mujer a líquidos en los 30 min. Mejora sí: ...Pulso se estabiliza: ≤ 90 por min. ...Presión sistólica en aumento: ≥ 100 mm HgMejoría del estado mental: menos confusión y ansiedad. ...Producción de orina en aumento: >30 ml / hora.						
21	Si la condición mejoró: .Ajustó la infusión de líquidos IV a 1 L en 6 hrs.						
22	.Continuó manejo para causa del Shock						
23	Si el estado de la mujer no mejoró ni se estabilizó, requirió manejo adicional Manejo Adicional: -Continuó líquidos IV ajustando a 1 L en 6 hrs y manteniendo oxígeno a 6-8 L por min. -Vigiló de cerca el estado de la mujer.						
24	-Realizó pruebas de laboratorio: hematócrito, Grupo y Rh, pruebas cruzadas.						
25	-Referida oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							

SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL (PREECLAMPSIA GRAVE):						
Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Preeclampsia Grave. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0 . Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con una (+) solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (+) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).						
Número de Expediente→						
PREECLAMPSIA GRAVE:						
Criterios	1	2	3	4	5	Prom
El Diagnóstico de Preeclampsia Grave se basó en:						
1 -Identificación de Presión Diastólica ≥ 110 mm Hg ó PA Media ≥ 126 mm Hg en 2 ocasiones con intervalo de 4 hrs. después de 20 Semanas de Gestación.						
2 - Identificación de Proteinuria en cinta reactiva 3+ o más en 2 tomas consecutivas e intervalo de 4 hrs.						
Medidas Generales:						
3 -Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica.						
4 -Colocó sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.						
5 -Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardíaca fetal cada hora.						
6 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca).						
7 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardíaca).						
Uso de Antihipertensivos en Preeclampsia Grave:						
8 -Indicó Hidralazina 5 mg IV en bolo lento cada 15 mins, máximo 4 dosis, previa valoración de la PA.						
9 -Si no había Hidralazina o respuesta fue inadecuada a la misma, indicó Labetalol 10 mg IV. Si respuesta fue inadecuada duplicó dosis cada 10 mins a 20 mg IV, 40 mg, hasta 80 mg.						
10 -En casos extremos indicó Nifedipina 10 mg PO cada 4 horas (nunca sublingual).						
11 -Mantuvo la PA Diastólica entre 90 y 99 mm Hg.						
Prevención de las Convulsiones:						
12 -Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio al 10%, 4 g (4 amp) IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins.						
13 -Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs.: Sulfato de Magnesio al 10%, 8 g (8 amp) en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min.						
14 -Continuó el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV hasta 24 horas después del parto / cesárea ó la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produjo de último.						
15 -Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio: Frecuencia respiratoria < 13 por min., ausencia de reflejo patelar, oliguria < 30 ml por hora en las 4 horas previas.						
16 -Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
17 -El nacimiento del bebé se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a la aparición de los síntomas o de establecido el diagnóstico.						
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL (ECLAMPSIA):						
Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Eclampsia. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0 . Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con una (+) solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (+) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).						
	Número de Expediente→					
ECLAMPSIA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
El Diagnóstico de Eclampsia se basó en:						
1 -Presencia o antecedentes de Convulsiones y/o Coma						
2 -Identificación de Presión Diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 Semanas de Gestación.						
3 -Identificación de Proteinuria en cinta reactiva 2+ o más.						
Medidas Generales:						
4 - Si no respiraba: Le ayudó a respirar usando Ambú y máscara ó le administró Oxígeno a razón de 4-6 litros por minuto por tubo endotraqueal.						
5 -Si respiraba: Administró Oxígeno 4-6 litros por minuto por máscara o catéter nasal.						
6 -Posicionó a la embarazada sobre su costado izquierdo.						
7 -Protegió a la mujer de traumatismos.						
8 -Canalizó con bránula 16 o de mayor calibre disponible e inició infusión de SSN o lactato Ringer a goteo apropiado para estabilización hemodinámica.						
9 -Colocó sonda vesical para monitorear diuresis y proteinuria.						
10 -Vigiló signos vitales, reflejos y frecuencia cardíaca fetal cada hora.						
11 -Auscultó bases pulmonares en busca de estertores (causados por edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca).						
12 -Si encontró estertores en bases pulmonares, restringió líquidos y administró 40 mg IV de Furosemida de una sola vez. (Indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardíaca).						
Manejo de las Convulsiones:						
13 -Aplicó Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio, Esquema Intravenoso Zuspan Sulfato de Magnesio al 10%, 4 g (4 amp) IV en 200 ml SSN, Ringer ó DW5% a pasar en 5 a 15 mins.						
14 -Inició con Dosis de Mantenimiento: En infusión IV 1 g por hora así, para cada 8 hrs.: Sulfato de Magnesio al 10%, 8 g (8 amp) en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min.						
15 -Si la convulsión recurrió después de 15 minutos de la dosis de la Dosis de Ataque de Sulfato de Magnesio: Administró 2 g de Sulfato de Magnesio al 10% (2 amp) en 100 ml de DW5% o SSN IV en aprox. 5 minutos.						
16 -Continuó el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV durante 24 horas después de la última convulsión.						
17 -Vigiló los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio: Frecuencia respiratoria < 13 por min., ausencia de reflejo patelar, oliguria < 30 ml por hora en las 4 horas previas.						
Uso de Antihipertensivos en Eclampsia si PA Diastólica > 110 mmHg:						
18 -Indicó Hidralazina 5 mg IV en bolo lento cada 15 mins, máximo 4 dosis, previa valoración de la PA.						
19 -Si no había Hidralazina o respuesta fue inadecuada a la misma, indicó Labetalol 10 mg IV. Si respuesta fue inadecuada duplicó dosis cada 10 mins a 20 mg IV, 40 mg, hasta 80 mg.						
20 -En casos extremos indicó Nifedipina 10 mg PO cada 4 horas (nunca sublingual).						
21 -Mantuvo la PA Diastólica entre 90 y 99 mm Hg.						
22 -Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
23 -En Eclampsia: El nacimiento del bebé se produjo dentro de las 12 horas que siguieron a la aparición de las convulsiones / coma.						
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO:

