UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

"CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ZONA DE FRONTERA CANTÓN MACARA PROVINCIA DE LOJA"

Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTORAS:

Dra. Ibis I. Ordoñez

Dra. Tatiana Salcedo I.

DIRECTOR:

Dr. Guillermo Coronel

LOJA-ECUADOR

2009

Doctor
Guillermo Coronel
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis "***CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ZONA DE FRONTERA, CANTÓN MACARA PROVINCIA DE LOJA"***, elaborada y presentada por las Doctoras Ibis Ordóñez Torres y Tatiana Salcedo López, ha sido dirigida y revisada en todo su proceso, la misma que cumple con las normas generales establecidas por la Universidad Nacional de Loja en su reglamento de graduación.

Por lo expuesto autorizo a las autoras para la presentación, sustentación y defensa de misma.

Loja junio 2009

Dr. Guillermo Coronel
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Todas las opiniones, ideas, criterios, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación, son de absoluta responsabilidad de las autoras.

Ibis Ordóñez Torres

Tatiana Salcedo López

AGRADECIMIENTO

A la UNL , Área de la Salud, al Departamento de Investigación; y especialmente al POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, a nuestros maestros que supieron de manera desinteresada compartir todos sus conocimientos con nosotras.

Al personal del Arrea de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, a la Maternidad Municipal y al Área de Salud de Macará por todo el apoyo que nos supieron brindar.

A todos nuestros familiares que siempre estuvieron compartiendo todas las experiencias de nuestra formación

Al Dr. Guillermo Coronel, director de nuestra tesis, y a la Dra. Betty Carrión asesora de tesis por su valiosa ayuda durante el desarrollo de la misma.

Finalmente un agradecimiento especial para la Universidad de PARMA – ITALIA en la persona del Dr. Cesare Beghi, Director del Centro Universitario de Cooperación Internacional quien con su trabajo permanente ha permitido cristalizar la interrelación universitaria en bien de la salud de nuestros pueblos

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

A Dios que es el dueño de mi vida, el es mi fortaleza, a mis seres más queridos: mis padres, a mis hermanos quienes siempre me han brindado todo su amor, su comprensión, su apoyo incondicional y sobre todo confianza a mi persona.

IBIS

A mi padre, mi sobrino, y mi tío que desde el cielo se que guían mi camino.
A mi esposo por su apoyo y confianza.
A mis tres tiernos hijos: GUSTAVO, MARIA ROSA Y DIEGO, que son la razón de mi existencia.
A mi madre, y hermana, por toda su dedicación para mis hijos en mi ausencia
A mis hermanos que son muestra de superación

TATIANA

ÍNDICE DE TESIS

1.	Certificación……	ii
2.	Autoría……..	iii
3.	Agradecimiento……..	iv
4.	Dedicatoria……..	v
5.	Índice……	vi
6.	Introducción……	1
7.	Objetivos…….	6
8.	Metodología……	7
9.	Presentación de resultados…….	10
10.	Análisis y discusión de resultados……..	115
11.	Conclusiones…….	121
12.	Recomendaciones……	123
13.	Resumen……	124
14.	Anexos……	126
15.	Bibliografía…….	137

INTRODUCCIÓN

Cuando una mujer experimenta la etapa de un embarazo, se somete a diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y psíquicos, sin tener en cuenta que también se expone a varios riesgos que ponen en peligro su propia vida y la del nuevo ser que lleva en su vientre.

La medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Cada minuto una mujer muere a causa de su embarazo en alguna parte del mundo, lo que significa más de 10 millones de vidas perdidas en una generación, según ha informado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Mientras en los países desarrollados el 62% de los partos son atendidos por personal capacitado, en los menos adelantados ese porcentaje baja a sólo el 34%. Los riesgos de mortalidad derivada de la maternidad son mayores en las familias pobres, carentes de acceso a servicios adecuados de salud, de ahí que haya un claro paralelismo entre el aumento de muertes durante la maternidad y los crecientes niveles de pobreza en el mundo.(1)

"A pesar de las iniciativas para evitar que las mujeres fallezcan al dar a luz, todavía se pierden demasiadas vidas, casi 529.000 muertes anuales por causas asociadas al embarazo", ha asegurado en rueda de prensa la subdirectora de la OMS.

El 99% de esas mujeres vive y muere en países en desarrollo, indica un informe presentado en Ginebra, previo a la conferencia que se inicia en Londres sobre alumbramiento femenino.

Según la OMS, las principales causas de defunción materna son las hemorragias, infecciones, abortos realizados en malas condiciones (68.000 por año), hipertensión y obstrucción del trabajo de parto. (1)

Ya desde 1540 hubo autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal.

Sin embargo, en especial en nuestro país aún son muchas las madres que no son atendidas por personal médico en ningún momento de la gestación y mucho menos aún, las que teniendo complicaciones o problemas específicos, reciben la atención especializada que requieren.

En el Ecuador la tasa de mortalidad materna es de 130 a 150 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, y que alrededor de 30 mujeres que sobreviven a las complicaciones del parto sufren de alguna discapacidad o afección de salud temporal o permanente.

Las principales causas de muerte materna en el Ecuador son: la toxemia del embarazo con 38.9%, hemorragia en el embarazo y durante el parto con 23.1%, aborto con 5.6%, complicaciones del puerperio con 4.1% y un 29% que responde a otras causas.

