

MANEJO DE EMERGENCIAS **OBSTETRICAS**

MINISTERIO DE SALUD
DEL PERU



MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Mujer gestante luce agudamente enferma o refiere: sangrado, sensacion febril, feto no se mueve, convulsiones o signos premonitorios como dolor de cabeza, zumbido en los oidos, vision borrosa o escotomas.

MEDIDAS GENERALES

<p>1. Asegurese de mantener la via aerea permeable</p>	<p>Revisar si la paciente tiene protesis dental o cualquier otro contenido en la boca y retirarlos. Colocar un baja lengua o canula de Mayo si hay compromiso de conciencia.</p>
<p>2. Evalue severidad: Estado de conciencia Funciones vitales Piel Bienestar fetal Dinamica uterina</p>	<p>La presencia de compromiso de conciencia, sudoracion fria, palidez y frialdad de piel son signos que sugieren hipotension.</p> <p>En casos no severos: Buscar ortostatismo: tomando la presion arterial (PA) y el pulso en decubito dorsal y luego sentada. Si hay caida del valor de la presion arterial o aumento en el pulso sugiere hipovolemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver bienestar fetal auscultando frecuencia cardiaca fetal (normal entre 120 a 160 por minuto). Una caida de la frecuencia cardiaca post contraccion de mas de 20 por minuto de la frecuencia basal, debe ser considerado signo de alerta de SUFRIMIENTO FETAL y debe ser manejado en un establecimiento con capacidad quirurgica resolutiva las 24 horas. - Ver presencia de dinamica uterina que indique inicio de trabajo de parto
<p>3. Simultaneamente colocar via endovenosa (venoclis)</p>	<p>La via endovenosa debe ser colocada con una aguja o cateter N° 16 o 18 (cateter abbocath o flebotomia que tienen poco riesgo de infiltrarse). De ser necesaria la flebotomia, debe ser realizada lo mas rapido posible, en una vena visible (ninguna en especial), sin importar que pueda servir para medir la presion venosa central.</p> <p>Si el sangrado es muy abundante es preferible canalizar dos vias. Si la presion arterial sistolica es menor de 80 mm Hg y hay signos de hipotension, pasar 200 mililitros de solucion isotonica en 3 minutos y continuar con goteo no menor de 60 gotas por minuto, reevaluar la respuesta hemodinamica, de ser necesario repetir el procedimiento; es importante monitorizar signos de insuficiencia cardiaca post sobrecarga de liquidos.</p>
<p>4. Evaluar cual va a ser la mejor posicion para colocar a la paciente</p>	<p>La posicion de Treadelenburg (pies elevados en relacion con el dorso) es muy adecuada para casos de hipovolemia. La posicion mahometana (paciente arrodillada con el cuerpo pegado a la cama) es adecuada en caso de prolapso de cordon.</p> <p>La posicion en decubito lateral y semi-sentada en el resto de emergencias.</p>
<p>5. Buscar causa para realizar manejo especifico</p>	<p>El manejo debe ser sindromico</p> <ul style="list-style-type: none"> Si es hemorragico ver manejo de hemorragia obstetrica. Si es por convulsiones o signos premonitorios como dolor de cabeza, zumbidos en los oidos, vision borrosa o escotomas ("ver lucecitas"), ver enf. hipertensiva inducida por la gestacion. Si es fiebre ver sindrome febril. Si es por falta de movimientos fetales (ver sufrimiento fetal agudo u obito fetal)
<p>6. De no tener capacidad resolutiva transferir rapidamente a un establecimiento donde pueda realizarse el manejo definitivo</p>	<p>cuando mas rapido se solucione la emergencia mejor va a ser el pronostico. El manejo final de la patologia obstetrica debe ser realizado en establecimiento con capacidad resolutiva para la patologia. Idealmente los que tienen capacidad quirurgicas las 24 horas.</p>

CONSIDERACIONES PARA LA TRANSFERENCIA

Para cualquier transferencia asegurese que el personal lleva el material necesario para realizar una reanimacion cardiovascular, que se tienen los medicamentos necesarios para mantener la presion arterial (cloruro de sodio al 9% o nifedipina) y prevenir convulsiones (diazepam) y hacerla luego de haber canalizado una via endovenosa.

DURANTE LA GESTACION:

- Transferir a la paciente con personal entrenado en reanimacion cardiovascular y luego de haber canalizado una via endovenosa.

PARTO INMINENTE

- Atencion del parto y transferencia inmediata
- Preparar esquemas de manejo que le permitan disminuir el sangrado (colocar oxitocicos y realizar masaje uterino)

FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO

- Transferir a la paciente con personal entrenado en la atencion de parto
- En caso de parto prematuro la transferencia se debe realizar con otro personal que atienda al recién nacido.
- Durante el transporte se debe asegurar una fuente de calor para evitar la hipotermia neonatal (incubadora portatil o varias frazadas o bolsas con agua caliente).
- Llevar materiales para la atencion del recién nacido. Para mas detalles ver atencion del parto.

POSTPARTO: CON ATONIA UTERINA

- Intentar realizar previamente una revision manual de cavidad, un masaje uterino, e iniciar el uso de oxitocicos
- SI NO MEJORA transferir inmediatamente realizando masaje uterino externo en forma constante durante todo el recorrido.

POSTPARTO: CON LESIONES DE PARTES BLANDAS:

- Si las lesiones no se pueden reparar, realizar taponamiento vaginal o intentar colocar pinzas hemostaticas en laceraciones de vagina y Foester para cervix.
Transferir a la paciente con personal entrenado en reanimacion cardiovascular, y luego de haber canalizado una via endovenosa.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR EL NUMERO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

El manejo de las emergencias obstetricas debe ser realizado desde la comunidad hasta el establecimiento de mayor nivel.

Medidas preventivas en el ambito comunitario:

Se define como las acciones que deben realizarse en la comunidad para lograr reducir la incidencia de las emergencias obstetricas.

En cualquier comunidad, el personal de los establecimientos ([profesional y tecnico) debe:

- realizar actividades periodicas (mensuales o semanales) de capacitacion de gestantes e identificacion de riesgo obstetrico, con la colaboracion de las organizaciones de mujeres de la comunidad, siendo la historia clinica perinatal base (HCPB), un buen instrumento para esta actividad.
 - realizar campañas para identificar mujeres con riesgo reproductivo, promoviendo el uso de metodos anticonceptivos mas adecuados para cada mujer.
 - Elaborar un plan de emergencia comunitario:
Organizar a la comunidad para poder transferir y transportar a la gestante que presenta una emergencia obstetrica
Realizar coordinaciones para que toda gestante que sea considerada de alto riesgo obstetrico (ARO),este lo mas cerca posible al establecimiento que tenga capacidad de realizar una intervencion quirurgica.
-

Coordinar con la comunidad o con las instancias superiores para que el establecimiento tenga los medicamentos básicos y el instrumental mínimo para realizar adecuadamente el manejo de emergencias de las complicaciones obstétricas. Empadronamiento de la población previa sensibilización para tener donantes adecuadamente identificados y estudiados (Banco de sangre comunitario)

Medidas preventivas dentro de los establecimientos:

- Son las acciones que se realizan dentro del establecimiento para evitar la ocurrencia de emergencias obstétricas.
- La acción más importante es evitar los embarazos de alto riesgo.

- Difundiendo el concepto de riesgo reproductivo en todo los servicios que brinda el establecimiento.
- Dando información sobre todos los métodos anticonceptivos que puede usar la pareja
- Proveyendo el método que desee el usuario

- La segunda actividad para reducir las emergencias obstétricas es el control prenatal. El control prenatal por sí solo no va a evitar todas las emergencias obstétricas, pero sí va a permitir identificar a las mujeres que tienen alto riesgo obstétrico y realizar la transferencia de las mismas en forma oportuna.
- El control prenatal debe ser realizado en forma minuciosa utilizando la historia clínica perinatal base, tratando de revisar brevemente la misma.

ANEXO A

MEDICAMENTOS E INSTRUMENTAL BÁSICO PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

MEDICAMENTOS:

- Cloruro de Sodio 9 o/oo
- Branula o Abbocath N° 16 o 18
- Equipo para transfusión sanguínea
- Equipo de venoclisis
- Ergometrina en ampollas
- oxitocina en ampollas
- Meperidina en ampollas
- Diazepam en ampollas
- Sulfato de magnesio ampollas de 20% o 50%
- Catgut cromo 2/0 con aguja MR30 o MR35
- Antibióticos: idealmente ampollas de gentamicina de 80 miligramos, frasco-ampollas de cloranfenicol de 1 gramo y ampicilina de 1 gramo
- Equipo de microgoteo con volutrol (para el recién nacido)
- Scalp vein o alitas N°23 (para el recién nacido)
- Nifedipina 10 miligramos tableta sublingual
- Adrenalina en ampollas
- Corticoides: hidrocortisona de 250 miligramos en frasco-ampollas o dexametasona
- Atropina de 0.5 miligramos en ampollas
- Scalp vein (alitas) que pueden ser usadas como catéteres para flebotomía
- Bolsa para recolectar sangre (para transfusiones)
- Sondas vesicales Nelaton N°12 o 14.

En establecimientos que tienen capacidad quirúrgica se debe tener además:

- Dextrosa 5% en agua destilada
- Hipersodio ampollas
- Kalium ampollas
- Catgut cromo 1 con aguja MR35 o MR40
- Vicryl o dexton 1 con aguja (para cierre de aponeurosis)
- Dopamina 400 mg en ampollas

- lasix en ampollas
- Bicarbonato de sodio
- Sonda nasogastrica N° 14 o 16
- Sonda de alimentacion N° 3 para flebotomia y N° 1 para cateterizacion de vena umbilical
- Sondas vesicales Foley N°12 o 14

MATERIAL FUNGIBLE:

- Gasas esteriles de 15 x 15 centimetros cada una
- Desinfectante mo irritante (cloruro de benzaconio al 5%)
- Agua esteril
- Jabon
- Alcohol yodado
- Guantes esteriles: ideal guantes largos (que cubra el codo) para revision manual de cavidad
- Compresas de gasa esteril o tela de 30 x 30 centimetros para taponamientos
- Jeringas descartables de 5 y 10 mililitros

INSTRUMENTAL:

Equipo basico para atencion del parto:

- Pinzas para clampar el cordon (2), pueden ser Kocher o Rochester-Pean de 15 centimetros
- Tijera recta punta roma de 15 centimetros

Equipo de sutura:

- Porta aguja mediano de 20 centimetros
- Pinza de diseccion sin dientes de 15 centimetros
- Tijera recta punta roma de 15 centimetros
- Agujas curvas redondas medianas

Equipo de revision de cuello y vagina

- Especulo Graves grande o un par de valva de Sims
- Pinzas hemostaticas en un numero no menor de 4
- Pinzas Foester (de anillos) en un numero no menor de 3

Equipo de legrado uterino

- 2 valvas vaginales (separadores)
- 1 pinza tirabalas de Pozzi
- 1 histerometro
- 1 pinza de anillos Foester curva
- 1 legra uterina N°3
- 1 legra uterina N°4
- 1 pinza Bozzemann
- 1 pinza de limpieza vaginal

Equipo de aspiracion manual endouterina:

- Jeringas KARMAN de valvula sencilla con canulas KARMAN flexibles de 4,5 y 6 mm de diametro (para abortos menores a 10 semanas)
- Guantes esteriles o sometidos a desinfeccion de alto nivel
- Mandilones
- Mascarillas
- Gorros

Equipo de reanimacion cardio-respiratorio para adulto:

- Bolsa de ventilacion tipo AMBU para adulto
- Canula de Mayo
- Ideal tener laringoscopio
- Ideal tener balon de oxigeno, con manometro
- Ideal tubo endotraqueal blando, segun la numeracion el mas adecuado para traquea femenina.

Equipo de reanimacion cardio respiratorio neonatal:

- Bolsa de ventilacion tipo AMBU para recién nacido
- Ideal tener laringoscopio
- Ideal tener balon de oxigeno, con manometro
- Ideal tener tubo endotraqueal blando N°3

En los establecimientos con capacidad quirurgica:

- Se debe tener el material basico para hacer una cesarea o una laparatomia de urgencia.

MANEJO DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Mujer gestante que refiere sangrado

MEDIDAS GENERALES

1. Mantener la via aerea permeable	Ver manejo de emergencia obstetrica, para mayor detalle.
2. Evalue severidad: Estado de conciencia Funciones vitales Piel Bienestar fetal Dinamica uterina	<p>La presencia de compromiso de consciencia, sudoracion fria, palidez y frialdad de piel son signos que sugieren hipotension.</p> <p>En casos no severos: Buscar ortostatismo: tomando la presion arterial (PA) y el pulso en decubito dorsal y luego sentada. Si hay caida del valor de la presion arterial o aumento en el pulso sugiere hipovolemia. - Ver bienestar fetal auscultando frecuencia cardiaca fetal (normal entre 120 a 160 por minuto). Una caida de la frecuencia cardiaca post contraccion de mas de 20 por minuto de la frecuencia basal, debe ser considerado signo de alerta de SUFRIMIENTO FETAL y debe ser manejado en un establecimiento con capacidad quirurgica resolutiva las 24 horas. - Ver presencia de dinamica uterina.</p>
3. Simultaneamente colocar via endovenosa (venoclis) para corregir la perdida sanguinea	<p>La via endovenosa debe ser colocada con una aguja o cateter N° 16 o 18 (cateter abbocath o flebotomia que tienen poco riesgo de infiltrarse). De ser necesaria la flebotomia, debe ser realizada lo mas rapido posible, en una vena visible (ninguna en especial), sin importar que pueda servir para medir la presion venosa central.</p> <p>Si el sangrado es muy abundante es preferible canalizar dos vias. <u>Siempre intentar corregir la perdida sanguinea, inicialmente con soluciones isotonicas.</u></p> <p>Si la presion arterial sistolica es menor de 80 mmHg y hay signos de hipotension, pasar 200 mililitros de suero fisiologico (cloruro de sodio al 9 o/oo) en 3 minutos y continuar con goteo no menor de 60 gotas por minuto, reevaluar la respuesta hemodinamica, de ser necesario repetir el procedimiento; es importante monitorizar signos de insuficiencia cardiaca post sobrecarga de liquidos.</p> <p>Si la perdida sanguinea es severa (mayor de 500 mililitros por hora), o la velocidad de la perdida sanguinea no puede ser disminuida o controlada y puede haber una demora mayor de 30 minutos para llegar al centro de referencia, intentar transfundir sangre segura, previo estudio de compatibilidad de grupo sanguineo con el receptor y despistaje de SIDA, sifilis y hepatitis.</p>
4. Colocar a la paciente en posicion	La posicion de Trendelenburg busca que los pies esten elevados en relacion

de Trendelenburg	con el dorso y cabeza. De ser posible colocar a la paciente en posición decubito lateral (de costado) a la vez.
5. Buscar causa para realizar manejo específico	Cuanto más rápido se solucione la emergencia, mejor será el pronóstico. Pregunte la edad gestacional, si tiene contracciones o si es puerpera. Menos de 20 semanas Más de 20 semanas o está en trabajo de parto Postparto, ver hemorragia postparto No realizar tacto vaginal si existe la sospecha de placenta previa.
6. De no tener capacidad resolutive transferir rápidamente a un establecimiento donde pueda realizarse el manejo definitivo	Para realizar transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.
7. Tomar muestra para hematocrito, grupo sanguíneo, Rh, prueba cruzada.	Considerar transfusión de sangre si: No mejora la presión arterial con reposición de 500 mililitros de soluciones isotónicas. Si la pérdida sanguínea es moderada (mayor de 100 mililitros por hora), si no puede ser disminuida o controlada y puede haber una demora para llegar al centro de referencia mayor de 2 horas.
SI ESTA EN CONDICIONES DE REALIZAR EL MANEJO EN EL ESTABLECIMIENTO, PROCEDA CON EL MANEJO ESPECÍFICO	El manejo final de la patología debe ser realizado en establecimientos que tengan capacidad de poder realizar intervenciones quirúrgicas las 24 horas. Ver capítulos específicos de acuerdo a la sospecha diagnóstica.

ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

Existen múltiples causas por lo que se han considerado las más frecuentes, dividiéndolas en relación al tiempo de gestación, parto o puerperio.

1. Menos de 20 semanas:	Aborto Embarazo ectópico Enfermedad trofoblástica (mola hidatiforme)
2. Mayor de 20 semanas:	Desprendimiento prematuro de placenta placenta previa Enfermedad trofoblástica ruptura uterina
3. Durante trabajo de parto	Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa Ruptura uterina Ruptura de vasa previa Trauma del canal del parto
4. Postparto:	Retención de placenta Retención de restos placentarios Atonia uterina Traumatismo en el tracto genital: - Episiotomía - Desgarro vaginoperineal - Desgarro cervical - Hematoma - Rotura uterina Inversión del útero Coagulación intravascular diseminada
a. Temprana:	
b. Tardía:	Tejido placentario (membranas) retenido

EVALUACION DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

1) EN HEMORRAGIA OBSTETRICA ANTES DE LAS 20 SEMANAS

1. Evalúe: Presencia de masa anexial Relación altura uterina y tiempo de amenorrea. Signos peritoneales o de abdomen agudo. Características del cervix uterino	Presencia de masa anexial o signos peritoneales con cervix cerrado. Altura uterina mayor a tiempo de amenorrea, expulsión de tejido vesicular. Sangrado activo sin otro signo, con o sin orificios abiertos.	Ver sospecha de embarazo ectópico Ver sospecha de enfermedad trofoblástica Ver aborto
--	--	---

2) EN HEMORRAGIA OBSTETRICA DESPUES DE LAS 20 SEMANAS Y/O EN TRABAJO DE PARTO

1. Averigüe si tiene antecedentes de: Preeclampsia-eclampsia hiperestimulación con oxitocina pérdida brusca de volumen uterino (rotura de membranas en polihidramnios) Cirugía uterina previa Parto obstruido Trauma abdominal Maniobra de Kristeller Intervalo intergenésico corto Historia de endometritis Curetajes repetidos por abortos Gran multiparidad	La presencia de algunos de estos antecedentes representa factor de riesgo para hemorragia obstétrica, siendo los hallazgos clínicos los más importantes para definir la etiología.	
2. Pregunte sobre presencia de dolor	La presencia de dolor obliga a descartar la ocurrencia de contracciones por trabajo de parto y la posibilidad de un desprendimiento prematuro de placenta. EN PARTO INMINENTE: atención del parto y transferencia inmediata. Preparar esquemas de manejo que permitan disminuir sangrado postparto	
3. realice el examen físico, buscando: Hipertonia uterina Frecuencia cardíaca fetal usualmente alterada o ausente Sensibilidad uterina aumentada Latidos fetales ausentes Presentación fuera de pelvis Mal estado general Desaparición de dinámica uterina Partes fetales fácilmente palpables Acinturamiento del útero Miomas Polo de presentación flotante o feto en transversa o podálico No hay dinámica uterina Ausencia de dolor	Si presenta: Hipertonia uterina Frecuencia cardíaca fetal usualmente alterada o ausente. Sensibilidad uterina aumentada Latidos fetales ausentes Presentación fuera de pelvis mal estado general Desaparición de dinámica uterina Partes fetales fácilmente palpables Acinturamiento del útero Miomas polo de presentación flotante o feto en transversa o podálico No hay dinámica uterina. Ausencia de dolor Si hay dinámica uterina, relajación adecuada	Ver sospecha de desprendimiento prematuro de placenta Ver sospecha de rotura de útero ver sospecha de placenta previa

Si hay dinamica uterina, entre contracciones relajacion adecuada entre contracciones.