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de **Placenta Previa**, **DPPNI** ó **Rotura Uterina**. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con una **(+)** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple (+)** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarlos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente→						
	1	2	3	4	5	Prom
PLACENTA PREVIA: Criterios						
1	-NO realizó tacto vaginal (a menos que estuviere preparado para cesárea inmediata).					
2	-Inició una infusión IV y administre líquidos con SSN o Ringer con bránula 16 o mayor calibre.					
3	-Indicó Dexametasona para inducción de maduración pulmonar entre 24-34 SG: Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs por 4 dosis..					
De acuerdo a la cantidad del sangrado:						
4	... Si era profuso y continuo: indicó, realizó o refirió para cesárea, sin tomar en cuenta madurez fetal.					
5	... Si era leve o si se había detenido y feto vivo pero prematuro, consideró el manejo expectante hasta que se produjo el parto o el sangrado se hiciera profuso:					
6	... -La mantuvo hospitalizada hasta el nacimiento (Interrumpiéndolo a las 37 SG).					
7	... -Se aseguró que hubiese sangre disponible en caso de requerir transfusión.					
8	... -Si el sangrado se repitió, decidió el manejo después de valorar riesgo beneficio para la mujer y el feto del Manejo Expectante vs. Realización del Parto / Cesárea.					
Vía de interrupción del embarazo:						
9	-Si placenta era baja o marginal y dilatación cervical >8 cms: realizó amniotomía y nacimiento vaginal.					
10	-Si placenta era baja o marginal y cérvix no favorable al parto con o sin sangrado: indicó / realizó cesárea.					
11	-Si placenta era previa total: indicó / realizó o refirió para cesárea.					
12	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						
Número de Expediente→						
	1	2	3	4	5	Prom
DPPNI: Criterios						
1	-Realizó prueba de coagulación junto a la cama.					
2	-Transfundió, si era necesario (preferiblemente con sangre fresca.).					
3	-Indicó Dexametasona para inducción de maduración pulmonar entre 24-34 SG, según protocolos.					
4	-Si el sangrado era profuso (evidente u oculto), consideró (registró) que el nacimiento debía ser cuanto antes.					
5	-Si había dilatación completa, presentación de vértice y en tercer o cuarto plano de Hodge (parto inminente), se realizó parto vaginal (el que pudo ser asistido con vacuum ó fórceps).					
6	-Si el parto no era inminente indicó / realizó o refirió para cesárea.					
7	-Si el sangrado era leve a moderado, madre no estaba en peligro inmediato y FCF normal o ausente: rompió las membranas (con amniótomo o Pinza Kocher).					
8	-Si las contracciones uterinas eran deficientes, condujo el trabajo de parto con oxitocina.					
9	-Si el cuello uterino no era favorable (firme, grueso, cerrado), indicó / realizó o refirió para cesárea.					
10	-Si la FCF era anormal <100 ó >180 por min, esperó parto rápido, evitando maniobra de Kristeller y sus variantes (variantes están contraindicadas)..					
11	-Si el parto no era posible, indicó / realizó o refirió para cesárea.					
12	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