La atención institucional del parto para el área urbana es del 82.6% y para el área rural 38.%; del porcentaje de mujeres del medio rural que no recibieron atención profesional, las mujeres indígenas constituyen el 73%.

Los problemas más graves se registran principalmente en el área rural y en las zonas urbano – marginales.

Las adolescentes embarazadas entre 15 a 19 años de edad tienen un riego dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres del grupo comprendido entre 20 y 29 años; en las menores de 15 años el riesgo se incrementa a cinco veces.

En el Ecuador, el 17.8% de jóvenes, entre 15 y 19 años, están embarazadas o son madres, porcentaje que se eleva en el área rural al 21%. El 35% de embarazos no son deseados.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-peri natal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben ser incluídas en los programas de salud integral de la mujer en especial en la edad fértil. En la provincia de Loja el 50% de sus cantones no cuentan con Unidades médicas especializadas en donde se pueda dar atención médica calificada.

En El cantón Macará, el 50% de la población son mujeres y de estas el 39% son mujeres en edad fértil, la mayoría provienen de las comunidades rurales en donde culturalmente la tradición orienta a que las mujeres en estado de embarazo buscan atención de personal no especializado (parteras), para ser atendidas en el momento del parto más no en los meses previos que es en donde se garantiza la vida del neonato.

Los índices de pobreza en el cantón son muy altos, así como la desocupación o empleo temporal y la migración, los mismos que contribuyen a que la calidad de vida sea paupérrima en un alto porcentaje de la población y por consiguiente no se garantice la vida de los neonatos.

Macará cuenta con servicio hospitalario desde 1970 su equipamiento ha sido mejorada a partir del convenio de la paz con el Perú, a raíz de lo cual el hospital adquiere la categoría de Binacional y tanto el equipamiento como el personal se amplia para dar una mejor atención.

Consideramos relevante hacer un aporte en este momento ,en el cual el carácter de binacional demanda agilitar el diagnóstico, la atención y el cuidado de la población fronteriza, evitando tener elevados porcentajes de morbi - mortalidad y mayores índices de calidad en la atención médica.

Durante los últimos años el HRIA, ha mostrado un incremento en la atención médica especializada en esta área; 250 partos se atiende en Macará, en comparación a los 2638 que se atienden en el HRIA. En Macará hasta el año 2006 se han atendido 249 partos normales, 1 parto complicado y 0 cesáreas.

En un año en la provincia se registran 34.092 controles prenatales en 12.021 mujeres embarazadas lo que corresponde al 23% del 100% de controles que debieron ser realizados en esta población. En Macará la situación no es diferente, se registran 2700 controles prenatales en 866 mujeres, de 10392 que debieron ser realizados, lo que nos muestra un bajo porcentaje de atención preventiva en ésta área.

Su cobertura puede incrementarse en la medida en que se informe a la población y a los miembros del equipo de salud que están más en contacto con mujeres embarazadas.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad y oportunidad tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales. Además hay posibles efectos adicionales como disminución de las dudas, miedos y tabúes de las gestantes, mayor acercamiento y confianza hacia los sistemas de salud, actitud positiva hacia la maternidad, mejores hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del nacimiento del niño,. Actitud positiva hacia la lactancia natural, conocimiento de planes de vacunación y sobre métodos modernos de anticoncepción para el espaciamiento de futuros embarazos.

Por lo tanto ,debe saber que en esta etapa debe llevar de forma rigurosa controles prenatales con responsabilidad, los cuales van orientados para corregir conductas y factores de riesgo sexual y reproductivo o patologías que puedan alterar la evolución normal de su embarazo.

Una importante proporción de mujeres no acceden a esta opción por desinformación o por barreras para acceder al control de salud institucional, como está sucediendo en nuestra provincia especialmente en los sectores rurales.

Desde hace algunos años la OPS – OMS los Ministerios de Salud de los diferentes países se ha venido reuniendo para tratar acerca de las grandes problemáticas Materno-Fetales y ha elaborado normas y han propuesto programas direccionados a mejorar la atención y disminuir la morbi - mortalidad materna. Así en nuestro país existen normas que se han ido perfeccionando y actualizando en manos de expertos.

El manual para la atención de la salud reproductiva editado en el año 2000 por el Ministerio de Salud Pública, no ha sufrido ninguna modificación, a pesar de los avances científicos que se dan en la medicina, no facilita su manejo y pedagógicamente no cuenta con ayudas didácticas que faciliten su entendimiento.

Por esta razón la Universidad Nacional de Loja en convenio Macro con la Universidad de PARMA- ITALIA, se encuentra desarrollando el proyecto de gran relevancia entre las dos universidades denominado: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ZONA FRONTERIZA DE LA PROVINCIA DE LOJA" ,dentro del cual se encuentra involucrado el presente trabajo investigativo.

Por lo tanto, se hace necesario la revisión y socialización de la guía del Ministerio de Salud Pública relacionada con el Embarazo y Parto normal y complicado de manera participativa, considerando la realidad que vive la salubilidad, aspiramos contar con un documento consensuado que considere ayudas, lenguaje comprensible y que sea de fácil manejo para el personal médico y paramédico de las diferentes unidades de atención del Area número siete.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de atención del embarazo y parto fisiológico y complicado en el área de frontera, cantón Macará de la provincia de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Elaborar el diagnostico de la situación de salud sexual y reproductiva del área de frontera (Macará)
- ✓ Evaluar la capacidad resolutiva y técnica de las normas propuestas por el MSP relacionadas con el embarazo y parto normal y complicado.
- ✓ Revisar y elaborar las guías y protocolos sobre la atención del embarazo y parto normal y complicado.
- ✓ Validar las guías y protocolos de atención del embarazo y parto normal y complicado para su edición final.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal, observacional en el cantón Macará, provincia de Loja, en los meses de Marzo a Mayo del 2008

UNIVERSO

Personal de salud que labora en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del cantón Macará (Área de Salud N° 7).