MANEJO EXPECTANTE DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

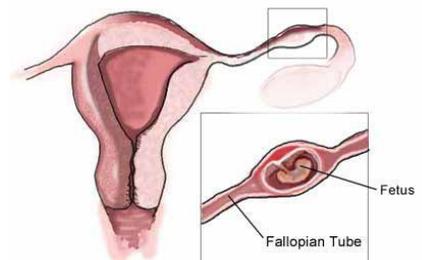
- Reposo absoluto
- Mantener via endovenosa hasta el cese del sangrado o hasta que hayan desaparecido los sintomas que obligaron a la hospitalizacion
- Evaluar la viabilidad fetal y el posible uso de corticoides, entre las 28 y 32 semanas.
- Transfucion sanguinea, si es necesaria
- Considerar tocolisis en caso de amenaza de parto prematuro. Esta contraindicada en el desprendimiento prematuro de placenta.
- Dependiendo de la disponibilidad de camas, se considerara su hospitalizacion hasta el final del embarazo. Si tiene mas de 48 horas sin sangrado u otros sintomas y por lo menos 24 horas de deambulacion sin presentar sangrado u otros sintomas, considerar el alta.
- En el caso de amenaza de aborto, no es necesario hospitalizarla, excepto en aquellos casos que presenten signos de hipovolemia, sospecha de aborto complicado o embarazo ectopico. De todas maneras, se debe indicar reposo en casa y evaluar el tiempo que demoraria para llegar al establecimiento con capacidad quirurgica (si es mayor de 30 minutos). Es preferible que se hospitalice en un establecimiento con capacidad resolutive.

CONDICIONES PARA CONSIDERAR EL ALTA EN CONDUCTA EXPECTANTE

- Debe existir la certeza que va a realizar reposo en casa (existe una persona que realice las actividades de la casa).
- La distancia entre la casa y el establecimiento con capacidad quirurgica las 24 horas, debe permitirle llegar en menos de 30 minutos. Si existe alguna duda sobre la rapidez con la que puede llegar, ver si existe la posibilidad de mudarse a la casa de un familiar que viva cerca al establecimiento.
- En gestantes que viven a una distancia mayor (tiempo para llegar al establecimiento mayor de 30 minutos) o que sea imposible mantenerla en reposo en su casa, averiguar si en su localidad existen "Hogares Maternos" (casas de reposo para gestantes) cerca al hospital y si puede hospedarse alli.
- La gestante y la familia deben comprender la importancia de mantener reposo (no realizar actividades, excepto ir al baño) y evitar las relaciones sexuales durante el resto del embarazo.

SOSPECHA DE EMBARAZO ECTOPICO

- Implantacion del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal, que no sea la cavidad uterina.
- El EE tiene una incidencia de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los nacimientos
- Atraso menstrual seguido por sangrado vaginal escaso.



MANEJO

1. Buscar antecedentes	Presencia de los siguientes antecedentes: historia de enfermedad pelvica inflamatoria, plastia tubarica, esterilizacion, uso de dispositivo intrauterino, ectopico previo, estan asociados a embarazo ectopico.	Sospeche embarazo ectopico y continúe con paso 2
	No hay antecedentes	Pese a que aleja la posibilidad, no la descarta; continúe con paso 2
2. Buscar sintomas	Presencia de los siguientes signos:	Si hay algunos de estos signos, continúe

que refuercen la sospecha clinica	Retraso menstrual Sangrado vaginal escaso Dolor pelvico o masa anexial Lipotimia (desmayo o desvanecimiento) signos peritoneales	con el paso 3. El retraso menstrual por si solo no representa riesgo excepto en el caso de tener antecedentes. si no hay signos, es poco probable el diagnostico.
3. Iniciar manejo de embarazo ectopico	Manejo de emergencia obstetrica hospitalizacion o transferencia inmediata Buscar signos de hipovolemia tacto vaginal: buscar tumoracion anexial o dolor anexial al mover el cervix Laboratorio: grupo-Rh, hemograma, hematocrito seriado-hemoglobina. Culdocentesis Dosaje de B-HCG(*) y ecografia	
4. Reevaluar de acuerdo a signos de hipovolemia	Paciente con signos de hipovolemia evidente y/o culdocentesis positiva. Paciente con signos de hipovolemia evidente sin signos peritoneales y culdocentesis negativa. Paciente sin signos de hipovolemia ni signos peritoneales y culdocentesis negativa.	Realizar: Laparatomia exploratoria Laparoscopia quirurgica para realizar hemostasia. Salpinguectomia Evitar ooforectomia. Realizar monitorizacion descartar otras patologias reevaluar con resultados de ecografia y B-HCG (*) De empeorar laparotomia

(*) B-HCG: Sub unidad beta de la gonadotrofina corionica.

Si el establecimiento no tiene la capacidad necesaria para cumplir con el manejo, transferir a lapaciente inmediatamente luego de colocar una via endovenosa. De ser necesario considerar transfusion de sangre segura.

Interpretacion de resultados de ecografia y sub unidad beta de la gonadotrofina corionica (B-HCG) serica

Dosaje serico de B-HCG		MANEJO
menos de 1500 miliunidades internacionales por mililitro (de no contar con ecografia transvaginal, el dosaje de B-HCG debe ser mayor de 5000)	Repetir B-HCG en 48 horas y solicitar ecografia transvaginal	Si se duplica el valor o si se confirma un embarazo intrauterino por ecografia, realizar el control prenatal. Elevacion menor del doble del basal y ecografia no contributoria , observacion y laparoscopia condicional a evolucion.
mas de 1500 miliunidades internacionales por mililitro (de no contar con ecografia transvaginal el dosaje de B-HCG debe ser mayor de 5000)	Solicitar ecografia transvaginal	Si se confirma un embarazo intrauterino, realizar el control prenatal. Si embarazo es extrauterino realizar culdocentesis. Si la culdocentesis es negativa, realizar laparoscopia, decidir segun hallazgos; si la culdocentesis es positiva a sangre que no coagula, realizar una laparotomia.

TECNICA DE CULDOCENTESIS

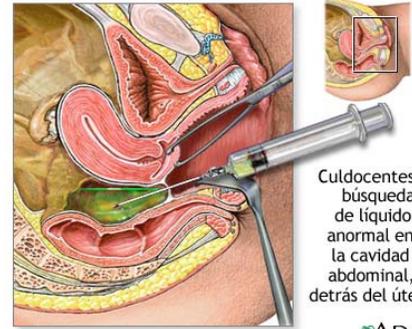
Puncion que se realiza a nivel del fondo de saco posterior de la vagina

Antes de realizarla debe asegurarse que el personal:

- tenga conocimientos basicos de anatomia pelvica y sobre la tecnica de puncion
- Este capacitado en reconocer el cervix uterino y el fondo de saco posterior
- tener los insumos necesarios:

Jeringa de 20 mililitros, aguja 18 de puncion lumbar o una jeringa descartable esteril de 10 mililitros con aguja 18 de una pulgada y media de longitud

Frascos esteriles para recolectar la muestra



Culdocentesis: búsqueda de liquido anormal en la cavidad abdominal, detrás del útero

ADAM

Procedimiento:

1. Informe a la paciente en que consiste el procedimiento que se va a realizar	
2. Coloque a la paciente en posicion de examen ginecologico, y coloque suavemente el especulo	Es importante que la cabeza este ligeramente elevada en relacion a las nalgas para asegurarse que el liquido que este en la cavidad peritoneal se concentre en el fondo de saco. Se debe lograr una adecuada observacion del cervix uterino.
3. Prepare una jeringa esteril con una aguja de puncion lumbar numero 18.	Asegurese de retirar primero la guia de la aguja. De no tener una aguja de puncion lumbar, prepare una jeringa esteril de 10 mililitros con una aguja 18.
4. Realice una adecuada asepsia de la vagina	Use algun desinfectante como la yodopovina o cloruro de benzaconio
5. Fije el labio inferior del cervix	Debe realizar una suave traccion hacia afuera y arriba para poder ver la forma de los ligamentos utero sacro.
6. Inserte suavemente la aguja en el medio del fondo de saco posterior	Es preferible que distraiga a la paciente solicitando que realice alguna maniobra de valsalva por ejemplo toser, hacer la puncion en el momento en que esta tosiendo. Para realizar la puncion es necesario identificar el punto medio del triangulo que se forma entre los ligamentos utero sacro y la pared posterior de la vagina.
7. Jale el embolo de la jeringa para aspirar	Simultaneamente a la aspiracion se debera retirar la aguja.

Se considera culdocentesis negativa 2 intentos sin obtener liquido (sangre o pus).

Mas importante que la culdocentesis negativa es el estado de la paciente, si esta palida o luce septica y hay sospecha de signos peritoneales preferible es realizar una laparotomia.

SOSPECHA DE ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL (ETG)

Discordancia entre la altura uterina y el tiempo de amenorrea.

MANEJO

1. Descartar error en fecha de ultima regla	Existe error de regla No existe error de regla	Confirmar con ecografia, si esta es normal se descarto enfermedad trofoblastica gestacional. Continuar con el paso 2
2. Realizar anamnesis y examen fisico detallados	Buscar: Historia de embarazo previo o actual con sangrado anormal. Nauseas y vomitos severos en gestantes de mas de 13 semanas Signos de pre-eclampsia hipertension arterial	Si existen algunos de estos signos continue con el paso 3 Si no hay ninguno de estos signos, solicite ecografia obstetrica.

	Ausencia de partes y latidos fetales	
3. Si se confirma el diagnostico de enfermedad trofoblastica gestacional	Solicitar: Dosaje de B-HCG (*), rayos x de pulmones, ecografia pelvica y de higado	Continue con el paso 4
4. Buscar signos de mal pronostico	<p>Buscar: Mas de 100,000 unidades internacionales en orina de 24 horas o mas de 40,000 en sangre.</p> <p>Enfermedad de mas de 4 meses despues de embarazo anterior. Metastasis al cerebro o al higado Falla al tratamiento con quimioterapia Coriocarcinoma luego de embarazo a termino</p>	<p>Si no hay signos de mal pronostico, continue con el paso 5.</p> <p>Si hay signos mal pronosticos, transferir para manejo en un centro especializado.</p>
5. Evacuar el utero por succion o curetaje	Evitar traumas o perforacion	<p>Continue con el paso 6</p> <p>Si el establecimiento no esta en condiciones de realizar protocolo completo, transferir</p>
6. Seguimiento	<p>B-HCG (*) cada mes por 1 año</p> <p>Anticoncepcion por 1 año</p>	

(*) Sub unidad beta de la hormona gonadotrofina corionica

Si el establecimiento no esta en condiciones de realizar todo el manejo debe transferir inmediatamente a la paciente (ver manejo de emergencia obstetrica)

SOSPECHA DE ABORTO

MANEJO

1. revisar en forma rapida si se cumplio con el manejo de la hemorragia obstetrica	Ver manejo de hemorragia obstetrica.	
2. Tomar hematograma hematocrito, ideal hemoglobina y grupo sanguineo.	Generalmente esto se debe tomar en forma inmediata al momento del ingreso.	
3. Buscar signos de aborto complicado.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de gestacion mayor de 12 semanas - Hemorragia profusa, con o sin shock. - Fiebre o hipertermia - Abdomen muy doloroso (signos peritoneales) Ictericia - Sepsis o sindrome de shock - Evidencia de maniobras intencionales para provocar el aborto - Oliguria 	<p>Si hay signos continúe con el paso 4.</p> <p>Complemente manejo segun sospecha clinica (ver tabla de manejo de aborto complicado)</p> <p>Si no hay signos continúe con el paso 6.</p>
4. Realizar culdocentesis	<p>Si la culdocentesis es positiva a pus.</p> <p>Si la culdocentesis es positiva a sangre.</p> <p>Si la culdocentesis es negativa.</p>	<p>Realizar laparatomia exploratoria</p> <p>Continúe con el paso 5</p> <p>Continúe con el paso 5.</p>

<p>5. Realice examen pelvico bajo anestesia.</p>	<p>Si examen pelvico descubre una masa adherida al utero (probable plastron)</p> <p>Si el examen pelvico no es contributorio, pero existe ictericia o signos de shock septico.</p> <p>Si en el examen pelvico no hay signos de engrosamiento de anexos o masas para uterinas.</p>	<p>Realizar laparatomia</p> <p>Realizar laparatomia</p> <p>Realizar paso 6 y observar por 6 horas, si hay empeoramiento laparatomia.</p> <p>Si mejora o esta estable, continuar el tratamiento de aborto infectado.</p>
<p>6. Evalúe características del cervix uterino.</p>	<p>Si los orificios cervicales están cerrados, inicie manejo conservador de la hemorragia obstetrica y de ser posible realizar una ecografia.</p> <p>Buscar otras patologias y ver viabilidad embrionaria.</p> <p>si los orificios cervicales están abiertos continúe con el paso 7.</p>	
<p>7. Evaluar si la via endovenosa esta permeable, es de buen calibre y la infusion es de CI Na 9% con oxitocina al 3%</p>	<p>debe ser con cateter endovenoso o venocath N° 16 o 18 o flebotomia. Es importante tener una buena via para medir presion venosa central en los casos de abortos complicados con infeccion.</p> <p>Agregar 30 unidades en un litro de CI Na 9%</p>	
<p>8. Administrar anestesia</p>	<p>Para poder realizar el manejo se debe usar anestesia local (bloqueo para cervical y/o analgesica (petidima + diazepam). Si el caso lo requiere o no hay colaboracion de la paciente, se puede proceder al uso de anestesia general, para lo cual se requiere tener una bolsa de ventilacion tipo AMBU cerca a la paciente.</p>	
<p>9. Evacuacion uterina.</p>	<p>realizar el legrado uterino o la extraccion o aspiracion manual endouterina (AMEU) o electrica.</p>	
<p>10. Iniciar via oral al terminar efecto de anestesia.</p>	<p>Dar dieta completa. Si durante el procedimiento se ha presentado alguna complicacion o se identifica signos de perforacion uterina o infeccion se debe diferir el inicio de la via oral hasta estar seguro que no requiere una laparatomia.</p>	
<p>11. Analizar la posibilidad de manejo ambulatorio, luego de registro en el informe estadistico del establecimiento.</p>	<p>Se debe promover el manejo ambulatorio, luego de 6 horas post evacuacion endouterina, plantear el alta. En caso necesario, se debe hospitalizar.</p> <p>Tiene criterio de hospitalizacion todo aborto que tenga algun signo de complicacion (shock hipovolemico, septico o perforacion uterina durante el procedimiento), debiendo programarse el alta de acuerdo a la evolucion del cuadro clinico.</p> <p>No se debe dar de alta a mujeres con signos de hipovolemia o con fiebre.</p>	
<p>12. alta luego del registro</p>	<p>Alta luego de haber solucionado los problemas</p>	

apropiado del paciente que motivaron la hospitalización.

Recuerde:

Si tiene mas de 12 semanas, asegurese que el feto haya sido expulsado, para luego proceder a evacuación uterina. En caso de manejo de aborto con complicaciones, se realiza el manejo anteriormente mencionado, previa hospitalización de la paciente, debiendose completar el mismo en base a las actividades propuestas en la tabla de manejo de aborto complicado.

En establecimientos de primer nivel, sin capacidad quirúrgica para realizar una evacuación uterina, se debe transferir inmediatamente a establecimientos con capacidad resolutive para dicha patología. Antes de transferir, realizar el manejo (excepto la evacuación) e intentar realizar lo siguiente:

- Si los orificios cervicales están abiertos como para que pase una pinza de anillos y hay sangrado activo: Extracción de restos con pinza Foester (de anillos), para disminuir el sangrado durante el transporte.
- presencia de fiebre y/o antecedente de maniobras abortivas: Uso de antibióticos: cloranfenicol 1 gramo mas gentamicina 160 miligramos endovenoso lento.

MANEJO DE ABORTO COMPLICADO

COMPLICACION	MANEJO
Hemorragia profusa y shock	Reponer fluidos: suero salino, puede usarse plasma o sangre (con venocath 16 o 18,0 cateter endovenoso). Exámenes de laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina o hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas. Control presión arterial, pulso, respiración, diuresis (sonda vesical). Evacuar el útero en sala de operaciones, de preferencia con anestesia local y utilizando legrado uterino o aspiración endouterina. Vigilar el postoperatorio.
Aborto infectado	Iniciar antibioticoterapia y luego proceder a la evacuación uterina inmediatamente Los esquemas pueden ser: Penicilina 4' endovenosa cada 4 horas o ampicilina 500 miligramos endovenoso cada 6 horas o cefalotina endovenosa 1g cada 8 horas+gentamicina 80 miligramos cada 8 horas endovenosa (dependiendo de la creatinina) o amikacina 500 miligramos cada 12 horas + cloranfenicol 1g cada 8 horas endovenosa o metrodinazol 500 miligramos endovenosa cada 6 horas por 48 horas y reevaluar mejoría clínica; si la paciente luce bien pasar a esquema de ampicilina o cefalosporinas por vía oral por 10 días y gentamicina intramuscular por 7 días. Clindamicina 600 miligramos endovenoso diluido en 50 mililitros cada 6 horas, asociado con gentamicina 80 miligramos cada 8 horas o amikacina 500 miligramos cada 12 horas por 48 horas y reevaluar mejoría clínica; si la paciente luce bien pasar a un esquema de clindamicina por vía oral y gentamicina o amikacina intramuscular por 7 días. Si no hay mejoría en 48 horas o la evolución es mala, la paciente debe ser reevaluada por un ginecólogo para evaluar la necesidad de una laparotomía exploratoria. Si el diagnóstico fue realizado luego de la evacuación, iniciar antibioticoterapia inmediatamente. Si no se puede hacer todos los pasos localmente, transferir.
Sepsis y shock séptico	Instalar cateter para presión venosa central Fluidos: suero salino, puede usarse plasma o sangre (por cateter endovenoso) Medir diuresis horaria: sonda de Foley N°14, si no micciona espontáneamente.