	Número de Expediente→						
	ROTURA UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1	-Estabilizó hemodinámicamente con líquidos IV (SSN o Ringer).						
2	-Repuso sangre perdida antes de operar.						
3	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable: Indicó / realizó o refirió para Cesárea (cirugía) inmediata.						
4	-Si el útero se podía reparar con menos riesgo que la histerectomía y bordes de desgarro no eran necróticos: reparó el útero (menor tiempo y menor pérdida de sangre).						
5	-Realizó la esterilización quirúrgica (Considerar esterilización quirúrgica).						
6	-Si el útero no se podía reparar , realizó histerectomía total o subtotal.						
7	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global:						

HEMORRAGIA POSTPARTO: (Hemorragia PostParto Inmediato / Primeras 24 horas):						
Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Hemorragia Postparto Inmediato. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0 . Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con una (+) solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (+) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).						
Número de Expediente→						
ATONÍA UTERINA: Criterios						
	1	2	3	4	5	Prom
Acciones Inmediatas:						
1	-Realizó masaje uterino					
2	-Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra.					
3	-Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual.					
Usó de oxitócicos juntos o en secuencia:						
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión.					
5	-Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).					
6	-Si se requirió transfusión, se realizó la misma.					
Maniobras (Que salvan vidas):						
7	-Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.					
8	-Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contraiera.					
9	-En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.					
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						
Número de Expediente→						
DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios						
	1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:						
1	-Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.					
2	-Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.					
Acciones Inmediatas:						
3	-Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné.					
4	-Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.					
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						
Número de Expediente→						
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios						
	1	2	3	4	5	Prom
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:						
1	-La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante					
Acciones Inmediatas:						
3	-Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.					
4	-Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.					
5	-Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical)..					
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:						
6	-Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min)..					
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo:						
7	-Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)..					
8	-Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.					
9	-Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario.					
10	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
Expediente Cumple:						
Promedio Global:						

	Número de Expediente→						
	RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1	-Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.						
2	-Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa.						
3	-Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.						
4	-Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global:						

	Número de Expediente→						
	INVERSIÓN UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1	-Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2	-NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3	-Si la mujer tenía dolor severo, aplicó Meperidina IM ó IV lento (no más de 100 mg) ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4	-Si el sangrado continuó: realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5	-Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV ó Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV.						
6	-Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.						
7	-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global:						

	Número de Expediente→						
	ROTURA UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1	-Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2	-Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.						
4	-Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.						
5	-Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
7	-Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global:						

SEPSIS PUERPERAL: Pendiente elaborar conforme a nuevos protocolos del MINSA.

Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Endometritis; Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingooforitis (Anexitis); Absceso Pélvico, Peritonitis Pélvica, Peritonitis Generalizada, Absceso Intraabdominal, Septicemia; Tromboflebitis Pélvica Severa; Shock Séptico. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con una (+) solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el Total de **Expediente Cumple (+)** entre el Total de **Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente→							
ENDOMETRITIS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
1	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.						
2	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.						
3	-Indicó / realizó AMEU (LUI) después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámicamente.						
4	-Indicó antibióticos de mantenimiento por 7 a 10 días ó hasta que remitieron los signos y síntomas de sepsis al menos 48 hrs.						
5	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							
Número de Expediente→							
ENDOMETRITIS: Criterios		1	2	3	4	5	Prom
Medidas Generales:							
1	-Estabilizó hemodinámicamente:						
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN						
3	-Aplicó dosis de dT.						
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.						
Tratamiento:							
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.						
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.						
7	-Indicó / realizó LUI después de 6 – 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámicamente.						
8	-Si la evolución fue satisfactoria:-Completó 10 días de antibióticos.						
9	-Si el cuadro clínico persistió 24 a 48 hrs. Cambió antibióticos según cultivos y antibiogramas.						
10	-Eliminó foco séptico por laparotomía (Histerectomía Total Abdominal según hallazgos).						
11	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							
Número de Expediente→							
Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingooforitis (Anexitis): Criterios		1	2	3	4	5	Prom
Medidas Generales:							
1	-Estabilizó hemodinámicamente:						
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN						
3	-Aplicó dosis de dT.						
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.						
Tratamiento:							
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.						
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.						
7	-Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).						
8	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							

Complicaciones Obstétricas Tortuguero-RAAS

9

	Número de Expediente→						
Abceso Pélvico, Peritonitis Pélvica, Peritonitis Generalizada, Abceso Intraabdominal, Septicemia:	1	2	3	4	5	Prom	
Criterios							
Medidas Generales:							
1 -Estabilizó hemodinámicamente:							
2 -Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN							
3 -Aplicó dosis de dT.							
4 -Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.							
Tratamiento:							
5 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.							
6 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.							
7 -Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).							
8 -Drenó abscesos interasas y subdiafrágmaticos + Lavado peritoneal y de asas intestinales con SSN + Drenaje de pared abdominal, espacios subdiafrágmaticos, paravertebrales, de abdomen y del lecho quirúrgico.							
9 -Dejó parcialmente abierta la vagina con dreno, dejó abierto piel y subcutáneo.							
10 -Colocó puntos de retención.							
11 -Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.							
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							
	Número de Expediente→						
Tromboflebitis Pélvica Severa	1	2	3	4	5	Prom	
Medidas Generales:							
1 -Estabilizó hemodinámicamente:							
2 -Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN							
3 -Aplicó dosis de dT.							
4 -Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.							
Tratamiento:							
5 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.							
6 -Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.							
7 -Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).							
8 -Indicó/Utilizó Enoxaparin (Lovenox): 1 mg/Kg peso SC c/12 hrs a misma hora por 7 días ó -Indicó/Utilizó Nadroparin Calcium (Fraxiparina): 171 UI/Kg SC por 5 a 7 días.							
9 -Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.							
Expediente Cumple:							
Promedio Global:							