MUESTRA

Médicos 8, Enfermeras 4, y Auxiliares de Enfermería 3, que constituyen parte del personal médico y paramédico del Área de Salud N° 7.

LUGAR

Provincia de Loja, cantón Macará, Área de Salud N° 7

TIEMPO

Periodo Marzo a Mayo del 2008

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS

Para el Primer Objetivo

1. Elaborar un Diagnostico de la situación de Salud Sexual y Reproductiva del cantón Macará.

- Se revisaron los documentos existentes en Área de Salud N° 7 Macará, INEC, Dirección Provincial de Salud, Registro Civil.
- Se revisó datos históricos y demográficos en bibliotecas del Consejo Provincial y Municipio de Loja.
- Se realizó una visita de observación a la cabecera cantonal y al hospital de Macará

Para el Segundo Objetivo

2. Evaluar la capacidad resolutiva Técnica de las Normas propuestas por el Ministerio de Salud Publica relacionadas con el Embarazo y Parto Normal y Complicado.

Entendiéndose por **capacidad resolutiva:** *La capacidad resolutiva de las unidades de salud de la red de servicios, según lo establece el Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud (MSP, 2000) está definida por su nivel de complejidad para resolver los problemas de salud de las personas. La capacidad de las unidades de salud está orientada a dar respuesta a las principales causas de morbilidad y mortalidad general infantil y materna, y las enfermedades crónicas degenerativas predominantes en su área de cobertura. La capacidad resolutiva de los servicios se mide por la eficacia y eficiencia en cuanto al mejoramiento de los niveles de salud de la población atendida.*

Se realizó la observación directa mediante un documento en el que constó el lugar de atención del parto, la disponibilidad del manual de normas, materiales, insumos y medicamentos para la atención del embarazo y parto normal y complicado. Hoja de observación, que se aplicó de la siguiente manera:

Si existen y hubo disponibilidad de las diferentes elementos de la observación directa se asignó el término de “existe” y junto a ello las condiciones para lo cual se empleó los términos adecuado cuando hubo la cantidad de elementos y en el sitio que se requieren estos elementos, e inadecuado cuando no existió un número suficiente de elementos o no se encontraron en el sitio correcto para su uso, y no existe considerando la ausencia del respectivo elemento.

También se evaluó los conocimientos respecto a la temática con una encuesta que se elaboró de acuerdo al nivel de instrucción dirigida a Médicos, Enfermeras, y Auxiliares de Enfermería, las respuestas se calificaron aplicando la escala que fue tomada de la “Guía de autoevaluación con fines de acreditación para Programas de Posgrado de las Universidades

y Escuelas Politécnicas del Ecuador, del Concejo Nacional de Evaluación y Acreditación de de la Educación Superior del Ecuador (CONEA).

Excelente	suficiente	parcial	Insuficiente
4	3	2	1

Para el informe final los datos fueron sometidos a cálculos porcentuales y representados en tablas de frecuencia.

Para el Tercer Objetivo

3. Revisar y elaborar las Guías y Protocolos sobre la Atención del Embarazo y Parto Normal y complicado.

- Se realizó la revisión bibliográfica de las normas existentes del MSP.
- Se elaboraron las guías con aporte de revisiones actuales
- Se actualizaron los protocolos sobre la atención del embarazo y parto normal y complicado

Para el cuarto Objetivo

4. Socializar las Guías y Protocolos para su aplicación permanente

- Se realizaron talleres para presentar las guías elaboradas y se recibieron los aportes de los/las participantes para la elaboración final de las guías y protocolos del embarazo y parto normal y complicado para su edición.

Resultados

DIAGNÓSTICO DE SALUD EN EL ÁREA DE MACARÁ

La ciudad fronteriza de Macará, jardín saliente y perfumado de encantadoras mujeres que junto con la hospitalidad y generosidad de la gente, constituye el alma, nervio y baluarte de la nueva Patria.

Ubicación: Al extremo sur occidental de la república del Ecuador

Cabecera Cantonal: Macará

Habitantes: 23.000 habitantes

Extensión: 550 Km2

Clima: El tipo de clima en Macará es Subtropical seco

Temperatura: promedio de 25ºC (varía entre los 28 – 33 grados).

Fecha de Cantonización: 22 de Septiembre de 1902

LIMITES:

Norte: Con los cantones Celica y Sozoranga

Sur: Con el Perú

Este: Con el cantón Sozoranga

Oeste: Con los cantones Celica y Zapotillo.