	<p>Antibioticoterapia (ver aborto infectado): Si hay shock septico iniciar inotropicos, como dopamina. Laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina-hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas, cultivos y coloracion de Gram de secreciones, pruebas hepaticas, urea, cretinina, gases en sangre, pruebas de coagulacion, fibrinogeno Radiografia de abdomen simple, en posicion de pie Culdocentesis Remocion de foco inmediatamente luego del inicio de los antibioticos: legrado uterino o aspiracion manual endouterina Laparotomia (si hay signos de peritonismo o shock septico)</p> <p>Si no se puede hacer todos los pasos localmente, transferir.</p>
Perforacion uterina	<p>Vigilar signos vitales y signos abdominales Laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina-hemotocrito, hemograma, pruebas cruzadas Radiografia simple de abdomen, posicion de pie Antibioticoterapia como aborto septico Culdocentesis</p> <p>- En caso de haber ocurrido en un establecimiento: Vigilancia, si no hay signos peritoneales ni compromiso y si ha completado evacuacion en caso contrario, completar evacuacion, de preferencia con ayuda de laparoscopia o laparotomia (revisar organos internos y sutura de lesion, si esta sangrando). Si hay signos peritoneales y/o la culdocentesis es positiva, proceder a laparotomia.</p> <p>- En caso de haber ocurrido fuera de un establecimiento: Proceder a la laparotomia, con el apoyo del cirujano general (evaluar necesidad de histerectomia y revisar organos internos).</p>
Traumatismo del canal	<p>Valorar perdida de sangre y administrar sangre o plasma, si fuera necesario. Laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina-hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas. Vigilar signos vitales Hacer exploracion pelvica: tacto bimanual y especulo. Suturar desgarró en cuello o vagina, segun sea el caso.</p>

TECNICA DEL LEGRADO UTERINO (LU)

1. Informe a la paciente en que consiste el procedimiento que se va a realizar y solicite su autorizacion escrita.	<p>Si la paciente no esta en condiciones de autorizar el procedimiento (menor de edad, enfermedad mental, o inconciencia) solicite la autorizacion de algun familiar responsable, es preferible que sea una autorizacion escrita.</p>
2. Revise la historia clinica y realice un breve examen clinico	<p>Descarte signos de aborto complicado y revise que la paciente ingrese a la sala de operaciones: Con via con aguja N°18. Se preferira solucion salina con 30 unidades de oxitocina. Con hematocrito actual, grupo y factor Rh, como minimo si existe sospecha de aborto complicado que por lo menos se hayan tomado las muestras respectivas para posteriormente recojer resultados. NO rasurada. El rasurado de la region perineal no es necesario.</p>
3. Elegir el tipo de anestesia	<p>Elegir anestesia general en aquellas pacientes con: anemia severa, shock (aun cuando ya haya sido compensada), infeccion, utero de tamaño mayor a 12 centimetros, antecedente de cirugia en el utero (cesarea, histerotomia, miomectomia). Si se opta por no usar anestesia general, se puede elegir: - Bloqueo para cervical: Inyeccion de 5 centimetros cubicos de Xylocaina al 2% sin epinefrina en dos puntos en el cuello del utero: a las 4 y a las 8 horas del reloj. Se debe introducir solo el bisel de la aguja, hasta una profundidad maxima de 5mm. - Analgesica + Sedacion: Inyeccion intravenosa lenta de una solucion de 5 a 10 miligramos de diazepam + 0.5 miligramos de atropina, mas o menos 15 minutos antes de iniciar el procedimiento. Por la misma via: 50 miligramos de petidina en el momento de iniciar legrado.</p>

4. colocar a la paciente en posicion de litotomia	Realice antisepsia y colocacion de campos esteriles.
5. Evacuar vejiga.	Con una sonda de Nelaton N°16 o 18
6. Realizar examen ginecologico	Verificar la dilatacion del orificio cervical uterino, examinar fondo de saco y parametrios, al tacto bimanual: posicion del utero, tamaño, consistencia y anexos.
7. Exposicion del cuello uterino con valvas vaginales	Se pueden usar las dos ramas desarticuladas de un especulo.
8. Coger el labio anterior del cervix con una pinza de Foester	Esta pinza debe permanecer traccionada cada vez que se tenga un instrumento en la cavidad del utero.
9. Histerometria	Se usara el histerometro. Si el utero es mayor a 12 centimetros, hay infeccion o cicatriz uterina previa se preferira la histerometria indirecta, sobre la pinza de Foester.
10. Extraccion de restos	Con pinza Foester curva
11. Legrado uterino con cureta cortante	Utilizar la cureta de mayor tamaño, dependiendo de la dilatacion y el tamaño del utero. El curetaje debe ser con movimientos largos desde el fondo del utero hacia el cuello, hasta el orificio cervical interno el que nunca debe ser legrado. el respaldo debe ser suave y siguiendo el sentido de las agujas del reloj. repetir una y otra vez hasta percibir sensacion tactil y auditiva de "lija" en todos los sectores de la cavidad uterina. En este momento se considera que el endometrio se encuentra limpio.
12. Realizar un escobillonaje	Usar una pinza de Bozzemann envuelta en una gasa, con movimientos rotarios.
13. Examinar el material extraido de la cavidad.	Ver características: aspecto, color, olor. Es conveniente enviar este material a estudio anatomo-patologico.
14. Hacer un reporte operatorio	Consignar: Diagnostico pre y post operatorios Tecnica usada Cirujanos que intervinieron Anestesia usada, anestesioologo Dscripcion del procedimiento Dscripcion de hallazgos del examen bajo anestesia y del legrado uterino. Cantidad de sangrado Condiciones de la paciente al terminar el procedimiento.
15. Registrar el procedimiento en el libro correspondiente.	

TECNICA DE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Procedimiento:

Reemplazar los pasos 9, 10, 11, 12 y 13 de la descripcion del legrado uterino por lo siguiente:

1. Elegir la canula a usar de modo que la adaptacion de esta al orificio cervical interno sea la mas adecuada. Realizar histerometria con la misma canula, que ya se encuentra graduada para tal fin.
2. Retirar la canula elegida y adaptarla a la jeringa correspondiente; cerrar la(s) valvula(s) y hacer el vacio traccionando el embolo.
3. Reintroducir la canula ya armada a la jeringa hasta el tope previamente establecido en la histerometria y se suelta la(s) valvula(s)
4. realizar movimientos a manera de un legrado
5. Una vez perdido el vacio, se desconecta la jeringa sin retirar la canula de la cavidad
6. vaciar el contenido de la jeringa y repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario, hasta que se considere limpiada la cavidad.

SOSPECHA DE ROTURA DE UTERO

MANEJO

1. Averigue si se ha realizado el manejo inicial de hemorragia obstetrica	Ver manejo de hemorragia obstetrica	
2. Evalúe los síntomas y signos, y clasifique	Presencia de acinturamiento de útero con dinámica uterina intensa. Presencia de: Cese de dinámica uterina Ausencia de movimiento fetal ausencia de latido fetal ausencia de polo fetal Sangrado vaginal	Sospeche en ROTURA CONSUMADA y proceda a una laparotomía. Si hay riesgo de vida de la madre realizar histerectomía dejando los ovarios. Si no hay riesgo de vida y la mujer desea aun tener mas hijos, intentar sutura del desgarro.
3. Evalúe presencia de complicaciones	No hay complicaciones. Si hay complicaciones como hipotension persistente, coagulacion intravascular diseminada.	Ver paso 4. Transferencia a establecimiento con unidad de cuidados intensivos.
4. Cuidados post-operatorios de rutina		

SOSPECHA DE PLACENTA PREVIA

MANEJO

1. Averigue si se ha realizado el manejo inicial de hemorragia obstetrica	Ver manejo de hemorragia obstetrica	
2. Evalúe volumen de la pérdida de sangre	Perdida mayor de 500 mililitros de sangre (mas de 2 tazas) o con signos de hipotension arterial. Sufrimiento fetal o muerte fetal Perdidas pequeñas sin compromiso de la presión o estado de conciencia.	Proceda a una cesarea y continúe con el paso 5 Ver paso 3
3. Evalúe edad gestacional	Si tiene menos de 35 semanas. Si tiene 36 semanas o mas.	Conducta expectante hasta alcanzar madurez fetal. Si el sangrado empeora terminar gestacion por cesarea y continúe con el paso 5 Ver paso 4.
4. Evaluar madurez pulmonar	Maduro Inmaduro	terminar gestacion Conducta expectante hasta 38 semanas. Si incrementa sangrado o hay signos de hipovolemia terminar gestacion. Transferencia a establecimiento

		con unidad de cuidados intensivos del recién nacido.
5. Evalúe presencia de complicaciones	No hay complicaciones.	Ver paso 6.
	Si hay complicaciones como hipotensión persistente, coagulación intravascular diseminada	Transferencia a establecimientos con unidad de cuidados intensivos.
6. Cuidados post-operatorios de rutina		

SOSPECHA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

MANEJO

1. Averigüe si se ha realizado el manejo inicial de hemorragia obstétrica	Ver manejo de hemorragia obstétrica	
2. Evalúe volumen de la pérdida de sangre	Perdida mayor de 500 mililitros de sangre (más de 2 tazas) o con signos de hipotensión arterial. Sufrimiento fetal o muerte fetal Hipertensión uterina	Proceda a una cesárea y continúe con el paso 5 Ver paso 3
	Perdidas pequeñas sin compromiso de la presión o estado de conciencia sin riesgo para el feto.	
3. Evalúe si está en trabajo de parto.	En fase activa de labor de parto (más de 4 centímetros de dilatación)	Conducta expectante, monitores de funciones vitales y bienestar fetal. Si el sangrado empeora o hay hipotensión, hipertensión uterina o sufrimiento fetal terminar gestación por cesárea y continúe con el paso 5.
	No labor de parto	Ver paso 4.
4. Evaluar madurez pulmonar	Maduro	terminar gestación inmediatamente
	Inmaduro	Conducta expectante hasta 38 semanas. Si incrementa sangrado o hay signos de hipovolemia terminar gestación. Transferencia a establecimiento con unidad de cuidados intensivos del recién nacido.
5. Evalúe presencia de complicaciones	No hay complicaciones.	Ver paso 6.
	Si hay complicaciones como hipotensión persistente, coagulación intravascular diseminada	Transferencia a establecimientos con unidad de cuidados intensivos. Realizar paso 7

	Si hay complicaciones intraoperatoria de atonia uterina	
6. Cuidados post-operatorios de rutina	Si hay atonia uterina durante el post-operatorio	Iniciar uso de oxitocicos (ver manejo de hemorragia puerperal), si no hay mejoria en 10 minutos laparotomia y realizar paso 8.
7. Evaluar utero infiltrado	Evalúe si responde a masaje uterino.	si no hay respuesta proceder a ligadura de arterias uterinas a nivel del segmento o ligadura de hipogastrica. Si no hay reduccion en el volumen de la perdida en un minuto, realizar paso 8. Si hay mejoria mantener con soluciones isotonicas al 5% de oxitocina, mantener el utero en cavidad abdominal por 5 minutos si hay mejoria cerrar cavidad.
8. realizar histerectomia inmediatamente		
9. Cuidados post-operatorios de rutina.		

HEMORRAGIA VAGINAL POSTPARTO

Sangrado mayor de 500 mililitros en el periodo entre la salida del recién nacido y el alumbramiento, o sangrado agudo de 500 mililitros en el postparto inmediato.

MANEJO

1. Averigüe si se ha realizado el manejo inicial de hemorragia obstetrica	Ver manejo de hemorragia obstetrica	
2. Evalúe si expulsó la placenta	No fue expulsada	Realizar extraccion manual de placenta e iniciar inmediatamente oxitocicos (ver protocolo extraccion manual de placenta)
	Si fue expulsada	Si no mejora: legrado puerperal en establecimiento con capacidad quirurgica. Ver paso 3
3. Evalúe si el utero esta bien contraído.	No esta bien contraído y/o se palpa por encima de la cicatriz umbilical.	Realizar revision manual de cavidad (ver protocolo especifico) Realizar masaje uterino Uso de oxitocicos (ver protocolo especifico) Si no mejora manejo en establecimiento con capacidad quirurgica, probable histerectomia.
	Esta bien contraído y se palpa por debajo de la cicatriz umbilical.	Ver paso 4.
4. Evaluar partes blandas (vulva, vagina, cervix)	Si hay lesiones de partes blandas.	reparacion y sutura de desgarros con catgut cromico 00
	Si no se les puede reparar	taponamiento vaginal o intentar pinzar laceracion y transferir inmediatamente a establecimiento con capacidad quirurgica.

SI LA HEMORRAGIA ES ABUNDANTE, SE DEBE EXTRAER LA PLACENTA EN FORMA MANUAL LO MAS PRONTO POSIBLE

USO DE OXITOCICOS DURANTE EL POSTPARTO

Si la paciente presenta un cuadro de hemorragia puerperal y se sospecha afonia uterina, proceder a realizar lo siguiente:

Evaluar presion arterial:

- Si la paciente esta con una presion arterial menor de 130/90, aplicar una ampolla de ergometrina en la region glutea.
- Si la paciente tiene una presion arterial mayor o igual a 130/90, administrar soluciones isotonicas intravenosa que contengan oxitocina* 30 unidades en 1 litro a razon de 40 gotas por minuto.

* El pitocin tiene 10 unidades por ampolla, el Syntocinon tiene 5 unidades por ampolla.

REVISION MANUAL DE CAVIDAD UTERINA (RMCU)

- Neuroanalgesia a traves de la venoclisis. Administrar una combinacion de petidina y diazepam, 10 miligramos diluido en 10 mililitros, intravenoso lento (en un tiempo no menor de 10 minutos) hasta que la paciente se duerma. **OJO:** monitorizar la frecuencia respiratoria
- Aseo perineal con alguna solucion desinfectante no irritante (yodopovidona) o agua esteril y jabon
- Colocarse guantes esteriles, elimine el talco de la superficie del mismo. De no ser posible cambiar los guantes, limpiar sangre o secreciones de los mismos lavandolos con soluciones desinfectantes no irritantes.
- Introducir la mano izquierda (derecha si es zurdo) para deprimir la pared posterior de vagina y separar lo mas que se pueda las paredes laterales.
- Introducir la mano derecha (izquierda si es zurdo), tratando de tocar lo menos posible las paredes de la vagina, retirando simultaneamente la mano izquierda de la misma (derecha si es zurdo).
- Coger el fondo uterino con la mano izquierda y fijarlo para evitar que se desplace.
- Introducir la mano derecha, izquierda si es zurdo en la cavidad uterina, hasta palpar el fondo uterino.
- realizar un raspado energico de la cavidad uterina, el fondo uterino al cervix, sin sacar la mano de la cavidad. El raspado debe ser en forma ordenada tratando de raspar cada zona del utero hasta estar seguro que no han quedado restos placentarios (que se palpan como una zona mas blanda que el resto de las paredes uterinas).
- De identificar la presencia de membranas adheridas (una superficie mas lisa que el resto del utero), repetir la maniobra con una gasa esteril.
- maniobra para fijar la gasa:
- Estirar la gasa, evitando que los bordes deshilachados esten libres.
- Envolver los dedos indice y mayor dejando un extremo para cogerla con el anular y el meñique sobre la palma de la mano.

EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA

1. Repetir los pasos del 1 al 6 descritos para la revision manual de cavidad
2. Sujetar el fondo uterino con una mano e introducir la otra (enguantada) hasta el fondo, siguiendo el cordon umbilical hasta llegar a la placenta.
3. Localizar el borde marginal e introducir suavemente el borde cubital de la mano entre la placenta y la pared uterina, estando el dorso de la mano en contacto con la pared del utero.
4. Despegamiento placentario de su insercion mediante movimiento ritmico hasta lograr el desprendimiento total.
5. Inmediatamente despues que salio la placenta, continuar con los pasos 7 al 9 descritos para la revision manual de cavidad, e iniciar uso de oxitocicos sino se ha iniciado (ver uso de oxitocicos durante el post parto)
6. Si se comprueba una insercion anormal de la placenta, transferir inmediatamente. \

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Incremento de la presión arterial en 15 mm Hg o más en la diastólica, o en 30 mm Hg o más en la sistólica.
Presión arterial mayor o igual a 140/90

MANEJO

1. Averigüe edad gestacional	si tiene menos de 20 semanas, evalúe problemas de hipertensión arterial, enfermedad renal o enfermedad trofoblástica.	
2. Buscar o confirmar la presencia de: Edema Ganancia de peso Proteinuria	Averiguar sobre orina espumosa, hacer descarte cualitativo con cintas reactivas. Ganancia de peso mayor de 500 gramos por semana. Edemas por encima de las rodillas.	Presencia de estos síntomas sugiere enfermedad hipertensiva inducida por la gestación. Continuar con el paso 3. La no presencia no descarta. debe continuar con el paso 3
3. Buscar síntomas o signos de alarma	Pregunte por: Escotomas Cefalea Tinnitus Dolor epigástrico Dolor en hipocondrio derecho Reducción del volumen urinario Presencia de petequias o hematomas espontáneos Ictericia Reflejos osteotendinosos aumentados.	Presencia de algunos de estos síntomas, inmediatamente, realizar el paso 4. Si no hay síntomas o signos de alarma, realizar el paso 5.
4. Iniciar manejo de emergencia y continuar el mismo de acuerdo a clasificación del cuadro clínico.	Ver manejo de emergencia obstétrica y la tabla de manejo según cuadro clínico.	
5. Si no hay signos de alarma, iniciar manejo de acuerdo a clasificación del cuadro clínico	Ver la tabla de manejo según cuadro clínico.	

CUADRO CLINICO	MANEJO
Incremento de presión arterial en 15 mm Hg o más en la diastólica, o en 30 mm Hg o más en la sistólica.	Manejo A
Presión arterial mayor o igual a 140/90 y menor o igual de 160/110, más edema leve y/o proteinuria 1-5 gramos en 24 horas.	Manejo Hospitalizar A
Presión arterial mayor o igual de 160/110, más edema generalizado y/o proteinuria mayor o igual de 5 gramos en 24 horas.	Manejo B
Presión arterial mayor o igual a 140/90 o menor o igual de 160/110, más edema leve y/o proteinuria 1-5 gramos en 24 horas, con síntomas de alarma	Manejo B
Eclampsia (convulsiones tónico - clónicas)	manejo de eclampsia de
Síndrome de HELLP; hemólisis más enzimas hepáticas elevadas más plaquetopenia.	Manejo de síndrome de HELLP

MANEJO "A" DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR LA GESTACION:

- Reposo en decubito lateral izquierdo, semisentada con piernas ligeramente elevadas.
- Dieta hiperproteica y normosodica.
- Evaluar los movimientos fetales percibidos por la madre (mas de 10 al dia)
- control de presion arterial y peso diario
- Ecografia: localizacion de placenta, perfil biofisico fetal (ideal pero no es prioritario)
- Laboratorio: hemoglobina, hematocrito, acido urico, creatinina, proteinuria en 24 horas
- Coordinar la posibilidad de transferir a la gestante o sugerir a la familia que la paciente debe estar lo mas cerca posible a un establecimiento con capacidad resolutive. De no ser posible, transferir para hospitalizacion en un establecimiento con capacidad resolutive las 24 horas.
- Reevaluar en 48 horas segun evolucion (ver tabla manejo de acuerdo a la evolucion de la pre-eclampsia leve)

Si el establecimiento de salud no esta en capacidad de realizar el manejo, la paciente debe ser transferida inmediatamente a un establecimiento con capacidad quirurgica e idealmente con unidad de cuidados intensivos, las 24 horas. Para realizar la transferencia revise el manejo de emergencia obstetrica.

Manejo de acuerdo a la evolucion de la pre-eclampsia leve

Evolucion		Manejo	
Hay mejoria		Continuar con monitoreo semanal ambulatorio	
Se presentan signos de alarma	Iniciar manejo B		
Estacionaria	Evaluar edad gestacional	Mas de 37 semanas. Menos de 37 semanas.	terminar gestacion evaluar. Perfil biofisico (ver evaluacion del perfil biofisico).