	Número de Expediente→						
	Shock Séptico	1	2	3	4	5	Prom
	Medidas Generales:						
1	-Estabilizó hemodinámicamente:						
2	-Canalizó con bránula No. 16 e hidrató con SSN						
3	-Aplicó dosis de dT.						
4	-Indicó/Tomó muestras para hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.						
	Tratamiento:						
5	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de carga.						
6	-Indicó / aplicó antibióticos adecuados para dosis de mantenimiento.						
7	-Indicó / realizó Laparotomía exploradora: Histerectomía Total Abdominal + SOB (dejando menor cantidad de tejido séptico posible).						
8	-Ingresó para manejo en UCI.						
9	-Monitoreó estado de conciencia.						
10	-Indicó / Revisó resultados de: -BHC, glicemia, EGO, urocultivo, Grupo y Rh, electrolitos séricos, creatinina, N. de urea, pruebas hepáticas, TP, TPT, plaquetas, gasometría, hemocultivo, cultivo y antibiograma de exudados vaginales o del foco séptico.						
11	-Indicó / realizó Ultrasonido abdomino pélvico, Rx de tórax y abdomen de pie y acostada.						
12	-Hidrató con SSN.						
13	-Si shock era refractario a líquidos IV: administró vasopresores: Noradrenalina 0.5 a 30 microgramos por min hasta que PA Sistólica fue $\geq$ 90 e inició Dopamina 5-20 microgramos por min y suspender Noradrenalina.						
14	-Aplicó SNG, Sonda Foley No. 18, catéter para medición de PVC.						
15	-Administró Oxígeno a 6L por catéter nasal o soporte ventilatorio mecánico.						
16	-Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución (UCI).						
	Expediente Cumplo:						
	Promedio Global:						

Numero de expediente						
No.	Amenaza de aborto	1	2	3	4	5 Prom.
	El diagnostico de amenaza de aborto se hizo por:					
1	Amenorrea con signos presuntivos de embarazo antes de las 20 semanas de gestación.					
2	Dolor tipo cólico en hipogastrio acompañado o no de STV.					
3	Sin modificaciones cervicales y tamaño del útero conforme a semanas de amenorrea					
	Manejo:					
4	Indicó reposo absoluto en cama.					
5	Realizó exámenes de laboratorio y solicitó donantes de sangre y preparar sangre si se requiere.					
6	Trató patología de base (IVU, ITS, y otra patologías).					
7	Investigó vitalidad del producto (USG) según disponibilidad del medio o interconsulta correspondiente.					
8	Si hubo remisión de los síntomas y hubo vitalidad del producto dio de alta a la paciente con consejería.					
9	No administró hormonas, tocolíticos, ansiolíticos (estos agentes están contraindicados)					
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
No.	Aborto inminente, aborto inevitable, aborto diferido o huevo muerto y retenido, aborto incompleto:					
1	Ingresó a la paciente a la unidad.					
2	Realizó exámenes de laboratorio.					
3	Canalizó con bránula No. 16 o mayor calibre.					
4	Administró SSN paciente estable: 1,000 ml en 6 horas o mantuvo el equilibrio hemodinámico con reposición de líquidos.					
5	Investigó vitalidad ovular y/o fetal (USG) según disponibilidad del medio o interconsulta correspondiente					
6	Administró dT.					
7	Administró antibióticos profilácticos para la atención del aborto en primero y segundo trimestre del embarazo: Cefazolina 1 gramo IV dosis única.					
8	Realizó AMEU (preferiblemente) o LUI según las semanas de gestación.					
9	Preparó a la paciente para el AMEU (preferiblemente) o LUI según las normas de atención del aborto y semanas de gestación.					
No.	Aborto séptico:					
1	Administró dosis de carga: Ampicilina 4 gramos IV o P. Cristalina 4 millones de UI IV.					
2	Administró dosis de mantenimiento: Ampicilina 2 gramos IV c/4 ó 6 horas o P. Cristalina 2 millones de UI IV c/4 ó 6 horas + Gentamicina 160mg IV diario.					
3	Si sospecho de anaerobios agregó Metronidazol dosis de carga 1 gramo IV dosis única y luego dosis de mantenimiento 500mg c/8 hora IV.					
4	Realizó AMEU (preferiblemente) o LUI después de 8 horas de iniciada la antibioticoterapia y paciente hemodinámicamente estable según normas de atención del aborto séptico y semanas de gestación.					
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.					
	Expediente cumple:					