DIVISIÓN POLÍTICA

Parroquias rurales: La Victoria, Larama y Sabiango

Parroquias urbanas: Eloy Alfaro y Macará

BARRIOS DE LA PARROQUIA URBANA MACARÁ

- ✓ Central
- ✓ Amazonas
- ✓ La Alborada
- ✓ Velasco Ibarra
- ✓ Juan Montalvo
- ✓ Luz de América
- ✓ 22 de Septiembre
- ✓ Bello Horizonte
- ✓ 5 de Junio
- ✓ Centinela del Sur

BARRIOS DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO

- ✓ María Auxiliadora
- ✓ Santa Marianita
- ✓ San Sebastián
- ✓ Centenario

CARACTERÍSTICAS DEL TRANSPORTE

Su vía principal nace de la Panamericana , es asfaltada al igual que las calles centrales sin embargo al alejarse del centro de la ciudad encontramos calles de tierra o lastradas por lo que hay gran cantidad de polvo y otras partículas en el aire lo que lleva a enfermedades respiratorias y en época de lluvia presenta lodo lo que dificulta la movilización, estas imperfecciones

hace que el tránsito vehicular no sea a altas velocidad lo que protege en una parte de posibles accidentes de tránsito disminuyendo los traumatismos en los pobladores.

La dificultad de acceso de las diferentes localidades rurales del cantón a los centros de atención de salud, especialmente hacia el Hospital está regido primero por el tipo de vía como es el caso de las carreteras solamente lastradas, en otros casos por medio de animales (caballos, burros) . Y en segundo lugar que el servicio de camionetas en el área rural no es en las 24 horas y algunos casos tienen que realizar grandes caminatas.

OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN

La distribución por rama de actividad, nos evidencia un perfil bastante tradicional, marcado por el papel ligado ligado a las actividades reproductivas de carácter doméstico que cumple la mujer, y la ya aludida actividad agrícola y comercial que caracteriza a la ciudad. La agricultura es un asunto de los hombres, en tanto el comercio muestra una distribución algo más equitativa entre los géneros. La presencia de un significativo número de policías y militares nos recuerda el carácter de frontera de la ciudad.

La canasta básica de la familia promedio en Macará, alcanza el monto aproximado entre 200-250 dólares.

La población económicamente activa se encuentra constituida alrededor de 6217 habitantes, lo que equivale al 38.6% de la población, según los datos del último censo de población y vivienda del INEC 2001.

VIVIENDA

Según el censo de Vivienda que se realizó en el año 2001 por el INEC, el número de familias que poseen vivienda propia es de 3024 que corresponde al 74.8 %

Viviendas según el Material o Calidad estructural

Adobe	**51.7%**
Ladrillo	30.9%
Cemento	11.4%
Bahareque	5.48%

CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE Y SANEAMIENTO

Es importante señalar que la infraestructura de los servicios básicos de la ciudad se encuentran en un estado deplorable, es denigrante que en los actuales momentos a pesar del adelanto de la ciencia, tecnificación y de la ingeniería estos sectores fronterizos que generan problemas de la salud.

El manejo del medio ambiente : de desechos sólidos , de aguas residuales, inadecuado manejo de recursos, falta de infraestructura de agua potable , baja producción agrícola , productos contaminados, desmesurada tala de árboles ; flora y fauna en extinción constituyen de manera directa factores de riesgo sobre el ser integral sobre todo sobre la salud del ser humano para originar o complicar enfermedades.

TRATAMIENTO DE DESECHOS SÓLIDOS

Se cuentan con vehículos recolectores de basura, pero existe clasificación de los desechos orgánicos y los desechos reciclables , además es inadecuado el sitio de almacenamiento para el manejo y la clasificación correspondiente ya que reubica muy cerca de la ciudad originando una verdadera fuente de contaminación urbana , la falta de educación de la población hacen el campo de aviación un verdadero depósito de desechos

originando proliferación de insectos y roedores transmisores de enfermedades que comprometen en gran medida la integridad de los habitantes.

INFRAESTRUCTURA DEL AGUA POTABLE

Recurso vital en la vida sana del individuo , sin embargo los entes políticos desconocen aquello puesto que el agua destinada a Macará es entubada , abasteciéndose a la población únicamente durante 5 horas diarias , teniendo que almacenar el agua en tanques o recipientes lo cual empeora aún más el problema ambiental. Además un dato interesante es que el 68% de la población cuentan con este recurso vital.

SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

Únicamente el área urbana cuenta con sistema de alcantarillado. El 30% de la población dispone de servicio de letrinización o realizan la deposición al aire libre. Las aguas servidas son con destino al río Macará originando contaminación directa y de manera indirecta a los sectores rurales de la zona sur occidental que se proveen con esta agua al utilizarla en servicios básicos de alimentación.

CONTAMINACIÓN INDUSTRIAL

Macará cuenta con una diversidad de pequeñas industrias destinadas a la fabricación de adoquín, ladrillo, adobe y sal de consumo; ello genera producción y constituye el sustento para varias familias; sin embargo ello genera la eliminación de gases que contribuyen a la polución ambiental y por ende a la aparición de enfermedades que afecta el sistema de ventilación orgánica.

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA.

La población económicamente activa se encuentra constituida alrededor de 6.217 habitantes, lo que equivale al 38.6% de la población.

El INEC en el censo del 2001, nos da como referencia que la población de Macará representa el 4.5% del total de la provincia de Loja. De acuerdo al último periodo ínter censal 1990-2001, el ritmo de crecimiento poblacional es de 0% del promedio anual.

La población del área urbana es de 11.483 habitantes, lo que constituye alrededor del 62.57% y en el área rural de Macará encontramos 6.867 habitantes que corresponde al 37.42%.

ÍNDICE DE MASCULINIDAD

Encontramos 9.229 habitantes con el 50.2%, que corresponde al sexo masculino.

El índice ocupacional esta en el 37.9%.