EVALUACION DE PERFIL BIOFISICO

La evaluacion del perfil biofisico se puede realizar mediante ecografia, los movimientos fetales es una manera poco sensible y especifica para realizarlo. Si el perfil es bueno se debera inducir labor de parto, con monitoreo estricto de bienestar materno fetal. Si el perfil es malo se debera hacer una prueba estresante con oxitocina. Si esta prueba es positiva es indicacion de cesarea, si es negativa intentar inducir, para mas detalles ver induccion de labor de parto. Si la induccion es fallida realizar cesarea.

MANEJO "B" DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR LA GESTACION:

- Hospitalizacion inmediata en un centro con capacidad quirurgica las 24 horas; ideal si tiene capacidad para manejar complicaciones de tipo renal, hepatica, cardiaca, coagulacion intravascular diseminada y otras complicaciones obstetricas.
- Colocar sonda vesical (Foley N°12 o 14) en circuito cerrado, control de diuresis, e identificacion de signos de falla organica de multiples sistemas.
- Monitoreo estricto de: presion arterial, pulso, frecuencia respiratoria cada 30 minutos
- Canalizar via cloruro de sodio al 9 o/oo para corregir la hipovolemia (venocath N° 16 o 18 o cateter endovenoso). Considerar uso de expansores plasmaticos.
- Tratamiento farmacologico:
 - Anticonvulsivante: sulfato de magnesio (5 gramos intramuscular en cada nalga) en forma profilactica o tener diazepam 10 miligramos endovenoso lento (ver uso de anticonvulsivante en eclampsia)
 - antihipertensivo: si tiene presion arterial mayor o igual a 160/110 administre nifedipina 10 miligramos sublingual en ese momento, evitando bajarla por debajo de 140/90. De ser necesario administrar dosis de 20 miligramos cada 8 horas cuidando de no bajar la presion a menos de 140/90. Se recomienda no usarlo en forma simultanea con el sulfato de magnesio
 - No usar diureticos, excepto si hay edema agudo pulmonar
- laboratorio: hemoglobina, hematocrito, acido urico, creatinina, sedimento urinario y proteinuria, plaquetas, transaminasas, perfil de coagulacion

- Finalizar la gestacion inmediatamente. El tipo de anestesia debe ser la que mejor se maneje en el establecimiento, aunque debe promoverse el uso de anestesia epidural.

Si el establecimiento de salud no esta en capacidad de realizar el manejo, la paciente debe ser transferida inmediatamente a un establecimiento con capacidad quirurgica e idealmente con unidad de cuidados intensivos, las 24 horas. Para realizar la transferencia revise [el manejo de emergencia obstetrica.](#)

MANEJO DE ECLAMPSIA

- Hospitalizacion inmediata
- asegurar una via aerea permeable y administrar oxigenoterapia
- Colocar sonda vesical (Foley N° 12 o 14) en circuito cerrado. Control de diuresis
- Colocar una via intravenosa o flebotomia con cloruro de sodio. Considerar uso de expansores plasmaticos
- Uso de anticonvulsivantes (ver uso de anticonvulsivantes en eclampsia)
- Finalizar gestacion inmediatamente, luego de haber estabilizado a la paciente (hidratacion, administracion de anticonvulsivantes y oxigenoterapia a 5 litros por minuto de oxigeno humidificado). Esto debe lograrse en los siguientes 30 minutos como maximo; de no lograrse proceder inmediatamente a finalizar la gestacion.
- Uso de antihipertensivos (ver manejo B de la enf. hipertensiva inducida por la gestacion)

Si el establecimiento de salud no esta en capacidad de realizar el manejo, la paciente debe ser transferida inmediatamente a un establecimiento con capacidad quirurgica e idealmente con unidad de cuidados intensivos, las 24 horas. Prara rerealizar la transferencia revise el manejo de emergencia obstetrica.

MANEJO DE SINDROME DE HELLP:

- Finalizar gestacion inmediatamente. Asegurar transfusion de sangre frescao plaquetas, durante la operacion y post parto
- Tratamiento de sosten en unidad de cuidados intensivos. realizar una evaluacion integral por las diferentes especialidades para manejar los problemas de insuficiencia renal, hepatica y coagulopatia de consumo.

La paciente debe ser transferida inmediatamente a un establecimiento con capacidad quirurgica e idealmente con unidad de cuidados intensivos las 24 horas. Para realizar la transferencia revise el manejo de emergencia obstetrica.

MANEJO DE SOSTEN EN EL POSTPARTO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR LA GESTACION:

- Dependiendo del estado general o del post operatorio, se debe iniciar dieta hiperproteica.
- Monitoreo de presion arterial y signos de falla organica de multiples sistemas (hepatica, renal, coagulacion intravascular diseminada, edema cerebral)
- anticonvulsivantes por 7 dias, idealmente manejo en coordinacion con el neurologo.
- Antihipertensivos hasta lograr el control de la presion arterial por debajo de 140/90. El manejo debe ser en conjunto con el cardiologo. Solo se debe administrar tratamiento si es que existe hipertension.
- Manejo de sosten integral tratando de controlar adecuadamente las fallas identificadas.

De no poder realizar este manejo la paciente debe ser derivada inmediatamente a un establecimiento con capacidad resolutiva las 24 horas. Para realizar la transferencia revise el manejo de emergencia obstetrica.

USO DE ANTICONVULSIVANTES EN ECLAMPSIA

Antes de iniciar el uso de anticonvulsivantes, evalúe el manejo de las convulsiones

1. Colocar a la paciente en posicion decubito lateral	Evitar golpes y caidas, con vigilancia permanente; si la paciente esta excitada, se le debe colocar en cama con barandas.
2. Mantener una via aerea permeable y proteger la lengua y las mucosas orales.	Aspirar secreciones Limpieza de la orofaringe, trtando de retirar particulas de comida, vomito o protesis dentaria. Colocar una canula de mayo o bajalengua de metal. Hiperextension de la cabeza, lo que permite abrir la faringe al levantar la lengua.
3. Colocar diazepam 10 miligramos endovenoso (si esta convulsionando)	

4. Evaluar presencia de cianosis

Administrar oxígeno humidificado a 3-5 litros por minuto, dependiendo de la severidad de la hipoxia.

5. Manejo de anticonvulsivos.**EL TRATAMIENTO BUSCA LOGRAR UNA ADECUADA SEDACION**

Hay dos drogas que son usadas en gestantes: diazepam o sulfato de magnesio (en algunos países el coctel lítico todavía es usado). Es controversial el uso de la difenilhidantoína (Epamin) y del fenobarbital.

Anticonvulsivos que se pueden usar:

- **Benzodiazepinas (diazepam)**
 - Administrar una dosis endovenosa de 10 miligramos; luego repetir una dosis endovenosa de 10 miligramos cada 4-6 horas condicional a convulsiones, hasta un máximo de 100 miligramos en 24 horas.
 - Puede atravesar la placenta y causar en el feto problemas para establecer su respiración, dificultades con su alimentación y en el mantenimiento de la temperatura corporal.
- **Sulfato de magnesio**
 - Para la primera dosis, dar una inyección endovenosa lenta de 4 gramos (20 mililitros de solución al 20%), a una velocidad de 1 gramo cada 5 minutos por 20 minutos. No debe ser administrada en bolo.
 - Si el personal no tiene experiencia en su manejo, puede ser administrada en forma intramuscular, inicialmente 5 gramos en cada nalga (8 mililitros de solución al 50%).
 - Puede darse dosis repetidas cada 4 horas, hasta 12 a 24 horas después del parto, evaluando primero:
 - Que la secreción urinaria sea por lo menos de 100 mililitros en 4 horas
 - Que estén presentes los reflejos patelares
 - Que la frecuencia respiratoria esté al menos en 16 por minuto (si no, la siguiente dosis debe ser pospuesta)

Las dosis siguientes pueden ser de:

- Sulfato de magnesio 20 mililitros de una solución al 20%, vía intramuscular, o
- Sulfato de magnesio 8 mililitros de una solución al 50% vía intramuscular,

Toxicidad: puede causar depresión respiratoria en la madre y el feto.

tener a la mano gluconato de calcio al 10% en ampollas, para administrar como antídoto en caso de sobredosis de sulfato de magnesio.

El uso de anticonvulsivos para la eclampsia ha sido considerado en el manejo de pre-eclampsia severa.

Debido a que los sedantes atraviesan la placenta, el feto puede tener:

- Problemas para establecer su ritmo respiratorio
- Dificultades para alimentarse
- Dificultades para mantener su temperatura corporal

OBITO FETAL

Ausencia de movimientos fetales.
No se auscultan latidos fetales.

MANEJO

1. Identifique latidos fetales, de ser posible con Doppler o ecografia.	Actividad cardiaca presente.	Evaluar bienestar fetal
	Actividad cardiaca ausente.	Continuar con paso 2
2. Evaluar perfil de coagulacion	Solicitar fibrinogeno (*)	Si fibrinogeno es menor de 300 considerar manejo de coagulacion intravascular diseminada antes de continuar con el paso 3
3. Dar apoyo psicologico	En cualquier caso, se debe, haciendo enfasis que el manejo es conservador, mientras no haya signos de coagulacion intravascular diseminada o infeccion, continuar con el paso 4.	
4. Terminar gestacion	Realizar induccion del parto Evaluar presencia de signos de infeccion y/o de coagulacion intravascular diseminada (CID)	Si presenta cualquiera de estos sintomas debera realizar manejo correspondiente y finalizar inmediatamente la gestacion por cesarea. Si la induccion es fallida por 3, realizar cesarea.
5. Determinar la etiologia de la muerte fetal	Solicitar autopsia de ser posible, para identificar si la causa de muerte puede repetirse en un siguiente embarazo.	

Si su establecimiento no esta en condiciones de cumplir con el protocolo, transferir inmediatamente a la gestante a un establecimiento con capacidad resolutive las 24 horas.

INDUCCION DEL PARTO DE OBITO FETAL

Condiciones:

- Presentacion cefalica en fetos mayores de 28 semanas
- Feto unico
- No evidencia de desproporcion cefalopelvica
- Control estricto del bienestar materno-fetal

Contraindicaciones absolutas: Macrosomia fetal Hidrocefalia fetal Malpresentacion fetal Deformidad pelvica marcada (ejemplo, secuelas de poliometitis) Cicatriz uterina corporea (cesarea o miomectomia) antecedente de 2 cesareas segmentarias.	Contraindicaciones relativas: Embarazo multiple Polihidramnios Gran multipara Una cesarea segmentaria previa sin signos de desnutricion o antecedentes de infeccion.
---	---

El esquema ideal para inducir el parto de un obito es el uso de prostaglandinas.

INDUCCION O ESTIMULACION CON OXITOCINA:

Procedimiento:

- Control de signos vitales de la madre, cada hora
- Control permanente de la dinamica uterina, registrandola cada 15 minutos
- Llevar curva de trabajo de parto
- Colocar via endovenosa (venocath N°16 o 18), con solucion salina o dextrosa al 5% mas una ampolla de cloruro de sodio al 20% o dos de lactato de ringer.
- Si la gestante no ha ingerido alimentos o luce deshidratada, se le debera pasar un volumen no menor de 200 mililitros ni mayor de 500 mililitros para hidratacion previa al inicio de induccion o estimulacion.
- En el volumen restante del frasco, agregar una unidad internacional de oxitocina por cada 100 mililitros de solucion
- Iniciar el procedimiento con 5 gotas por minuto (2.5 miliunidades internacionales por minuto), aumentando 5 gotas cada 15 minutos, hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contraccion cada 3 minutos, hasta un maximo de 60 gotas.

Se considera induccion fallida si:

- No hay cambios cervicales ni descenso de la presentacion, luego de 6 a 8 horas de induccion
- No se logro obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contraccion cada 3 minutos, luego de 6 a 8 horas de induccion

Si no hay signos de coagulacion intravascular diseminada, infeccion o desproporcion feto pelvica, puede repetirse 2 ciclos de induccion, con un intervalo de 12 horas entre cada induccion, incrementando las dosis hasta 5 unidades internacionales por 100 mililitros de dextrosa al 5% al medio normal o cloruro de sodio 9%

INDUCCION CON PROSTAGLANDINAS:

Media tableta de Misoprostol en el fondo de saco vaginal posterior; repetir a las 4 horas si no hay respuesta.

De haber cambios en el cervix luego de la segunda dosis, y no hay signos de coagulacion intravascular diseminada, infeccion o desproporcion feto pelvica,continuar con oxitocina.

Si no hay signos de coagulacion intravascular diseminada, infeccion o desproporcion fetopelvica, puede repetirse 2 ciclos de induccion, con un intervalo de 12 horas entre cada induccion.

EVALUACION DE BIENESTAR FETAL

Se puede realizar mediante:

- Ecografia: para veer morfologia fetal, actividad cardiaca fetal, volumen de liquido amniotico, presencia de movimientos y tonos fetales.
- Monitorizacion electronica: prueba no estresante, prueba estresante con oxitocina

PARTO PREMATURO

Contracciones cada 3-5 minutos antes de las 37 semanas de gestacion, con o sin cambios en el cuello uterino.

MANEJO

1. Confirmar tiempo de gestacion	Calcular edad gestacional por fecha de ultima regla (menstruacion) y/o por ecografia obstetrica (si la tuviera)
2. Evaluar el abdomen	Evaluar dinamica uterina Maniobras de Leopold para ver presentacion Descartar embarazo gemelar
3. Evaluar vagina y periné	Ver si hay sangrado salida de liquido amniotico. De haberlo ver protocolo de sangrado obstetrico y/o rompimiento prematuro de membrana
4. Evaluar dilatacion cervical	Ante sospecha de placenta previa no realizar tacto vaginal
5. Estimar peso fetal y tratar de valorar madurez pulmonar.	medir altura uterina y ver si corresponde con edad gestacional. De ser posible ecografia De estar capacitado y contar con equipo apropiado considerar amniocentesis para ver madurez pulmonar.
6. Hidratacion adecuada de la paciente	Darle 1 litro de agua por via oral en 30 minutos o colocar una via endovenosa para administrar 500 mililitros de cloruro de sodio al 9% en 60 minutos.
7. Investigar la causa del parto prematuro	Buscar foco infeccioso, antecedentes anteriores de parto prematuro, perdida de liquido.
8. Iniciar tocolisis si persisten contracciones luego de hidratacion	ver medicacion en amenaza de parto prematuro

En caso de gestacion menor de 35 semanas, aplicar corticoides (ver parto prematuro). Si hay dilatacion cervical transferir inmediatamente o prepararse para atencion de parto.

MEDICACION EN AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Contraindicaciones absolutas:

- Rotura prematura de membranas
- Corioamniotitis
- Retraso severo del crecimiento fetal
- Obito fetal
- Hemorragia vaginal
- Anomalia congenita no compatible con la vida
- Fase activa de trabajo de parto

Las alternativas de tratamiento son las siguientes:

1. CALCIO ANTAGONISTAS

Nifedipina:

- Administrar 10 miligramos sublingual si no han cedido las contracciones, repetir la dosis a los 15 y a los 30 minutos. Dosis de mantenimiento de 10 miligramos cada 8 horas mientras sea necesario
- Se debe monitorizar presion arterial.

2. BETAMIMETICOS

Clorhidrato de isoxuprina:

- Administrar 100 miligramos (10 ampollas) en 500 mililitros de solución
- Iniciar a una velocidad de infusión de 10 gotas por minuto y aumentar 5 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado. Cuando la frecuencia cardíaca materna sea menor de 120 por minuto, la frecuencia cardíaca fetal menor de 160 por minuto o la presión arterial no menor de 90/50 mm Hg. disminuir o suspender el goteo.

Fenoterol:

- Administrar 1-2 microgramos como mínimo, vía intravenosa con solución de dextrosa al 5% de la siguiente forma: 2 ampollas de fenoterol cada una de 0.5 miligramos en 500 mililitros de solución de dextrosa al 5%.
- Iniciar a una velocidad de infusión de 5 gotas cada 30 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado. Cuando la frecuencia cardíaca materna sea menor de 120 por minuto, la frecuencia cardíaca fetal menor de 160 por minuto y la presión arterial no menor de 90/55 mm Hg. disminuir o suspender goteo.

Ritodrina:

- Administrar 50 miligramos (una ampolla) en 500 mililitros de solución de dextrosa al 5%
- Iniciar a una velocidad de infusión de 0.05 miligramos (10 gotas) gotas de 15 minutos (hasta un máximo de 10 gotas), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado. Cuando la frecuencia cardíaca materna sea menor de 120 por minuto, la frecuencia cardíaca fetal menor de 160 por minuto y la presión arterial no menor de 90/55 mm Hg. disminuir o suspender el goteo.

En el caso de betamiméticos (isoxupina, fenoterol, ritodrina), luego que la contractilidad uterina haya disminuido significativamente por un tiempo mínimo de 8 horas, se continuará utero inhibición por vía oral, la cual se iniciará una hora antes de retirar la utero inhibición intravenosa.

3. SULFATO DE MAGNESIO

- Su manejo implica riesgo. En mujeres que tengan contraindicaciones médicas absolutas para el uso de betamiméticos (diabetes, hipertiroidismo, enfermedades cardíacas), se utilizará sulfato de magnesio de la siguiente forma:
Dosis inicial: 4 gramos en 250 mililitros de solución de dextrosa al 5%. Pasar intravenosa en 30 minutos.
Dosis de mantenimiento: 10 gramos en 500 mililitros de solución de dextrosa a 16 gotas por minuto (1 gramo por hora). Aumentar 04 gotas cada 30 minutos hasta 2 gramos por hora (33 gotas por minuto) si la paciente sigue con trabajo de parto.

Se debe vigilar por hiporreflexia, visión borrosa, dificultades respiratorias, flujo urinario menor de 1 mililitro por kilogramo por hora. En intoxicación utilizar gluconato de calcio (10 miligramos de solución al 10% intravenosa, en 3 minutos)

4. ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

- El más usado es la indometacina (indocid) 100 miligramos por (vía rectal) cada 12 horas por 48 horas, luego pasar a vía oral 100 miligramos por cada 12 horas por 5 días

5. SEDANTES

- Fenobarbital 100 miligramos intramuscular y luego 10 miligramos intramuscular cada 12 horas por 4 dosis o hasta el traslado al servicio de complicaciones prenatales (máxima de 4 dosis)

En el caso que se use sedantes, se debe avisar al neonatólogo o personal que va a atender al niño, por los riesgos de apnea neonatal.

6. GLUCOCORTICOIDES: (solo en embarazos menores de 35 semanas)

- En embarazos que tengan 28 a 34 semanas, repetir la dosis semanalmente hasta las 34 semanas completas.
- Betametasona 6 miligramos intramuscular cada 12 horas por 2 dosis.