En el cantón Macará el índice de pobreza se encuentra en el 82.2% , el de la región se encuentra en el 80% y en nuestro país es del 80%. En comparación a la media nacional es mayor en un 2%. En la zona urbana de Macará es el 76.15% de pobreza y desocupación, en la región 81.4% y en el país es del 60%, respecto a la media nacional le corresponde un 16% más. La zona rural macareña en pobreza y desocupación se encuentra alrededor del 90.7%, con un índice mayor en un 12% respecto a la media nacional, en la región es el 81.4% y al país le corresponde un 77.8%.

Hay una significativa diferencia entre el número de mujeres y hombres, lo que nos muestra que la migración es básicamente masculina. La PEA remunerada sería de 1903 personas, lo que significa que hay una relación de 1-4.8 entre remunerados y no remunerados, carga bastante alta lo que muestra una bastante falta de empleo. El 6.5% de las familias consideran que su estabilidad económica es insuficiente y el 45% consideran que solo es regular y el 48.5% que es mala.

NUMERO DE UNIDADES DE SALUD

Macará cuanta con un hospital urbano con el equipamiento básico para atención básica no especializada, con 18 camas para una cobertura de 29.041 habitantes, de las cuales 6 son para la atención de mujeres embarazadas.

Posee siete puestos de salud: Sabiango, Sozoranga, Susuco, Larama, La Victoria, Nueva Fátima, Santanilla

NÚMERO Y TIPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Total del personal hospital de Macará

PERSONAL	NUMERO
MÉDICOS TRATANTES	2
MÉDICOS RURALES	2
ENFERMERAS	3
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA	1
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	10
EMPLEADO SANITARIO	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	5

Unidad de salud de Sabiango

- Médico contratado: 1
- Empleados sanitarios: 3
- Auxiliar de enfermería: 1

Unidad de salud Sosoranga

- Inspector sanitario: 1
- Empleado sanitario: 1
- Auxiliar de enfermería: 1
- Auxiliar de odontología: 1

Unidad de salud Susuco

- Médico contratado: 1
- Auxiliar de enfermería: 1

La Victoria

- Médico contratado: 1
- Auxiliar de enfermería: 1

Larama

- Médico contratado: 1
- Auxiliar de enfermería: 1

Nueva Fátima

- Auxiliar de enfermería: 1

Santanilla

- Médico contratado: 1
- Auxiliar de enfermería: 1
- Empleados sanitarios: 4
- Inspectores sanitarios: 2

COMADRONAS Y CURANDEROS

En la ciudad de Macará encontramos que desempeñando el papel de médicos empíricos (sobadores, curanderos etc.) son en número de siete personas quienes por medio del uso de hierbas, manteca de animales (culebra, burro, etc.) aguas medicinales, entre otros proporcionan alivio a las enfermedades que adolece la población.

Se conoce también el trabajo de 3 shamanes de la localidad y que en algunas épocas proceden del país vecino, los cuales realizan rituales en donde utilizan brebajes alucinógenos, que influyen en la creencia de los pobladores. Para la atención de partos se registra una comadrona.

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN

BARRIOS	TOTAL DE HABITANTES	EMBARAZADAS	MEF
MACARA	15684	483	**8033**
SOSORANGA	2040	68	**810**
TACAMOROS	3387	93	**1741**
LA VICTORIA	2029	45	**966**
LARAMA	1044	45	**420**
SABIANGO	898	10	**395**
NUEVA FATIMA	1007	20	**424**
SUSUCO	705	23	**280**
CURICHANGA	1423	47	**565**
P. SOCORRO	825	24	**335**

Fuente: Dirección Provincial de Loja
Elaboración: Las Autoras

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR GRUPOS ETAREOS.

La población del área N° 7 es de 29.041 habitantes, según los datos proporcionados por el sistema común de información del MSP.

Grupos Programaticos	N°
Menores de 1 Año	686
12-23meses	673
1-4años	2.708
2-4 años	2.036
5-9 años	3.587
10-14 años	3.576
15-19 años	3.121
20 y más	15.382
Embarazadas	857
Mujeres en edad fértil	13.972
DOC	9229

Fuente: Datos proporcionados por el departamento de estadística del MSP.
Elaboración: Las Autoras

ESTRUCTURA POBLACIONAL POR SEXO Y EDAD

Según datos obtenidos del censo del 2001, la población del área de Macará es de 29041 habitantes de los cuales el 49.9% corresponde al sexo masculino, y el 50% al sexo femenino.

ESTRUCTURA POBLACIONAL POR SEXO

GRUPOS	TOTAL	HOMBRES		MUJERES	
		N°	%	N°	%
0-4años	14.433	7.251	6.3	7182	**5.7**
5-9	14.729	7.431	6.4	7298	**6.5**
10-14	14.471	7.396	6.8	7075	**6.5**

15-19	13.643	6.726	5.7	6917	**5.1**
20-24	11.206	5.421	3.4	5785	**3.5**
25-29	9.304	4.352	2.2	4952	**2.8**
30-34	7.654	3.670	2.0	3984	**2.7**
35-39	6.698	3.158	2.1	3540	**2.5**
40-44	5.643	2.695	2.0	2948	**2.4**
45-49	4.805	2.292	2.0	2513	**2.0**
50-54	4.073	1.911	1.9	2162	**1.9**
55-59	3.425	1.672	1.5	1753	**1.5**
60-64	2.819	1.352	1.6	1467	**1.5**
65-69	2.162	1.050	1.5	1112	**1.5**
70-74	1.613	736	1.2	877	**1.2**
>75	2.792	1.321	2.0	1471	**2.0**
Total	**119.470**	**58.434**	**50.0**	**61036**	**50.0**

Fuente: Censo de Población 2001 (INEC)
Elaboración: Las Autoras

VOLUMEN DE ATENCIÓN PRENATAL

Población total	**851**
Primera consulta	**872**
Consultas subsecuentes	**2630**

Fuente: Producción de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADISTICA DPSL AÑO 2008

TOXOIDE TETÁNICO

Población	851
Embarazadas	337
MEF	184

Fuente: Producción de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADÍSTICA DPSL AÑO 2008

ATENCIÓN DE PARTOS

Número de partos por año	305

Fuente: Producción de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADÍSTICA DPSL AÑO 2008

ATENCIÓN POSTNATAL

Número de atenciones	237

Fuente: Producción de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADÍSTICA DPSL AÑO 2008

NUMERO DE RECIÉN NACIDOS

Menores de 2500g	5
Mayores de 2500g	283
Total	288
Nacidos muertos	1
Ignorados	6

Fuente: Producción dDe Establecimientos De Salud
Elaborado: DEP. ESTADÍSTICA DPSL AÑO 2008

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Población	**6034**
Primeras	**534**
Subsecuentes	**2124**

Fuente: Produccion de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADISTICA DPSL AÑO 2008

DOC CERVICAL	
Población	**3735**
Primeras	**150**
MAMARIO	
Número	**5295**
Primeras	**2**

Fuente: Producción de Establecimientos de Salud
Elaborado: DEP. ESTADISTICA DPSL AÑO 2008

MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ÁREA 7

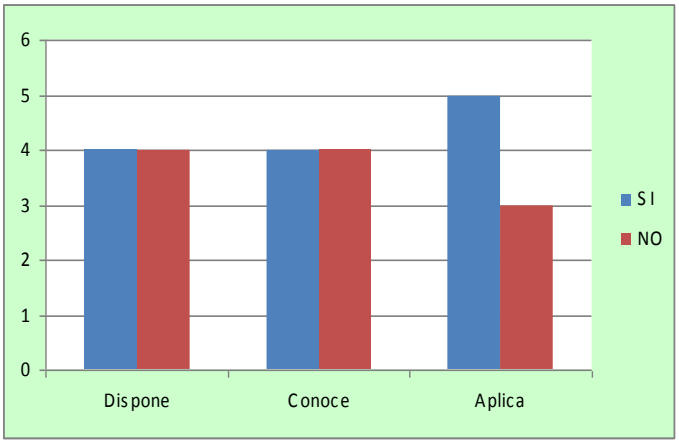
Las Enfermedades de Transmisión Sexual ocupan el sexto lugar con una tasa del 22% como causas de morbilidad, seguida de las IVU con una tasa del 7%.

CAPACIDAD RESOLUTIVA EVALUACIÓN AL PERSONAL

CUADRO N° 1: **Disponibilidad, conocimiento y aplicación del manual por el personal Médico.**

PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL
Dispone	4	50	4	50	8
Conoce	4	50	4	50	8
Aplica	5	62,5	3	37,5	8

Fuente de información: encuestas al personal médico
Elaboración: Las Autoras

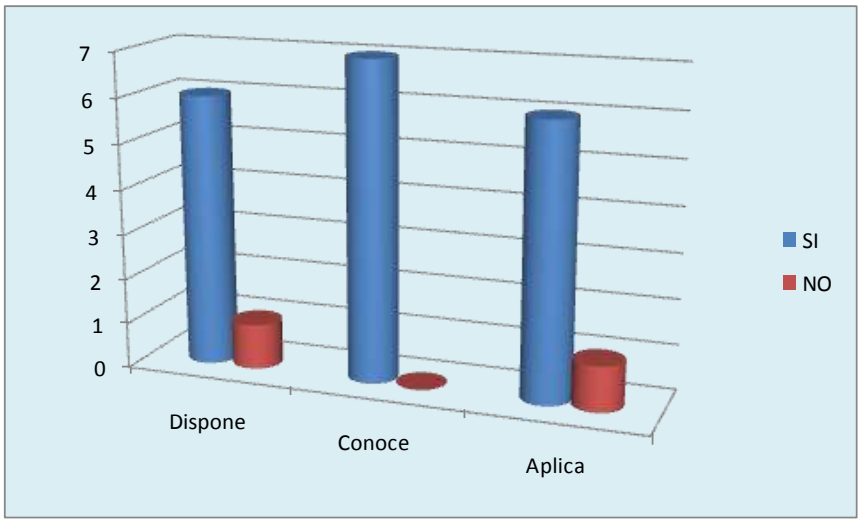


En el cuadro 1 observamos que el 50% del personal médico dispone y conoce el manual mientras el 62.5% indican que lo aplican, teniendo un margen de diferencia significativo que nos lleva a pensar en la subjetividad de las respuestas.