GESTACIÓN POST TERMINO

Refiere gestacion de 41 o mas semanas de gestacion

MEDIDAS GENERALES

1. Evaluar edad gestacional	Verificar fecha de ultima menstruacion, debe reunir los siguientes requisitos: Regimen catamenial regular No uso de anticonceptivos 6 meses previos al embarazo No haber tenido hemorragia del primer trimestre.	Existe duda de la fecha exacta de la ultima menstruacion. (ver manejo de gestante con mas de 41 semanas con dudas en fecha de ultima regla). No existe duda de la fecha exacta de la ultima menstruacion (ver manejo de gestante con mas de 41 semanas sin duda en fecha de ultima regla)
-----------------------------	---	--

MANEJO DE LA GESTANTE CON MAS DE 41 SEMANAS SIN DUDA EN FECHA DE ULTIMA REGLA

1. Evaluar: Movimientos fetales Relacion altura uterina/edad gestacional Ecografia: (edad y perfil biofisico)	Si hay reduccion de los movimientos fetales o si ecografia sugiere: Desarrollo fetal (perimetro cefalico mayor perimetro abdominal es probable que tenga cierto grado de desnutricion por postdatismo) Placenta grado III Oligoamnios Perfil biofisico menor de 6 Si los movimientos fetales estan normales, o Si ecografia no muestra alteraciones en el desarrollo, placenta grado III acompañada de Oligoamnios o perfil biofisico menor de 6.	Continuar con el paso 2 Sugerir estimulacion de pezones y reevaluar en 3 días, si no hay progreso o hay reduccion de movimientos fetales, continuar con el paso 2.
2. terminar gestacion	Induccion. si las condiciones lo permiten, o cesarea, si hay complicaciones materno fetales.	

MANEJO DE LA GESTANTE CON MAS DE 41 SEMANAS CON DUDA EN FECHA DE ULTIMA REGLA

1. Tomar ecografia para evaluar condiciones materno fetales.	Si hay confirmacion de feto a termino No hay confirmacion de feto a termino	Continuar con el paso 2 Realizar control prenatal en alto riesgo reajustando edad gestacional a fecha sugerida por la ecografia.
2. Evaluar: Movimientos fetales Relacion altura/edad gestacional Ecografia: (edad y perfil biofisico)	Si hay reduccion de los movimientos fetales o si ecografia sugiere: Desarrollo fetal (perimetro cefalico mayor perimetro abdominal, es probable que tenga cierto grado de desnutricion por postdatismo) Placenta grado III Oligoamnios Perfil biofisico menor de 6 Si los movimientos fetales estan normales o si ecografia no muestra alteraciones en el desarrollo, placenta grado III acompañada de oligoamnios o perfil biofisico menor de 6	Continuar con el paso 3 Sugerir estimulacion de pezones y reevaluar en tres días, si no hay progreso o hay reduccion de movimientos fetales continuar con el paso 3.

3. Terminar gestacion	Induccion: si las condiciones lo permiten o cesarea, si hay complicaciones materno fetales.	
------------------------------	---	--

PARTO DETENIDO

Gestante refiere trabajo de parto por mas de 12 horas.

Grafica del trabajo de parto esta a la derecha de la curva de alerta del partograma

MEDIDAS GENERALES

1. Descarte signos de alarma	Buscar signos de Rotura uterina inminente: acinturamiento del utero (anillo de Bandl) Desproporcion fetopelvica Sufrimiento fetal Mala presentacion fetal o actitud de presentacion	Si existen algun signo de alerta realizar cesarea Si no existen ningun signo, continue con el paso 2
2. evalue dinamica uterina	Buscar: si palpa partes fetales durante la contraccion o reduccion de la frecuencia a menos de 2 contracciones en 10 minutos. Buscar: si intensidad de las contracciones esta aumentada o frecuencia aumentada, mas de 5 contracciones en 10 minutos	Realizar manejo de hipotonia o hiposistolia Realizar manejo de hipertonia o hipersistolia.

Si no se puede realizar una intervencion quirurgica, administre algun tocolitico para reducir la dinamica y transfiera inmediatamente a la paciente, previo manejo inicial de la emergencia obstetrica.

MANEJO DE HIPOTONIA O HIPOSISTOLIA

- Evacuacion vesical
- Hidratacion con cloruro de sodio al 9% o dextrosa al 5% con una ampolla de hipersodio (200 mililitros a chorro)
- Estimulacion con oxitocina al 1% por via endovenosa (ver induccion o estimulacion del trabajo de parto)
- Verificar bienestar fetal
- Evaluacion a las 2 horas. Si progresion normal continuar con parto vaginal, si progresion no es normal realizar cesarea

MANEJO DE HIPERTONIA O HIPERSISTOLIA

- Descarte problemas de hiperestimulacion con oxitocicos o desprendimiento de placenta
- Hidratacion con cloruro de sodio al 9%
- Analgesia (bloqueo epidural continuo fraccionado)
- Decubito lateral izquierdo
- Verificar bienestar fetal
- Evaluacion a las 2 horas. Si progresion normal continuar con parto vaginal, si progresion no es normal realizar cesarea.

MANEJO DE PRESENTACION PODALICA

En el caso de una presentacion podalica, si en el establecimiento no hay personal capacitado para el manejo de la retencion de la cabeza o si existe riesgo de prolapso de cordon (como en casos de presentacion flotante o presentacion podalica donde se palpe los pies), es preferible realizar una cesarea.

Si el establecimiento no tiene capacidad quirurgica, proceda a transferir a la paciente ([ver manejo de emergencia obstetrica](#))

Sufrimiento fetal agudo

Madre acude porque no siente que se mueve el feto, después de las 28 semanas, o en el examen clínico se detecta alteraciones en la frecuencia de los latidos fetales.

MEDIDAS GENERALES

1. Realice un examen clínico buscando evidencias de sufrimiento fetal.	Frecuencia cardíaca fetal mayor de 160 o menor de 120 por minuto, persistente Presencia de caída en más de 20 latidos de la frecuencia cardíaca fetal basal, inmediatamente después de la contracción uterina (DIP II). Líquido amniótico teñido de meconio en una presentación cefálica, asociado a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.	Calcular edad gestacional por fecha de última regla (menstruación) y/o por ecografía obstétrica (si la tuviera) Si no hay evidencia clínica de sufrimiento fetal y gestante está en labor de parto hospitalizarla. Monitorizar labor de parto
2. Confirmar el diagnóstico con métodos auxiliares	De ser posible confirmar el diagnóstico con monitores o Doppler. La evaluación de gestantes con patología obstétrica debe ser realizada en un establecimiento con capacidad quirúrgica las 24 horas y donde haya idealmente tocodinamómetro.	Si hay confirmación continúe con el paso 3 Si no hay evidencia clínica de sufrimiento fetal y gestante está en labor de parto hospitalizarla. Monitorizar labor de parto
3. Realizar manejo de sufrimiento fetal	Ver manejo de sufrimiento fetal agudo.	

MANEJO DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

- Colocar vía con branula Nº 18 y pasar solución de cloruro de sodio al 9%
- Poner a la gestante en posición decubito lateral izquierda
- Evaluar funciones vitales de la madre y características de la dinámica uterina
- Identificar la causa: descartar sobre estimulación u otras patologías obstétricas
- De existir fiebre, baje la temperatura e identifique la causa
- Administrar oxígeno a la madre en forma permanente, con mascarilla o catéter nasal, a razón de 3 a 5 litros por minuto (oxígeno húmedo)
- Si esta siendo estimulada, super oxitocina. Por ningún motivo debe ser aplicada
- Hacer el examen pélvico para determinar avance del trabajo de parto
- Observar el líquido amniótico, por emisión espontánea o por amniorrexis, cuando la dilatación cervical este avanzada y el polo de presentación encajado.
- Corregir hipotensión materna si esta presente
- Finalizar inmediatamente la gestación. En embarazos con menos de 28 semanas, informe a la madre que las posibilidades de sobrevivir el feto son casi nulas, excepto en el caso que se tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales.

De no estar en capacidad de cumplir todas las medidas, transferir a la gestante a un establecimiento con capacidad resolutiva las 24 horas.

Para la transferencia, leer el manejo de emergencia obstétrica.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Refiere perdida de liquido por vagina

MEDIDAS GENERALES

1. Confirmar perdida de liquido	En examen fisico: Vision directa al realizar maniobra de valsalva (pujar o toser) Examen con especulo Exámenes auxiliares: Papel nitracina Pruebas de Fern; cristalización de la muestra de secrecion del fondo vaginal en forma de hehecho; se requiere microscopio.	Rotura prematura de membrana no confirmada, realizar control prenatal. Descartar leucorrea (infeccion vaginal) o incontinencia urinaria (se le escapa la orina) Rotura prematura de membrana confirmada, continúe con el paso 2.
2. Hospitalizar	Inicie el manejo de rotura prematura de membrana. Continúe con el paso 3	
3. Descartar signos de infeccion intrauterina.	Solicitar: Hemograma Proteina C reactiva Amniocentesis para leucocitos y Gram. Presencia de fiebre o perdida de liquido con mal olor. Monitorizar signos de corioamniotitis cada 4 a 6 horas fiebre, taquicardia, liquido amniotico con mal olor.	Si existe signos de infeccion iniciar antibioticoterapia como endometritis puerperal y continúe con el paso 5. No existen signos de infeccion, continúe con el paso 4.
4. Verificar edad gestacional y madurez fetal.	Evalue hallazgos de examen clinico. Solicite ecografia (ver edad gestacional, perfil biofisico) Realizar P. de Clements con liquido obtenido por amniocentesis.	Feto tiene 35 semanas o mas y se confirma madurez pulmonar. Continúe con el paso 5. Si tiene menos de 35 semanas Iniciar: Corticoides Antibioticoterapia Evaluacion periodica (fetal e infeccion materna) La presencia de signos o infeccion, sufrimiento fetal o certeza de madurez pulmonar, continuar con el paso 5.
5. Terminar gestacion	si no hay contraindicaciones obstetricas y la gestante no esta en sepsis, se debe intentar induccion de labor, si no hay progreso en las dos primeras horas proceder a cesarea.	

MANEJO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- Hospitalizacion
- Reposo absoluto
- Colocar via con solucion salina al 9%, usando branula N°18
- Dieta liquida a tolerancia de la paciente. De existir sospecha de corioamniotitis o indicaciones obstetricas de parto por cesarea, suspender via oral.
- Exámenes auxiliares:
Ecografia: ver edad gestacional, cantidad líquido amniotico, ubicacion placentaria, perfil biofisico.
Hemograma y proteina C reactiva cada 24 horas; cultivo de liquido amniotico, hematocrito-hemoglobina y examen de orina, al inicio del tratamiento.

Valoracion de madurez fetal:

Ecografia

Amniocentesis dirigida: para prueba de Clements o dosaje de lecitina/esfingomielina

Si esta disponible en el establecimiento, dosaje lecitina/esfingomielina de muestra del fondo de saco vaginal o del cervix, si la perdida es abundante.

- Finalizar gestacion o mantener conducta expectante de acuerdo al manejo descrito. En caso de sospecha o confirmacion de corioamniotitis, no demorarse mas de 6 horas para finalizar el embarazo
- Se puede usar cualquiera de los siguientes antibioticos a dosis habituales:
- Cefalosporinas
- Clindamicina
- Amoxicilina
- Monitorizar signos de alerta de corioamniotitis cada 4 a 6 horas:
- Fiebre
- Taquicardia
- Liquido amniotico con mal olor
- Proteina C reactiva positiva
- Hemograma con leucocitosis y desviacion izquierda
- En presencia de corioamniotitis, terminar el embarazo (independientemente del tiempo de gestacion) y dar tratamiento antibiotico similar al usado para endometritis puerperal
- Si el establecimiento no esta en capacidad de realizar dicho manejo, transferir inmediatamente a la gestante ([ver manejo de emergencia obstetrica](#))
- Si esta con dinamica uterina, debe ser acompaÑanda por personal (ideal 2 personas) que pueda atender al recién nacido y a la madre. Deben llevar alguna fuente de calor o frazadas para evitar hipotermia ([para mayor detalle ver el manejo de emergencia obstetrica](#))

ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO

Dolor abdominal con o sin irritacion peritoneal

MANEJO

1. Descarte presencia febril	Afebril	Descartar: Aborto en curso Embarazo ectopico Desprendimiento prematuro de placenta Rotura uterina (ver protocolos correspondientes en manejo de hemorragia obstetrica) o Quiste de ovario a pediculo torcido Colico renal Leiomioma degenerado
	Febril	Realizar paso 2
2. Buscar dolor en abdomen y region lumbar.	Puño percusion lumbar (+)	Ver manejo de pielonefritis
	Dolor abdominal difuso	Descartar: Endometritis Aborto Septico
	Dolor en abdomen derecho	Descartar: Apendicitis aguda Colecistopatia aguda Interconsulta a cirugia Continuar paso 3
3. Hospitalizar	Iniciar manejo segun posibilidad diagnostica.	
	De no estar en capacidad para realizar el	

manejo, transferir inmediatamente ([ver manejo de emergencia obstetrica](#)).

APENDICITIS AGUDA

Inflamacion aguda del apendice.

La incidencia es de aproximadamente 1/1500 partos, no habiendo predileccion por ningun trimestre.

Diagnostico:

Debido a que la localizacion del apendice cambia a medida que el embarazo progresa, los signos y sintomas no son tan predecibles como en la mujer no gestante y pueden asimismo confundirse con molestias atribuidas al mismo embarazo, lo que hace dificil el diagnostico. La tasa de apendicitis perforada es mayor durante el tercer trimestre (69%) que durante el primero o el segundo (31%).

Cuadro Clinico:

Dolor abdominal. El dolor, a medida que el embarazo progresa se hace mas alto y mas lateral.

Anorexia, nauseas y vomitos, menos frecuente que en no gestantes

Fiebre (puede haber apendicitis con temperatura menor de 38° centigrados)

Al examen se encuentra:

Dolorabilidad en el cuadrante inferior derecho en los primeros meses de gestacion, a medida que avanza el embarazo la localizacion del dolor puede ser mas alta, localizandose en el cuadrante superior derecho al llegar al tercer trimestre.

Rebote, signo de McBurney (+) en los primeros 3 meses

Dolor en fosa iliaca derecha al empujar el utero hacia la misma

Los exámenes de laboratorio no suelen ser utiles, pues se encuentra leucocitosis por el mismo embarazo. Los recuentos pueden llegar a 25,000 durante la labor de parto y el puerperio temprano.

Diagnostico diferencial:

Pielonefritis
Colico renal

Torsion de un quiste
ovarico
Leioma degenerado

Aborto en curso
Desprendimiento prematuro de la placenta

MANEJO

- Debe realizarse en un hospital con capacidad quirurgica las 24 horas del dia
- De confirmarse el diagnostico, se debe proceder a una laparotomia exploratoria, con la incision que le ofrezca el mayor campo operatorio y con la cual se sienta mas seguro el cirujano.
- En el pre y post operatorio se debe usar tocoliticos.

De no tener capacidad quirurgica transferir inmediatamente a un establecimiento que disponga de ella las 24 horas.

COLECISTITIS

Inflamacion de la vesicula biliar.

Generalmente asociada a la presencia de calculos en la vesicula.

Diagnostico:

Los signos y sintomas no son tan predecibles como en la mujer no gestante y pueden asimismo confundirse con molestias atribuidas al mismo embarazo, lo que hace dificil el diagnostico, ante la sospecha de intolerancia a grasas o colico en el hipocondrio derecho (debajo de las costillas del lado derecho), se debe solicitar una ecografia de vias biliares.

Cuadro Clinico:

Dolor epigastrico o en el cuadrante superior derecho

Nausea y vomitos

Ocasionalmente intolerancia alas grasas

Al examen el signo mas comun es dolorabilidad a la palpacion del cuadrante superior derecho

La ecografia es muy util en el diagnostico

MANEJO

- El tratamiento se debe realizar en un establecimiento con capacidad quirúrgica las 24 horas, para intervención inmediata.

De no tener capacidad quirúrgica transferir inmediatamente a un establecimiento que disponga de ella las 24 horas.

SINDROME FEBRIL EN EL EMBARAZO

Gestante o puérpera que refiere fiebre.

MANEJO

1. Confirme temperatura de 38 °C o mas	Si temperatura de grados centígrados es mayor de 38 °C utilizar medios físicos para bajarla (pañeros de agua fría o baño en agua templada). Se puede usar antipiréticos (paracetamol 500 miligramos, aspirina 500 miligramos, diclofenaco 500 miligramos) por vía oral. En aquellos casos de poca o nula tolerancia oral usar diclofenaco 1 ampolla intramuscular, o metamizol (dipirona) 1/2 ampolla intramuscular (puede causar hipotensión).
2. Identifique si la causa es obstétrica o una infección intercurrente.	Realizar una adecuada historia clínica, averiguar antecedentes epidemiológicos y proceder según la causa específica.

CAUSAS DE SINDROME FEBRIL EN GESTANTES O PUERPERAS

Causas obstétricas	Infecciones intercurrentes
<ul style="list-style-type: none">• Aborto: Aborto Infectado• Rotura de membranas: Corioamniotitis• Morbilidad Puerperal: Se define como la elevación de la temperatura por encima de 38 °C, por más de 2 días en los 10 primeros días del postparto• Endometritis• Miometritis• Parametritis• mastitis• absceso de mama	Otras patologías Descartar malaria Descartar Bartonelosis (Enfermedad de Carrion) Infección Urinaria (cistitis, pielonefritis) Infección respiratoria aguda Tuberculosis Infecciones gastrointestinales, vesiculares. Apendicitis Proceso infeccioso general (tifoidea, brucelosis, etc) Infecciones de transmisión sexual.

ACCIONES PARA DESCARTAR INFECCIONES INTERCURRENTES

MANEJO

1. Descartar Malaria en áreas endémicas.	Áreas endémicas: Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Jaén, Chachapoyas, Cajamarca, Loreto, San Martín, Ucayali, Madre de Dios, Chanchamayo en Junín, Tingo María en Huanuco, Oxapampa en Pasco y otras áreas locales. Áreas no endémicas: Lima (generalmente son casos referidos de otras regiones) Si el caso es o viene de área endémica, solicitar gota gruesa.
2. Descarte otras	Para mayor detalle revisar el "Manual de procedimientos tuberculosis,

enfermedades endemicas de acuerdo al area geografica.	Malaria, Dengue, Fiebre amarilla, peste, rabia, ETS, SIDA DDI, Diabetes Mellitus" del programa Salud Basica para todos.
3. Evaluar presencia de palidez severa	La asociacion de palidez severa con fiebre en la vertiente occidental de los andes obliga a descartar Bartonellosis o Enfermedad de Carrion. (Para mayor informacion ver manejo en "Doctrina, Normas y Procedimiento para el control de la Bartonelosis en el Peru).
4. Evaluar molestias urinarias	Solicitar sedimento de orina, BONC* Idealmente urocultivo Descartar complicaciones obstetricas: amenaza de parto prematuro o sufrimiento fetal.
5. Evaluar molestias respiratorias	Buscar sintomatico respiratorio: tener tos por mas de 2 semanas de evolucion. Solicitar bacilo de Koch en esputo. Si existen signos clinicos de compromiso pulmonar, con o sin esputo, evaluar necesidad de radiografia de torax.
6. Evaluar dolor abdominal.	Evaluar presencia y localizacion, presencia de peritonismo. Considerar en el diagnostico pielonefritis. Si el cuadro febril es mayor de 3 dias y no hay signos peritoneales, considerar otros diagnosticos como tifoidea o brucelosis e iniciar tratamiento especifico.

*BONC: bacterias en orina no centrifugada. Se hace una coloracion GRAM de un extendido de muestra de orina recolectada en forma aseptica; mas de tres bacterias por campo de inmersion es positivo.