CUADRO N°1.1: Disposición, conocimiento y aplicación del manual por el personal paramédico

PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL
Dispone	6	85,7143	1	14,286	7
Conoce	7	100	0	0	7
Aplica	6	85,7143	1	14,286	7

Fuente de información: encuestas al personal paramédico
Elaboración: Las Autoras

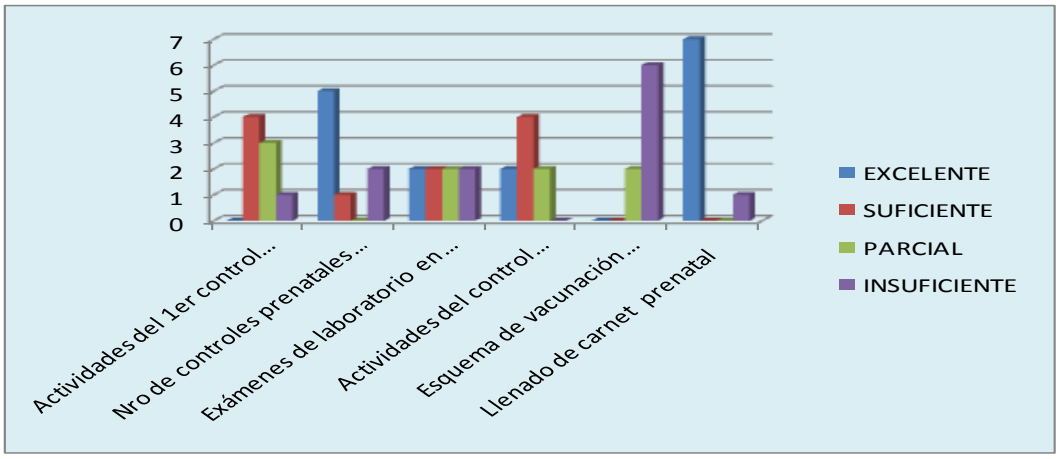


El cuadro 1.1 muestra que el personal paramédico dispone y aplica en 85.7%, mientras que el 100% conoce el manual.

CUADRO N°2: **Evaluación de conocimientos y aplicación de las normas por el personal Médico para el control prenatal**

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Actividades del 1er control prenatal	0	0	4	50	3	37,5	1	12,5	8
Nro de controles prenatales mínimos eficientes	5	62,5	1	12,5	0	0	2	25	8
Exámenes de laboratorio en 1er control prenatal	2	25	2	25	2	25	2	25	8
Actividades del control prenatal subsecuente	2	25	4	50	2	25	0	0	8
Esquema de vacunación antitetánica	0	0	0	0	2	25	6	75	8
Llenado de carnet prenatal	7	87,5	0	0	0	0	1	12,5	8

Fuente de información: encuestas al personal médico
Elaboración: Las Autoras

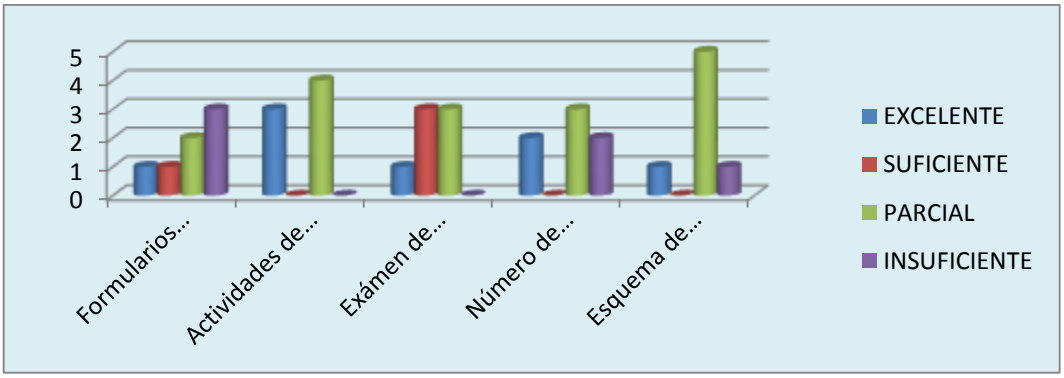


El cuadro nos muestra que hay un conocimiento excelente solamente en el llenado del control prenatal con 87.5% y en el número de controles prenatales mínimos eficientes con 62.5%

CUADRO N°2.1: **Evaluación de conocimientos y aplicación de las normas por el personal paramédico para el control prenatal**

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Formularios que incluyen la historia clínica de una paciente embarazada	1	14,2	1	14,2	2	28,5	3	42,8	7
Actividades de un primer control prenatal	3	42,8	0	0	4	57,1	0	0	7
Examen de laboratorio de un 1er control prenatal	1	14,2	3	42,8	3	42,8	0	0	7
Número de controles prenatales mínimo eficientes	2	28,5	0	0	3	42,8	2	28,5	7
Esquema de vacunación antitetánica en pacientes embarazadas	1	14,2	0	0	5	71,4	1	14,2	7