EVALUACION DEL SINDROME FEBRIL POSTPARTO

1. Examinar mamas	si hay signos de eritema o empastamiento, considerar mastitis: Tratamiento con dicloxacilina 500 miligramos cada 6 horas por via oral o penicilina clemizol 1 millon cada 12 horas intramuscular (previa prueba de sensibilidad) o una cefalosporina de primera generacion (cefalexina 500 miligramos cada 8 horas) por via oral o clindamicina 300 miligramos cada 6 horas por via oral (si existe alergia a la penicilina), por siete a diez dias. No suspender lactancia De haber absceso drenar.
2. Examinar abdomen	Descartar abdomen agudo por endometritis puerperal.
3. Evaluar puño percusion lumbar	Descartar infeccion urinaria.
4. Examen vulvo-vaginal-pelvico (loquios, episiorrafia, suturas).	Descartar informacion de episiotomia o laceracion Iniciar tratamiento antibiotico con dicloxacilina 500 miligramos o ampicilina 500 miligramos por via oral mas cloranfenicol 500 miligramos cada 6 horas por via oral, por lo menos 7 dias. si no hay mejora o hay signos de absceso transferir a un establecimiento con capacidad quirurgica. Loquios con mal olor o purulentos, considerar manejo de endometritis puerperal. Evaluar dolor al movimiento del cervix, a la palpacion del utero o de los costados del mismo (parametrios). De estar presente, considerar manejo de endometritis puerperal. Explorar cavidad endometrial con pinza Foester o de anillos curva para evaluar características del contenido. Si se extraen restos con mal olor o purulentos, realizar manejo de endometritis puerperal.
5. Descartar infecciones no obstetricas.	Ver acciones para descartar infecciones intercurrentes.

ENDOMETRITIS PUERPERAL

Síndrome febril.
 Loquios mal olientes.
 Dolor en el hipogastrio con o sin signos peritoneales.
 Dolor a la movilización de cervix
 salida por orificio cervical de restos con mal olor o pus.

MANEJO

1. Considerar hospitalización	En presencia de signos peritoneales, de shock séptico, de restos endometriales con mal olor o si existe sospecha que no va a cumplir el tratamiento.
2. Si tiene criterios de hospitalización	<p>Suspender vía oral durante las primeras 24 horas. Colocar endovenoso con dextrosa 5% agua destilada más cloruro de sodio al 20% una ampolla, pasar 3 litros en 24 horas. Medir diuresis horaria; si no micciona en 6 horas y no hay evidencia de globo vesical, colocar sonda de Foley N° 14. antibioticoterapia Penicilina 4 millones intravenosa cada 4 horas o ampicilina 500 miligramos intravenosa cada 6 horas o cefalotina intravenosa 1 gramo cada 8 horas más gentamicina 80 miligramos cada 8 horas intravenosa (dependiendo de creatinina) más cloranfenicol 1 gramo cada 8 horas intravenosa o metronidazol 500 miligramos intravenosa cada 6 horas. Una opción puede ser clindamicina 600 miligramos intravenosa diluido en 50 mililitros cada 6 horas asociado con gentamicina 80 miligramos cada 8 horas, o amikacina 500 miligramos cada 12 horas. Remoción de foco infeccioso inmediatamente después del inicio de antibióticos, mediante legrado uterino con legra puerperal. Culdocentesis: si es positiva a pus proceder a histerectomía, tratando de conservar ovarios. Laboratorio: grupo y Rh hemoglobina-hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas, cultivos y coloración de GRAM de secreciones, pruebas hepáticas, urea, creatinina, gases en sangre, pruebas de coagulación, fibrinógeno. A las 48 horas de mejoría continúe con antibioticoterapia por vía oral por 7 días cefalotina o ampicilina más cloranfenicol o metronidazol.</p>
3. Si hay signos de hipotensión o abdomen peritoneal.	<p>Suspender vía oral si hay hipotensión, usar solución salina 9%; puede usarse plasma o sangre (vía con venocath o catéter endovenoso N° 16 o 18) Si hay shock séptico iniciar inotrópicos como dopamina Cumplir con el resto del manejo del ítem anterior (si tiene criterios de hospitalización). Evacuación inmediata del foco infeccioso mediante histerectomía, tratando de conservar ovarios si no locen comprometidos, luego de haber iniciado antibióticos y haber corregido la hipotensión.</p>

Si no se pueden llevar a cabo todos los pasos localmente, referir a la paciente a un establecimiento con capacidad quirúrgica las 24 horas.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Signos clínicos o exámenes auxiliares: sed urinario - BONC, urocultivo.

MANEJO

1. Realizar percusión de la región lumbar	<p>Si es positiva, continúe con el paso 2 Si es negativa, tratamiento ambulatorio de cistitis.</p>
2. Buscar complicaciones obstétricas.	<p>Para más detalles vea signos de alarma en el control prenatal. Si hay complicaciones trátelas.</p>
3. Confirme la presencia de fiebre.	<p>Use termómetro, y averigüe si ha usado algún medicamento para la fiebre, en las horas previas a la consulta. Si tiene fiebre continúe con el paso 4. Si no hay fiebre dar tratamiento antibiótico en forma ambulatoria, excepto nitrofurantoinas (no son buenas para infección renal).</p>

4. Hospitalizar.

Tratamiento de pielonefritis.

TRATAMIENTO DE CISTITIS

- Hidratación, tomar por lo menos 3 litros diarios y evitar retener mucho tiempo la orina
- Dar antibióticos desde el momento que se realizó el diagnóstico, el cual puede cambiarse si no hay mejoría en las siguientes 48 horas o se agrava, para este cambio es importante tener el antibiograma, buscando los antibióticos que no tengan riesgos para el feto. En aquellos casos que no se pueda realizar el urocultivo, se puede indicar:
 - Ampicilina 1 gramo cada 6 horas por 7 días por vía oral
 - Cefalosporinas (cefalexina-cefalotina) 500 miligramos cada 8-6 horas por 7 días por vía oral
 - Nitrofurantoina 100 miligramos vía oral cada 6 horas por 7 días

TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS (DEBE SER REALIZADO POR PROFESIONAL MEDICO)

Puede llevar al shock séptico y a la insuficiencia de otros órganos y sistemas. Cuando se hace crónica, origina alteraciones estructurales, funcionales y progresivas de los riñones.

- Hospitalización inmediata
 - Hidratación: tomar por lo menos 3 litros diarios, o iniciar hidratación endovenosa con dextrosa 5% más una ampolla de hipersodio. Si hay signos de hipotensión, hidratar con soluciones isotónicas (cloruro de sodio al 9%)
 - Iniciar antibióticos de acuerdo a las pruebas de sensibilidad, tratando de evitar el uso de antibióticos con contraindicaciones durante embarazo.
 - La antibioticoterapia no debe ser menor de 10 días
 - ampicilina 50-100 miligramos por kilo, administrado cada 6 horas vía oral, o un gramo endovenoso cada 6 horas hasta que desaparezca la fiebre.
 - Cefalosporinas 50 miligramos por kilo, cada 6 horas vía oral (cefalexina 1 gramo endovenosa cada 8 horas)
 - Gentamicina 3-5 miligramos por kilo, cada 8 horas intramuscular o endovenosa.
 - Amikacina 500 miligramos (15 miligramos por kilo) cada 12 horas intramuscular o endovenosa.
- Si existiera alguna complicación obstétrica (ver manejo en capítulo correspondiente)
- En el caso de cuadros severos o con peritonismo, es preferible el manejo de líquidos endovenosos y transferencia hospitalizada.
- En el caso de infección del tracto urinario a repetición, considerar el uso de antibioticoterapia profiláctica con ampicilina 500 miligramos por día o nitrofurantoina 100 miligramos por día hasta el final del embarazo

INFECCION DEL TRACTO RESPIRATORIO

- Gestante con tos.

MANEJO

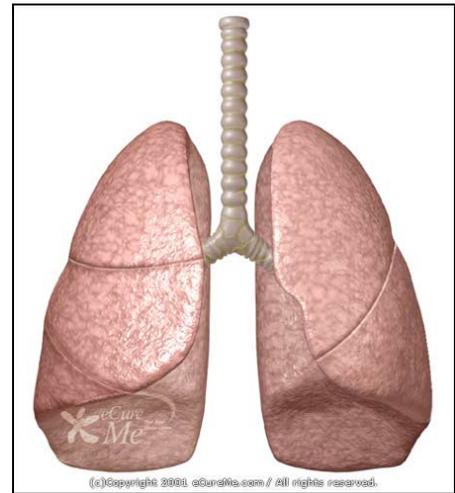
1. Averiguar cuanto tiempo tiene de tos y mirar si luce agudamente enfermo.	Si luce agudamente enfermo hospitalizar y luego continúe con los pasos 2 y 3. Si tiene menos de dos semanas seguir con el paso 2 Si tiene tos con expectoración por más de dos semanas y no luce agudamente enfermo se deberá pedir dos baciloscopias, para lo cual se coordinará con el programa de control de tuberculosis del establecimiento.
2. Auscultar pulmones	Si hay signos de crepitos y sub crepitos, iniciar tratamiento como neumonía y continúe con el paso 4. Si no hay signos auscultatorios de crepitos, iniciar tratamiento para traqueobronquitis Si hay signos de broncoespasmo dar tratamiento.
3. Examinar orofaringe	De haber pus dar tratamiento como traqueobronquitis.
4. Hospitalizar	Si luce agudamente enferma, si hay evidencia de neumonía o tiene dificultad respiratoria.

TRATAMIENTO DE TRAQUEOBRONQUITIS

Es la mas comun de las patologias del tracto respiratorio. Puede ser de etilogia viral (la mas comun) o bacteriana.

Manejo:

- Hidratacion oral
- Analgesicos adecuados (acetaminofen, paracetamol, o diclofeneco)
- de sospechase infeccion bacteriana (esputo verdoso o purulento, fiebre alta, compromiso importante del estado general) iniciar antibioticos adecuados para el tiempo de gestacion (cepalosporina 500 miligramos cada 6 horas via oral, o amoxillina 500 miligramos cada 8 horas via oral, estearato de eritromicina 500 miligramos cada 6 horas por 7 dias)
- De lucir la paciente severamente comprometida, tener disnea importante o cianosis, hospitalizarla inmediatamente a un establecimiento que tenga capacidad de oxigenoterapia. De no estar el establecimiento en capacidad de realizar el manejo, transferir inmediatamente



TRATAMIENTO DE NEUMONIA

Inflamacion aguda del parenquima pulmonar que generalmente ocurre sobreagregada a un proceso traqueobronquial.

Manejo:

- Administrar una primera dosis de penicilina G sodica 1,000,000 U y hospitalizarla en establecimiento con capacidad de oxigenoterapia
- Si el establecimiento no esta en capacidad de realizar manejo, transferir inmediatamente

TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

Manejo:

Si se confirmara el diagnostico de tuberculosis en la gestante, debera recibir tratamiento antituberculoso segun norma nacional del Programa de Control de la Tuberculosis. El tratamiento es gratuito y supervisado en boca, y se administrara en el establecimiento de salud mas cercano al domicilio de la paciente, para remitirse al manejo del programa de control de tuberculosis lo cual se coordinara con el programa de control de tuberculosis del establecimiento.

En caso de hemoptisis:

- Interrogar sobre cantidad aproximada
- Realizar el manejo de emergencia obstetrica
- Si se puede deducir por el examen, la historia o la radiografia el posible lugar del sangrado, debe colocarse a la paciente en decubito lateral de lado afectado
- Hospitalizar a la paciente a la brevedad, ante eventualidad de hemoptisis masiva
- Puede colocarse 1/2 ampolla de codeina intramuscular para intentar frenar la tos en casos que esta sea exigente (evitando que sea un estimulo para la hemoptisis)

En casos de disnea importante de inicio brusco o cianosis:

- Hospitalizar inmediatamente con oxigeno 3-4 litros por minuto si es posible y una via endovenosa instalada.
- Si el establecimiento no esta en capacidad de realizar manejo, transferir inmediatamente a establecimiento con capacidad de ofrecer oxigenoterapia y que cuente con la infraestructura para realizar procedimientos (ej: broncoscopia) y cirugia de torax

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD BRONCOESPASTICA (ASMA BRONQUIAL Y OTRAS)

Manejo:

- Similar a no gestante se debe evitar uso de adrenalina. Idealmente debe usarse broncodilatadores en aerosol y corticoides.
- Si la gestante o puerpera tiene distress respiratorio severo se debe hospitalizar inmediatamente para oxigenoterapia, nebulizaciones con betamimeticos y corticoides.
- Si el establecimiento no esta en capacidad de realizar el manejo, transferir inmediatamente luego de haber administrado un bolo endovenoso de 5 miligramos de aminofilina por kilo de peso, diluido en dextrosa o agua destilada en una cantidad no menor de 20 mililitros (dosis maxima 240 miligramos), administrado en no menos

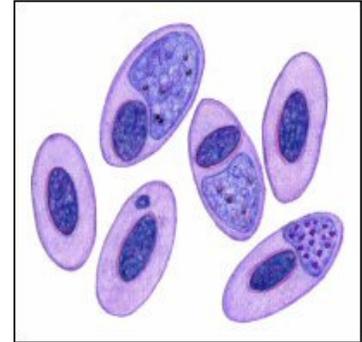
de 10 minutos; mas 250 miligramos de hidrocortisona por via endovenosa (de no haber administre 8 miligramos dedexametasona)

SOSPECHA DE GESTANTE CON MALARIA

Para mayor informacion consulte al manual de procedimientos del programa nacional de malaria.

MANEJO

- Mujer con sindrome febril en zona endemica:
 1. Proceder a realizar gota gruesa interpretar segun tabla tratamiento segun resultado de gota gruesa.
 2. Dar tratamiento correspondiente Ver tabla adjunta



Tratamiento segun resultado de gota gruesa

Resultado de gota gruesa	Tratamiento
Si gota gruesa es negativa	Buscar otras etiologias
si gota gruesa es positiva a P. Vivax	Dar cloroquina 300 miligramos una vez por semana hasta el parto (quimioprofilaxis) En el puerperio inmediato 1 tableta de primaquina de 15 miligramos, por 14 dias.
Si gota gruesa es positiva a P. falciparum:	Dar cloroquina 300 miligramos una vez por semana hasta el parto (quimioprofilaxis) Repetir gota gruesa cada 7 dias (7,14,21 y 28 dias de iniciado el tratamiento) Si persiste febril al tercer dia de tratamiento o hay parasitemia en los controles del dia 7 y 14 de tratamiento se debera dar tratamiento con Quinina y Clindamicina En el puerperio inmediato 3 tabletas de primaquina de 15 miligramos, en una sola dosis. De haber resistencia al tratamiento, empeoramiento o estar asociada a preeclampsia, iniciar tratamiento con quinina y clindamicina segun el siguiente esquema: <ul style="list-style-type: none">• Quinina 10 miligramos por kilo, mañana tarde y noche. Y• Clindamicina 10 miligramos por kilo, mañana y noche, por 7 dias.

- En zonas no endemicas: Mujer sintomatica febril averiguar antecedente de viaje a zona endemica; de ser positivo realizar gota gruesa y proceder de la misma manera que se plantea para la zona endemica.

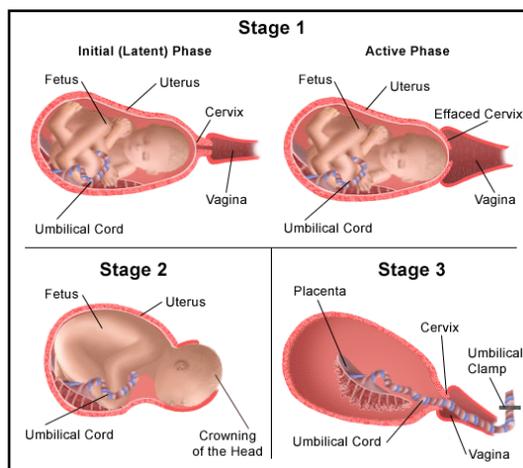
ATENCIÓN DEL PARTO

Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.

OBJETIVOS:

- Prevenir la morbilidad y mortalidad perinatal y contribuir a su disminución
- Detectar desviaciones del progreso del trabajo de parto normal
- Identificar el grado de riesgo del trabajo de parto, resolver en forma adecuada la patología detectada o referir oportunamente al establecimiento de salud con capacidad resolutive apropiada.

ACTIVIDADES



1. Confirmar si está en trabajo de parto y en que periodo	Evaluar si hay dinamica uterina regular (2 a 5 contracciones en 10 minutos) y dilatacion mayor de 2 centímetros. Si el personal de salud no esta capacitado para realizar una evaluacion pelvica considere la transferencia.
2. Revisar la historia clinica perinatal base (HCPB) o su carné perinatal	Revisar si tiene factores de riesgo. Si no ha sido controlada, hacer la historia clinica perinatal base.
3. Realizar examen gineco-obstétrico	Maniobras de Leopold, auscultar latidos fetales, tacto vaginal para determinar dilatacion, altura de la presentacion, variedad de la presentacion e integridad de las membranas. Descartar signos de alerta.
4. Considerar internamiento, dependiendo del grado de accesibilidad al servicio.	Gestante que vive a mas de 30 minutos de distancia del establecimiento, debe quedarse.
5. Colocar ropa adecuada. Colocar enema evacuante. Aseo apropiado del abdomen y periné. No rasurar.	El enema debe ser colocado solo si la dilatacion es menor de 5. El rasurado no reduce el riesgo de infeccion. Si el vello dificulta la cirugia, el rasurado sera realizado lo mas cerca posible al momento de la operacion.

Consideraciones básicas para la atención del parto

Antes de realizar la atención, usted debe evaluar:

- El ambiente de dilatación debe ser adecuado y con privacidad
- Debe darse una atención tranquilizadora, sin estridencia ni ansiedad
- Promover la participación activa del grupo familiar, siempre y cuando existan condiciones
- La actitud que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario
- En qué fase del trabajo está la gestante
- Se recomienda el uso del partograma para la evaluación del trabajo de parto.

PERIODOS DEL PARTO

Períodos	Etapas	Definición	Tiempo máximo de espera
1er. Período DILATACION	Fase Latente	Desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular, hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.	No debe durar más de 12 horas. Si dura más de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica, mala presentación o falso trabajo de parto. Es recomendable que se quede en observación por lo menos dos horas,

		para confirmar la dinámica uterina y que no existan signos de sufrimiento fetal. Si se identifica alguna patología, ver parto obstruido.
Fase Activa	Desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical	No debe durar más de 8 horas. Si dura más de ese tiempo, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación
2do. Período EXPULSIVO	Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto	No debe durar más de una hora. Si dura más de ese tiempo, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación
3er Período ALUMBRAMIENTO	Desde la salida del feto, hasta la expulsión de la placenta	No debe durar más de 30 minutos. Si dura más de ese tiempo, sospeche retención de placenta y posibilidad de hemorragia.

CRITERIOS DE TRANSFERENCIA

Recuerde que, de no estar capacitado para realizar un tacto vaginal para evaluar las características del cérvix uterino, y/o la parturienta tenga más de 12 horas de contracciones rítmicas y regulares, y el establecimiento no tenga capacidad quirúrgica, es preferible transferir a las pacientes. Para transferir, ver manejo de emergencia obstétrica.

PRIMER PERIODO

MANEJO

1. Evaluar presión arterial, pulso materno, temperatura; identificar factores de riesgo de hemorragia postparto.	Cada hora, excepto en casos de patologías que obliguen a un control más seguido.
2. Evaluar dinámica uterina	<p>Evaluar tono, frecuencia, duración e intensidad cada 30 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tono normal: se palpa las partes fetales o se deprime el útero entre contracciones. • Frecuencia normal: 2 a 5 en diez minutos, que permite una curva de dilatación apropiada sin signos de sufrimiento fetal. • Duración: entre 20 a 50 segundos • Intensidad normal: el útero no se deprime en el acmé (cuando la contracción está en su mayor intensidad)
3. Evaluar latidos fetales	<p>Identificar cuál es la frecuencia cardíaca fetal basal, luego controlar antes, durante y después de la contracción, con un intervalo de cada 10 minutos (frecuencia normal=120-160 por minuto). Si no hay signos de alerta, podría realizarse los controles cada 30 minutos.</p> <p>Existen caídas de la frecuencia fetal durante el trabajo de parto, se les denomina DIPs (desaceleraciones).</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIP I: cuando son sincrónicas con la contracción. • DIP Variable: de duración, amplitud y momento de comienzo de variable • DIP II: cuando se producen inmediatamente después de la

	<p>contraccion. Considerarlo signo de sufrimiento fetal.</p> <p>De existir dinamica uterina, se debe evaluar la frecuencia cardiaca fetal luego que termino la contraccion. Si existe una disminucion de la frecuencia en mas de 20 latidos por minuto, hay que considerar sufrimiento fetal.</p>
4. Realizar tacto vaginal	<p>Evaluar dilatacion, altura de la presentacion, variedad de presentacion y características de la pelvis. En caso de no estar capacitado para evaluar las características del cervix, mantenga el control de los latidos fetales y espere el tiempo prudencial. A traves de las maniobras de Leopold, asegurese que esta en presentacion cefalica y que la cabeza este encajada. Si existe alguna duda sobre la presentacion y no hay sangrado vaginal, es preferible realizar un tacto vaginal para palpar si la presentacion es cefalica y si esta flotante, si no es cefalica y esta flotante, transferir inmediatamente.</p>
5. Graficar partograma	<p>Manejar segun curvas de alerta del partograma. Se propone el uso de Partograma del CLAP. De no estar capacitado para evaluar las características del cervix, es preferible no realizar el examen y solo continúe realizando los pasos 2 y 3; espere que cumpla 12 horas de trabajo de parto. Si al termino de 12 horas no se ha producido el parto, transferir a la parturienta.</p>
6. Al completar dilatacion, pasar a sala de partos	<p>Ver segundo periodo expulsivo.</p>

FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A HEMORRAGIA POSTPARTO

a. Antes del embarazo

- Primigravidez
- Gran multiparidad
- Leiomiomas uterinos
- Púrpura
- Enfermedades hematológicas
- Anemia
- Edad mayor de 35 años
- Antecedentes de complicacion del tercer período (atonía uterina) en el parto anterior
- Malnutricion

b. Antes del parto (Durante el embarazo)

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Polihidramnios
- Macrosomia fetal
- Feto en transversa
- Embarazo multiple
- Muerte fetal intrauterino
- Hipertensión inducida por la gestación:
 - Eclampsia (HELLP)
 - Preeclampsia
- Hepatittis

c. Durante el parto

- Acretismo placentario
- Malpresentacion fetal
- Induccion o estimulacion del parto
- Trabajo de parto prolongado u obstruido
- Parto precipitado
- Aplicacion de forceps o vacuum
- Operacion cesarea
- Uso de anestesia general o epidural
- Corioamnionitis

- Coagulación intravascular diseminada
- Analgesia y sedación
- Episiotomía hecha a destiempo

SINTOMAS Y/O SIGNOS DE ALERTA DURANTE LA LABOR DE PARTO - MANEJO

Condición	Manejo
Sospecha de feto grande en relacion a la evaluacion de la pelvis de la madre.	Considerar desproporcion fetopelvica. ver parto obstruido.
Feto de gran tamaño (mas de 35 cm de altura uterina) Cabeza fetal por encima de sínfisis pubiana	De no tener facilidad para realizar tacto vaginal para evaluar o capacidad quirurgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirurgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstetrica.
Al examen pelvico: retraccion del cervix luego de amniotomia Edema del cervix Cabeza no encajada, arriba de - 2, sin presencia de globo vesical Formacion de caput succedaneum Moldeamiento de la cabeza (cabalgamiento de los huesos del craneo) Deflexion (fontanela anterior facilmente palpable) Asinclitismo (sutura sagital fuera del centro de la pelvis)	
Hiperdinamia (frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos)	Manejo en establecimiento con capacidad quirurgica. descarte sufrimiento fetal o desproporcion fetopelvica (DFP). De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirurgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirurgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstetrica.
Hipodinamia (frecuencia menor de 2 contracciones en 10 minutos o si el utero es depresible durante el acmé de la contraccion)	Descarte sufrimiento fetal o desproporcion fetopelvica. Estimulacion oxitocica. De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirurgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirurgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstetrica.
Sospecha de sufrimiento fetal. Taquicardia fetal Braquicardia (110 a 120 por minuto) Dips variables o Dips I con membranas integras	Colocar en decubito lateral Control mas frecuente de frecuencia cardiaca fetal. Hidratacion Oxigenoterapia De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirurgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirurgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstetrica.
Sufrimiento fetal confirmado Braquicardia severa (menor de 100 por minuto) Dips II	Tratamiento del sufrimiento fetal <i>in utero</i> Parto abdominal (cesarea) En el expulsivo, cuando no es posible realizar inmediatamente la cesarea, proceder a un parto vaginal instrumentado y manejo de hipoxia neonatal. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirurgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirurgica las 24 horas. Para transferencia ver manejo de la emergencia obstetrica.
Hipertonía uterina	Descartar hiperestimulacion oxitocica, desproporcion fetopelvica o

(Imposible deprimir el utero luego de cada contracción o presencia de dolor persistente)	desprendimiento de placenta. de no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.
(No relaja el utero luego de las contracciones)	
Sangrado	Ver manejo de hemorragia obstétrica De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.
Presencia de pérdida de líquido verdoso por vagina (líquido amniótico meconial)	Control de bienestar materno-fetal más frecuente. Si hay cambios en la frecuencia cardíaca fetal o sospecha de desproporción fetopélvica, realizar cesárea. Aspiración inmediata del recién nacido, en la salida del canal de parto o al momento que se extrae la cabeza del abdomen. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.
Curva de trabajo de parto prolongado (según partograma con curvas de alerta)	Ver parto obstruido. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.
Presentación de cara o de nalgas (podalica) o feto atravesado (en transversa).	Si es presentación de cara, esta atravesado proceder a cesárea. Para mayor detalle ver parto obstruido. Si es una presentación podalica que está encajada, si el cálculo de peso fetal es menor de 3500 g, si la pelvis materna es apropiada para el tamaño del feto sentado estando seguro que la cabeza no está deflexionada, si la presentación es nalgas franca y usted conoce y ha aplicado las maniobras para la atención de un feto en podalica, continúe con el control del trabajo de parto y espere que el feto salga espontáneamente; sino, proceder a la cesárea. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Para la transferencia, ver manejo de la emergencia obstétrica.

SEGUNDO PERIODO

La duración de esta fase no debe ser mayor de una hora*

Promover la participación activa del grupo familiar. De ser posible, promover que el padre esté en el momento del parto, para lograr una mayor participación masculina en la crianza de los niños.

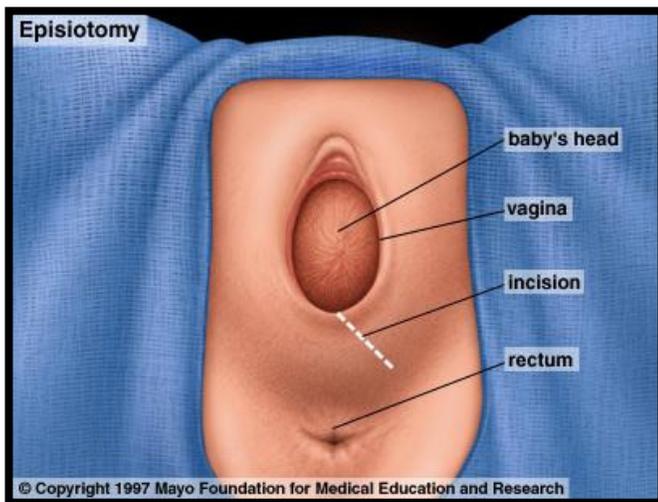
MANEJO

1. Evaluar la posición más apropiada para la parturienta.	La posición puede ser: - Semidesnuda (respaldo de la cama de 110 a 120° y con taloneras para apoyar los pies). - Sentada (en cama de partos con respaldo en ángulo de 90° o en silla). - En cuclillas, preferida culturalmente por las usuarias. La posición de litotomía o ginecológica clásica, así como las piernas colgando, no son muy apropiadas y deben ser evitadas, porque no permiten un punto de apoyo apropiado para ayudar en el pujo.
2. Observar normas de asepsia	Ver módulo de prevención de infecciones.
3. Control de la dinámica uterina, progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal.	Se debe descartar: - detención del trabajo de parto (ver manejo de parto obstruido) Hipoxia fetal (ver manejo de sufrimiento fetal)

4. Considerar episiotomía si el periné no se distiende adecuadamente.	Realizarla siempre en primigestas o segundigestas. La episiotomía efectuada muy temprano resulta en sangrado excesivo. debe efectuarse solamente cuando la cabeza distienda el periné.
5. Descartar presencia de líquido meconial	De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido en canal de parto o al extraer la cabeza durante la cesarea.
6. Promover contacto precoz madre-niño por 30 minutos.	Ayuda a mejorar la relación madre-niño y el inicio de la lactancia materna precoz.

(*) Aunque por definición, en primigesta, este periodo puede durar hasta dos horas, para fines de manejo en esta guía, se considera una hora en todas las gestantes.

EPISIOTOMIA



Corte realizado en el periné al final del expulsivo con la finalidad de evitar laceraciones.

Antes de realizarla debe asegurarse que:

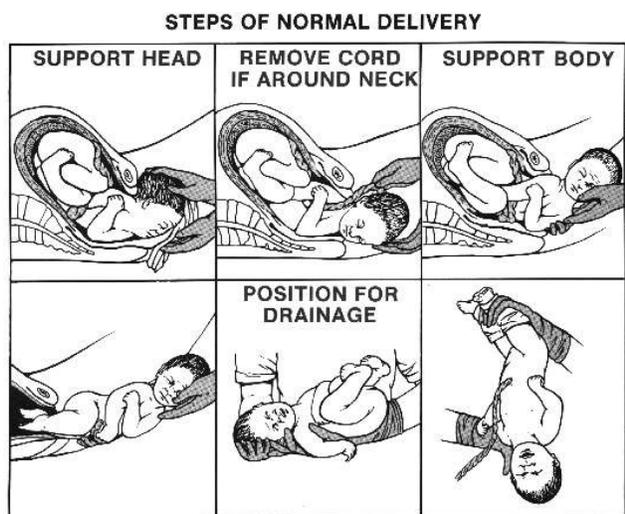
- El personal tenga conocimientos básicos de la técnica de sutura
- El personal este capacitado en reconocer los diferentes planos de sutura
- La parturienta debe tener una adecuada anestesia (epidural o local)
- Tener los insumos necesarios:
 Jeringa de 10 mililitros, aguja 21 ó 22 de una pulgada y media de longitud.
 Clorhidrato de xilocaína al 2% si epinefrina
 Catgut cromico 00 con aguja MR 30 o MR 35
 Gasas esteriles
 Equipo de episiotomía

PROCEDIMIENTO

1. Informe a la paciente en que consiste el procedimiento que se va a realizar.	
2. Revise la historia clínica y realice un breve examen clínico del perine.	Evalue si el perine es corto, si esta muy tenso, si existen varices o condiloma acuminado.
3. Prepare una jeringa esteril con algun anestésico local.	Generalmente con 10 mililitros de xilocaína al 2% sin epinefrina y aguja numero 22 o 21 de una pulgada y media de largo.
4. Proteja la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma.	Coloque dos de sus dedos entre la cabeza fetal y el perine.
5. Inserte toda la aguja desde la horquilla, en forma paralela a la piel y aplique la anestesia.	Antes de aplicar el anestésico, jale el embolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningun vaso sanguíneo. Inyecte el anestésico en forma simultanea al retiro de la aguja, asegurese que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma. Es preferible, si usted no esta capacitado, en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, que realice una episiotomía medio lateral y por lo tanto el anestésico debe ser aplicado en la zona donde se va a realizar la misma.
6. Espere 1 a 2 minutos antes de realizar el corte.	Es preferible si usted no esta capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, que realice una episiotomía medio lateral, pese a que la episiotomía mediana es menos sangrante, es mas rápida de suturar y le duele menos a la puerpera.

7. Realice el corte del periné	Es mejor realizarlo en el momento que el perine esta mas delgado y presionado por la cabeza fetal. Antes de realizar el corte asegurese de colocar dos dedos entre el perine y la cabeza fetal.
8. Amplie el corte en la pared vaginal en unos 5 centímetros.	La razon de esta ampliacion es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser mas dificiles de suturar. Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera.
9. Presione firmemente con una gasa esteril hasta la salida de la cabeza fetal.	Con este paso se busca reducir el volumen de la perdida de sangre.

SUTURA DE LA EPISIOTOMIA:



Luego de la salida del bebe y de haber revisado las paredes de la vagina y del cervix, no existiendo evidencia de una hemorragia postparto, proceda a colocar puntos separados con catgut cromico 00 con aguja MR35 o MR30, afrontando adecuadamente los planos del corte, colocando sutura subdermica; esta ultima tecnica busca reducir las molestias de los puntos.

El iniciar la sutura antes de la expulsion de la placenta tiene como beneficio reducir el volumen de la perdida sanguinea por episiotomia, asi como permitir un alumbramiento espontaneo, aunque no puede negarse que en caso de tener que realizar una revision manual de cavidad, la sutura se puede romper.

TERCER PERIODO O DE ALUMBRAMIENTO

Es la salida de la placenta y NO debe durar mas de 30 minutos

1. Asistencia de la expulsion de la placenta y membranas.	Normalmente ocurre en forma espontanea entre 5 y 30 minutos despues del expulsivo. Para evitar la retencion, es mejor esperar su salida en forma espontanea; al asmoar la placenta, sostenerla bajo el perine y con la otra mano elevar el utero por encima de la sinfisis. Si han pasado 30 minutos o hay sangrado abundante, con o sin coagulos (ver manejo hemorragia vaginal postparto). Se debe examinar la placenta y las membranas. Ante cualquier duda, se debe proceder a una exploracion de la cavidad uterina.
2. Usar oxitocicos si hay riesgo de atonia.	Ver uso de oxitocicos durante el postparto. Usar oxitocicos en: utero sobredistendido (macrosomia fetal mayor de 4 kilos, embarazo multiple), parto prolongado.
3. Suturar episiotomia o laceraciones de partes blandas.	Si la episiotomia o la laceracion tienen sangrado activo, debe hacerse compresion y sutura para detener la perdida de sangre.
4. Manejo de alteraciones durante el alumbramiento.	Si luego de 30 minutos del expulsivo, en ausencia de hemorragia, no se produce el alumbramiento: - Realizar masaje externo al utero (pared abdominal).

- Si persiste la retencion, aplicar en forma endovenosa (con venocath 16 o 18), 5-10 unidades internacionales de oxitocina en 500 mililitros de suero salino, a razon de 30-40 gotas por minuto.
Si en los siguientes minutos no hay alumbramiento:
- Efectuar extraccion manual de placenta
- Si no es posible, hacer la transferencia
- En todo momento, mantener oxitocina endovenosa.
Luego de la extraccion manual, aplicar ergonovina intramuscular, si no existen contraindicaciones para su uso (presion arterial mayor o igual a 140/90)
De haber sangrado, debe realizarse el manejo de hemorragia postparto.

GUIA PARA LA VIGILANCIA DEL PARTO - PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA

Instrumento que permite identificar al grupo de parturientas que pueden tener algun problema en la labor de parto.

FORMA DE USO DEL PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA

- **Graficar la Dilatación Cervical en el partograma**
El valor hallado en el tacto se anotara con un punto (°) en la interseccion de la hora de observacion con la dilatacion cervical en centimetros.
La union de los puntos, permitira dibujar la curva de dilatacion de ese caso. Asi se seguira sucesivamente con los siguientes exámenes obstetricos hasta completarse el parto.
- **Construir la curva de alerta en el partograma**
Los datos para construir las curvas patron de alerta empiezan desde los 4 a 5 centimetros de la dilatacion cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto).

Pasos a seguir:

1. La grafica de la curva de parto se inicia cuando la parturienta tiene dilatacion (este punto se define como las 0 horas). Si la parturienta se hospitaliza con mas de 4 cm. se considera la hora 0 al momento de la hospitalizacion.
2. Seleccione de la tabla del angulo izquierdo de su partograma, alguno de los patrones de valores correspondientes a las situaciones obstetricas anteriormente señaladas que mas se asemeje al caso individual.
3. Grafique la curva que ha elegido a partir del momento en que la dilatacion haya alcanzado o superado los 4 centimetros (linea de base).
4. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeje al caso individual, a partir de la linea de base, en el punto en que esta es cruzada por la curva de dilatacion del caso, se marcan los valores del patron elegido para luego unir los puntos.

- **Situaciones Especiales para la construccion de la curva de alerta.**
Si existe un ingreso tardio al establecimiento (acude con mas de 4 centimetros), el punto inicial de la curva de alerta coincidira con la hora "0" de la curva real.

En el caso que, luego de haberse trazado la curva de alerta y durante el transcurso del trabajo de parto, cambie alguna de las condiciones con las que este se inicio (rotura de membranas o cambio de posicion), se debiera trazar una nueva curva de alerta, a partir del momento de la identificacion del cambio de condiciones.

La nueva curva patron elegida para esta situacion continuara a la anterior desde la dilatacion cervical alcanzada en el momento de producirse el cambio.

Otros elementos del partograma que ayudan a la vigilancia del progreso del parto y de las condiciones materno-fetales.

En la cuadrícula central del partograma, además de la dilatación cervical con su curva de alerta

correspondiente, se puede registrar la altura de la presentación, la variedad de posición, el estado de las membranas, la frecuencia de las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal.

En la cuadrícula inferior del partograma, se consideran la presión arterial, pulso y posición maternas, intensidad y dolor de las contracciones, etc.

Recuerde:

El partograma con curva de alerta es un elemento útil para detectar precozmente algunas anomalías pero su uso sin adecuado monitoreo del bienestar fetal y de la dinámica uterina, no sirve para prevenir las complicaciones.

No debe representar un incremento en el número de tacto vaginales, los que deben limitarse a aquellos casos en que se sospeche: rotura de membranas, signos evidentes de pujo, que la parturienta se demore un tiempo mayor al que su curva de alerta le señale como máximo para alcanzar el expulsivo, o cuando hay signos de sufrimiento fetal.

INDUCCION O ESTIMULACION DEL PARTO

Condiciones

- Presentación cefálica en fetos mayores de 28 semanas
- Feto único
- No evidencia de desproporción cefalopélvica
- Control estricto del bienestar materno-fetal

Contraindicaciones absolutas:

Macrosomía fetal
Hidrocefalia fetal
Malpresentación fetal
Deformidad pélvica marcada (ejemplo, secuelas de poliomielitis)
Cicatriz uterina corpórea (cesárea o miomectomía)
Antecedente de dos cesáreas segmentarias.

Contraindicaciones relativas:

Embarazo múltiple
Polihidramnios
Gran multipara
Una cesárea segmentaria previa sin signos de desnutrición o antecedentes de infección.

Inducción o estimulación con oxitocina

Procedimiento:

1. Control de signos vitales de la madre, cada hora
2. Control permanente de la dinámica uterina, frecuencia cardíaca fetal post-contracción, registrándola cada 15 minutos.
3. Llevar curva de trabajo de parto
4. Colocar vía endovenosa (venocath N° 16 o 18), con solución salina o dextrosa al 5% más una ampolla de cloruro de sodio al 20% o dos de lactato de Ringer
5. Si la gestante no ha ingerido alimentos o luce deshidratada, se le deberá pasar un volumen no menor de 200 mililitros ni mayor de 500 mililitros para deshidratación previa al inicio de inducción o estimulación.
6. En el volumen restante del frasco, agregar una unidad internacional de oxitocina por cada 100 mililitros de solución.
7. Iniciar el procedimiento con 5 gotas por minuto (2.5 miliequivalencias internacionales por minuto), aumentando 5 gotas cada 15 minutos, hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contracción cada 3 minutos, no debe exceder de 60 gotas.

Se considera inducción fallida si:

- No hay cambios cervicales ni descenso de la presentación, luego de 6 a 8 horas de inducción.
- No se logra obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contracción cada 3 minutos, luego de 6 a 8 horas de inducción.

Si se presenta cualquier signo de sufrimiento fetal o de complicaciones maternas, se deberá terminar el embarazo inmediatamente, por vía abdominal.

EVALUACION DE BIENESTAR FETAL

Se debe realizar mediante:

- Ecografia: para ver morfologia fetal, actividad cardiaca fetal, volumen liquido amniotico, presencia de movimientos y tono fetales
- Monitorizacion electronica: prueba no estresante, prueba estresante con oxitocina.

PUERPERIO

Dura desde la salida de la placenta hasta los 42 días

Manejo del puerperio inmediato (inmediatamente despues del parto hasta los 07 dias)

1. Identificar factores de riesgo de hemorragia postparto.	Ver tabla factores de riesgo que predisponen a hemorragia postparto.
2. Control de presion arterial y pulso; evaluar cantidad de sangrado, altura y contraccion uterinas.	En las primeras 2 horas es cuando existen mas riesgos de atonia uterina. Si existen otras patoogias obstetricas, la monitiorizacion debe hacerse durante las siguientes 24 horas, prolongandose segun la severidad del cuadro. Presion y pulso materno cada 15 minutos hasta 2 horas despues del alumbramiento. Detectar precozmente: palidez, taquicardia e hipotension o incremento de la presion arterial por encima de 140/90.
3. Iniciar el alojamiento conjunto madre-niño.	Si no existe riesgo materno-neonatal. Asegurese que el ambiente donde reposa la madre este a una temperatura adecuada; continuando la lactancia materna exclusiva.
4. Alimentacion completa inmediatamente despues del parto.	Diferir el inicio de dieta hasta después de 12 horas, en pacientes cesareadas.
5. Informar, dar orientacion, consejeria y ofrecer anticoncepcion.	De las alternativas postparto, o refiera a la madre a un servicio donde se le pueda orientar y suministrar anticoncepcion.
6. Alta e indicaciones. Dar informacion y orientacion en los cuidados del recién nacido. Use las hojas de informacion para la mujer puerpera y la de cuidados del recién nacido.	Evaluar alta a las 24 horas luego del parto. Descarte factores de riesgo que obliguen a un mayor tiempo de hospitalizacion. Evaluar funciones vitales, mamas, altura y contraccion uterina, loquios y sutura. De indicaciones para el puerperio y cuidados del RN; asegurese que haya entendido la informacion.

ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

Actividades realizadas con la finalidad de facilitar el periodo de transicion entre vida intrauterina y vida neonatal

ANTES DEL PARTO:

1. Determinar factores de riesgo.	Importante determinar riesgo de recién nacido pretermino, de asfixia neonatal (hemorragia o hipertension) sepsis, corioamnionitis o fiebre de la madre. Anticipación y preparacion oportuna.
2. Preparacionn del	a) Equipo capacitado en la reanimacion neonatal.

equipo de reanimacion del recién nacido.	<p>b) La mesa de atención debe estar colocada de tal manera que permita situar una persona a cada lado para poder realizar la reanimación. La superficie debe ser lavable (no material poroso como madera). Debe tener aproximadamente 100x80 centímetros y una altura de 110 centímetros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mesa debe estar provista de un colchón de espuma de poliuretano recubierto de forro lavable. Dicha mesa debe estar cubierta con un campo limpio. - Verificar si hay estetoscopio para el recién nacido. - verificar si la luz de laringoscopio funciona, hoja recta 0 y 1. - Verificar si la máscara y la bolsa de reanimación (AMBU) están integradas. - Verificar si funciona el equipo de aspiración <p>Idealmente tener aspirador que permita la aspiración en el canal de parto (en el perine).</p> <p>Si tiene sonda de aspiración (catéteres de alimentación nasogastrica N° 8 y 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificar fuente de oxígeno. - Tijera, pinza, latex, condón o clamp para ligadura de cordón. - Verificar si tiene los medicamentos para realizar una reanimación (adrenalina, bicarbonato de sodio, expansores de volumen).
3. Prevención de la pérdida de calor	<p>Ambiente térmico adecuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura mayor de 24 grados centígrados - ventanas cerradas - colocar estufas en ambientes fríos - no aire acondicionado <p>Fuente radiante de calor:</p> <p>Pueden ser estufas eléctricas de cuarzo ubicados a unos 70 centímetros. No es conveniente colocar lámparas de color rojo, pues impiden apreciar en forma correcta, la coloración de la piel. (pueden colocarse 2 focos de 100 watts). toalla precalentada para el secado.</p>
4. Monitorizar frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo	Control de frecuencia cardiaca fetal luego de cada contracción para identificar signos de sufrimiento fetal.
5. Ver presencia de líquido meconial	Si hay líquido meconial, ver atención del recién nacido con líquido meconial.

DESPUES DEL PARTO:

1. Prevención de pérdida de calor	Secado con toalla precalentada. Retirar los paños húmedos.
2. Permeabilizar vía aérea	Posición de la cabeza; ligera extensión Aspirar secreciones solo si hay líquido meconial o se escucha que hay mucho líquido en la tráquea primero boca, luego fosas nasales.
3. Evaluar si respira espontáneamente	Si no respira espontáneamente o la ventilación es inadecuada, realizar estimulación táctil frotando el dorso del tórax o palmoteando los talones. Duración 1 ó 2 segundos. Si no hay respuesta ver atención del recién nacido asfixiado.
4. Evaluar frecuencia cardiaca	Adecuada mayor de 100 por minuto. Si es menor de 100 ver atención del recién nacido asfixiado.
5. Evaluar color	Rosado o cianosis periférica es normal y se continúa con la atención del recién nacido. Si está cianótico, ver atención del recién nacido asfixiado.
6. Ligadura del cordón	Ligar con pinza elástica descartable, hilo grueso estéril o anillos de silástico (jebe), previamente preparado para evitar infección, a 1 o 3 centímetros de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril distinta a la usada para la episiotomía. Aplique una solución yodada sobre la sección del cordón y envuelvalo con una gasa estéril.
7. Examinar al recién nacido, calcular edad gestacional.	Descartar anomalías congénitas y signos de alarma del recién nacido. Para más detalles ver tabla de signos de alarma. Evaluar presencia de dificultad respiratoria

	Calcular edad gestacional segun metodo de Capurro.
8. Evaluar el APGAR a los 5 minutos y en forma retrospectiva el APGAR al minuto.	Ver tabla de puntuacion de APGAR.
9. Realizar contacto precoz con la madre por 30 minutos.	Si el recien nacido esta en buen estado, colocarlo en contacto piel a piel con su madre e iniciar la lactancia materna. Promover el vinculo afectivo madre-recien nacido y mantener un ambiente termico.
10. Realizar profilaxis del recien nacido	Se puede aplicar solucion de nitrato de plata al 1% o gotas oftalmicas de algun antibiotico. Vit. K 1 miligramo (0,1 mililitro) intramuscular para prevenir enf. hemorragica del recien nacido.
11. Peso, talla e identificacion del neonato	Puede ser con cinta adhesiva en el pecho y una pulsera en la muñeca con los datos de identificacion (apellidos paterno y materno del recien nacido, fecha/hora del nacimiento y sexo), finalmente tomar la huella plantar del recien nacido y la del dedo indice materno que quedaran impresos en la historia clinica de la madre y del neonato.
12. Pasar a alojamiento conjunto	Si el recien nacido no tiene ningun factor de riesgo y no tiene signos de alarma, debe pasar inmediatamente con su madre, adecuadamente abrigado y asegurandose que el ambiente no este frio. El personal de salud debe apoyar la lactancia materna exclusiva. Observar el patron respiratorio, color, actitud, postura y tono del recien nacido. Solo debera bañarse al recien nacido si se contamina con heces maternas. Controle que la temperatura axilar del recien nacido este entre 36.5 y 37.5 °C.

ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON LIQUIDO MECONIAL

1. Aspiracion intraparto al momento de salir la cabeza	Use sonda de aspiracion N° 10 Aspirar primero la boca y orofaringe, luego las fosas nasales hasta que no haya mas liquido meconial. Trate de sostener la cabeza para que no salga el resto del cuerpo hasta haber terminado la aspiracion intraparto.
2. Aspiracion Postparto	No estimular al recien nacido Colocarlo en la mesa de atencion y observar si tiene esfuerzo respiratorio adecuado. Si el esfuerzo respiratorio es inadecuado: - Proceda a realizar laringoscopia e intubar para la aspiracion traqueal. - Si no hay laringoscopio, aspirar hipofaringe, lo mejor posible con una sonda gruesa.
3. Secar al recien nacido	Si hay hipoxia proceda segun atencion del recien nacido asfixiado. Si no hay hipoxia continúe con el paso.
4. Evaluar dificultad respiratoria	Ver tabla de Silverman
5. Si el esfuerzo respiratorio no es adecuado proceder a la atencion del recien nacido asfixiado.	Ver atencion del recien nacido asfixiado

SI EL ESFUERZO RESPIRATORIO ES ADECUADO, LUEGO DE SECARLO, PERMEABILIZAR VIA AEREA Y CONTINUAR CON LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL.

SIGNOS DE ALERTA DEL RECIEN NACIDO

Signos	Factores de riesgo	Patología probable
Dificultad respiratoria (frecuencia respiratoria mayor o igual de 60 por minuto y/o presencia de retracción intercostal o quejido)	Cesarea sin labor de parto	Respiratoria: Taquipnea transitoria
	Líquido meconial Post madurez	Sind. de aspiración meconial
	Prematuridad	Membrana hialina.
	Fiebre materna Corioanionitis	Neumonía
	Ventilación asistida	Neumotorax
		No respiratoria: Anemia, policitemia, hipoglicemia, cardiopatía congénita.
Cianosis central (de mucosas) (*)	Cesarea sin trabajo de parto	Taquipnea transitoria
	Líquido meconial Post madurez	Sind. de aspiración meconial
	Prematuridad	Membrana hialina.
	Fiebre materna Corioanionitis	Neumonía
	Ventilación asistida	Neumotorax
		Cardiopatía congénita
Palidez	Parto domiciliario (deficiencia de vitamina K)	Shock (llenado capilar a la presión de la piel mayor de 2 segundos)
	Embarazo gemelar Incompatibilidad de grupo-Rh Hemorragia del tercer trimestre Trauma obstétrico Toma de muestras excesivas en prematuridad	Anemia
Ictericia patológica (antes de las 24 horas de recién nacido o ictericia marcada)	madre O positivo Rh negativo	Incompatibilidad ABO o grupo Rh
	trauma obstétrico	Colecciones de sangre (cefalo hematoma)
	Corioamnionitis	Sepsis
		Infecciones por citomegalovirus, sífilis, rubeola, herpes virus, toxoplasma.
Pletora (piel muy roja)	Pequeño para edad gestacional Grande para edad gestacional Hijo de madre diabética	Policitemia
Apnea	prematurnidad	Trastornos metabólicos
	Sepsis	Obstrucción de vías respiratorias
	cabeza deflexionada del recién nacido	Infección

	trauma obstetrico	
Pobre succion o Hipoactividad o cambio de temperatura	Prematuridad o postmadurez Grande para edad gestacional	Hipoglicemia Sepsis
	rotura prematura de membranas Fiebre materna Corioamnionitis	Sepsis y/o tetanos neonatal
	Parto domiciliarios	
Convulsiones	asfisia neonatal	Hipoglicemia o hipocalcemia Sindrome hipoxico isquemico
	Rotura prematura de membranas Fiebre materna Corioamnionitis Parto domiciliario	Meningno-encefalitis
Vomitos residuo gastrico alto distension abdominal	Liquido amniotico meconial	Gastritis
	Infeccion materna	Sepsis
	Postmaduro	Transtornos metabolicos Transtornos quirurgicos
Heces con sangre	Prematuridad	Enterocolitis necrotizante
	Uso de biberon	Disenteria

ATENCION DEL RECIEN NACIDO ASFIXIADO

Al examen el recién nacido tiene:

- Cianosis
- No tiene un buen patron respiratorio, frecuencia menor de 25 por minuto

MANEJO

1. rapidamente evaluar si se completo todo el proceso de atencion del recién nacido	El recién nacido esta bajo una fuente de calor radiante (ej. lamparas) Succionar traquea si hay liquido meconial. Secar en forma vigorosa Si los campos estan humedos, cambielos. Posicion de la cabeza succion de boca, luego nariz Estimulacion tactil	
2. Evaluar si tiene respiracion espontanea	No hay respiracion espontanea	Ventilacion a presion positiva con oxigeno al 100%, luego de 30 segundos pasar a paso 3
	Si hay respiracion espontanea	Realizar paso 6
3. Evaluar frecuencia cardiaca	Frecuencia mayor de 100 por minuto	Realizar paso 6
	Frecuencia de 60 a 100 por minuto	Si frecuencia aumenta continuar con ventilacion.
	Frecuencia menos de 60	Si frecuencia no aumenta iniciar masaje cardiaco. Si luego de 30 segundos tiene menos de 80 latidos por minuto, realizar

		paso 4. Mantener ventilación asistida e iniciar masaje cardiaco. Si luego de 30 segundos no hay mejoría, realizar paso 4.
4. Iniciar medicación para reanimación de recién nacido con adrenalina	Aplicar adrenalina 0.1 a 0.3 mililitros por kilo. Empezar con la dosis mas baja, en bolo endovenoso o por el tubo endotraqueal. Repetir cada 35 minutos de ser necesario. Evaluar frecuencia cardiaca en 30 segundos	Preparar 0.1 mas 0.9 mililitros (es igual que centímetros cúbicos) de agua destilada y administrar segun lo ya mencionado Si es mayor de 100 descontinuar medicación y evaluar si respira en forma espontanea. Si es menor de 100 considerar sangrado, hipovolemia o acidosis metabolica. Pasar a paso 5.
5. Administrar expansores de volumen y bicarbonato	Expansores de volumen (sangre total, soluciones salinas) 10 mililitros por kilo de peso Administrar 1-2 miliequivalentes por kilo de peso de bicarbonato de sodio. La solución de bicarbonato de sodio al 8.4% representa 1 miliequivalente por mililitro; la de 4.2% representa 1 miliequivalente por 2 mililitros	Preparar en una jeringa de 40 mililitros, administrar por via endovenosa en 5 a 10 minutos dependiendo de la cantidad. La cantidad de miliequivalentes de bicarbonato calculada debe ser administrada en un volumen total d 20 mililitros. Si se va a dar 3 miliequivalentes de una solución al 8.4% se preparara 3 mililitros de solución mas 17 de agua destilada. debera administrarse a una velocidad de un mililitro por minuto. El manejo posterior debe ser hecho idealmente en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Si no hay mejoría, iniciar el uso de dopamina.
6. Evaluar el color de la piel del recién nacido	Si esta rosado o con acrocianosis Azul o con cianosis central	Observar y monitorizar Administrar oxígeno

MANEJO MINIMO PARA ESTABILIZAR A UN RECIEN NACIDO ENFERMO ANTES DE LA TRANSFERENCIA

Para transferir a un recién nacido enfermo, es necesario estabilizarlo y tomar algunas medidas inmediatas.

1. Evaluar perfusión tisular	Si el llenado capilar es mayor a 2 segundos, corregir la hipotermia si la hubiera; si persiste el llenado capilar mayor de 2 segundos el recién nacido esta en shock; poner una via endovenosa y pasar cloruro de sodio al 9 o/oo a razon de 20 mililitros por kilo de peso en 10-15 minutos, si persiste en shock repetir la administración de cloruro de sodio u otro expansor de volumen.
2. Constantemente asegurese que la vía aérea esta permeable.	Ver si hay secreciones y confirmar por auscultación si esta entrando aire a los pulmones.
3. mantener glicemia por encima de 40 miligramos/decilitro.	Si el recién nacido esta hipoglicemico, administrar un bolo endovenoso de dextrosa al 10%, 2 mililitros por Kilo de peso, y mantener una infusión continua de dextrosa. De no ser posible dosar glicemia, iniciar el manejo de todas maneras y transferir aun establecimiento con capacidad resolutive. Si el recién nacido pesa mas de 1,500 gramos, administrar

	dextrosa al 10%
	Si el recién nacido pesa menos de 1,500 gramos, administrar dextrosa al 5%
4. Mantener temperatura rectal entre 36.5-37.5 °C	usar una incubadora de transporte. De no tener, abrigarlo en contacto piel a piel (técnica madre-canguro) o utilizar bolsas de agua caliente, estufas.
5. Si el recién nacido presenta dificultad respiratoria moderada o severa (Puntuación Silverman Anderson mayor de 3 o presenta cianosis central), darle oxígeno.	Lo ideal es utilizar una campana de flujo de oxígeno a 5 litros por minuto; si el patrón respiratorio es inadecuado o está en apnea, ventilarlo a presión positiva con oxígeno al 100%
6. Si se sospecha de infección, iniciar antibióticos.	Ampicilina 100 Miligramos por kilo por dosis cada 12 horas endovenosa o intramuscular. Mas, Gentamicina 2,5 miligramos kilo por dosis cada 12 horas endovenosa o intramuscular o amikacina 7.5 miligramos kilo dosis cada 12 horas endovenoso o intramuscular.
7. Si el recién nacido presenta convulsiones, mantener la vía aérea permeable y ver la necesidad de administrar dextrosa o gluconato de calcio o el uso de anticonvulsivos.	Si hay hipoglicemia administrar dextrosa al 10%, 2 mililitros por Kilo de peso vía endovenosa; si no excede la convulsión y tiene factores de riesgo de hipocalcemia administrar gluconato de calcio al 10% 2 mililitros por kilo de peso por dosis, endovenoso diluido y lento, monitorizando la frecuencia cardíaca; si presenta bradicardia (frecuencia cardíaca < 120xminuto), suspender la administración del gluconato de calcio. Si persiste la convulsión administrar fenobarbital 10-20 miligramos por kilo endovenoso.