Fuente de información: encuestas al personal paramédico
Elaboración: Las Autoras

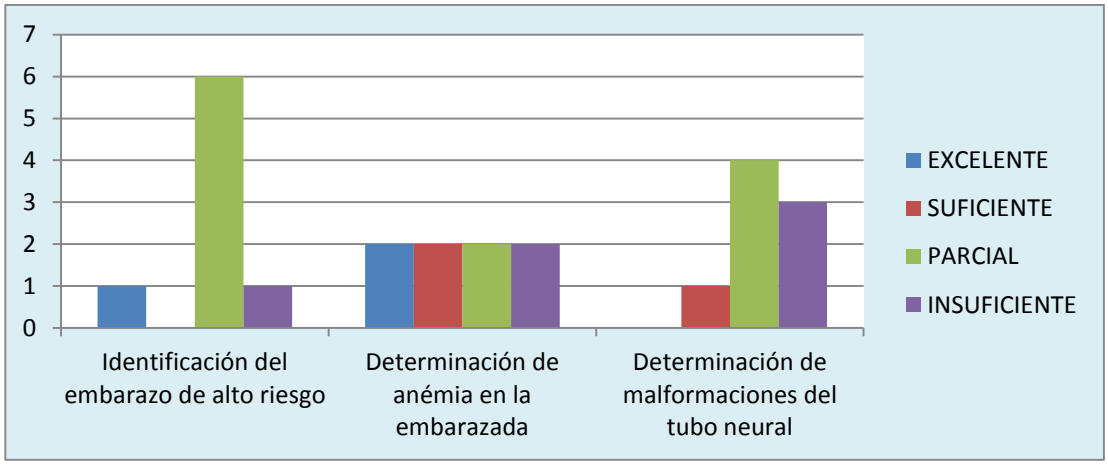


El personal paramédico tiene un conocimiento excelente solo para las actividades de un primer control prenatal del 42.8% seguido de el número de controles prenatales mínimos eficientes en un 28.5%

CUADRO N° 3: Evaluación de conocimientos para determinar embarazos de alto riesgo por el personal médico

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Identificación del embarazo de alto riesgo	1	12,5	0	0	6	75	1	12,5	8
Determinación de anemia en la embarazada	2	25	2	25	2	25	2	25	8
Determinación de malformaciones del tubo neural	0	0	1	12,5	4	50	3	37,5	8

Fuente de información: encuestas al personal médico
Elaboración: Las Autoras

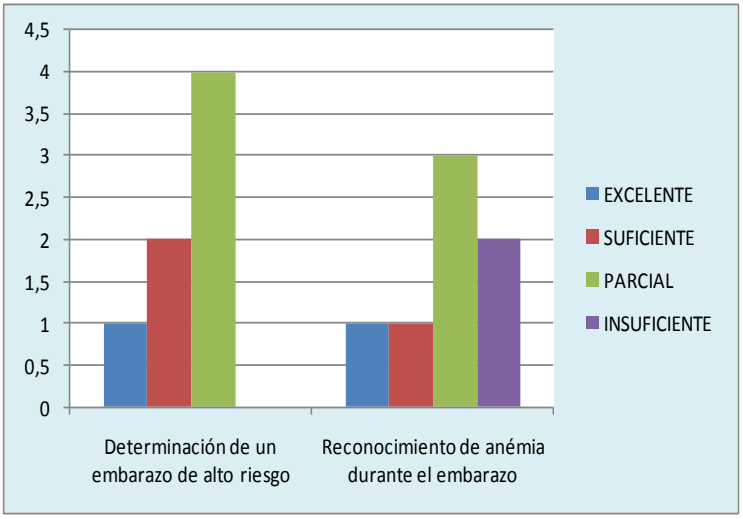


El 75% del personal médico tiene un conocimiento parcial para identificar un embarazo de alto riesgo.

CUADRO N°3.1: Evaluación de conocimientos para determinar embarazos de alto riesgo por el personal paramédico

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Determinación de un embarazo de alto riesgo	1	14,286	2	28,571	4	57,143	0	0	7
Reconocimiento de anémia durante el embarazo	1	14,286	1	14,286	3	42,857	2	28,571	7

Fuente de información: encuestas al personal y paramédico
Elaboración:Las Autoras

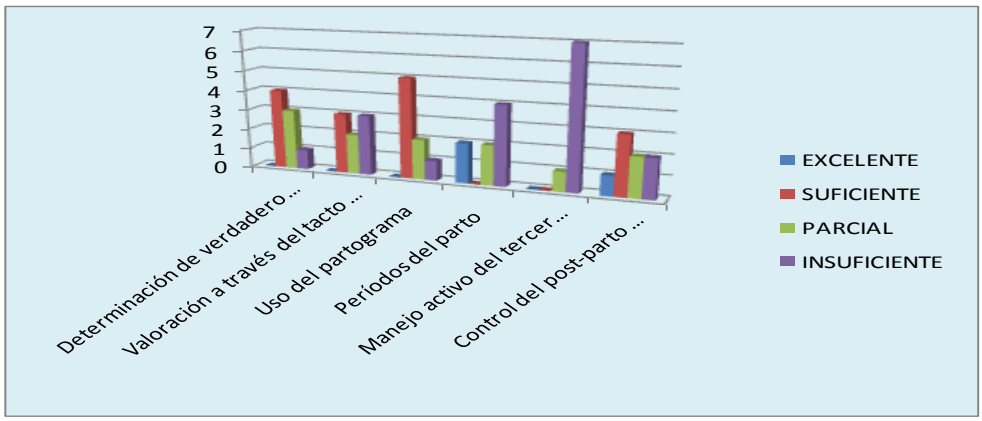


El personal paramédico tiene conocimiento parcial para determinar un embarazo de alto riesgo, con 57.14%

CUADRO 4.- **Evaluación de conocimientos y aplicación de las normas por el personal médico en la atención del parto.**

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Determinación de verdadero trabajo de parto	0	0	4	50	3	37,5	1	12,5	8
Valoración a través del tacto vaginal	0	0	3	37,5	2	25	3	37,5	8
Uso del partograma	0	0	5	62,5	2	25	1	12,5	8
Períodos del parto	2	25	0	0	2	25	4	50	8
Manejo activo del tercer periodo del parto	0	0	0	0	1	12,5	7	87,5	8
Control del post-parto inmediato	1	12,5	3	37,5	2	25	2	25	8

Fuente de información: encuestas al personal médico
Elaboración: Las Autoras

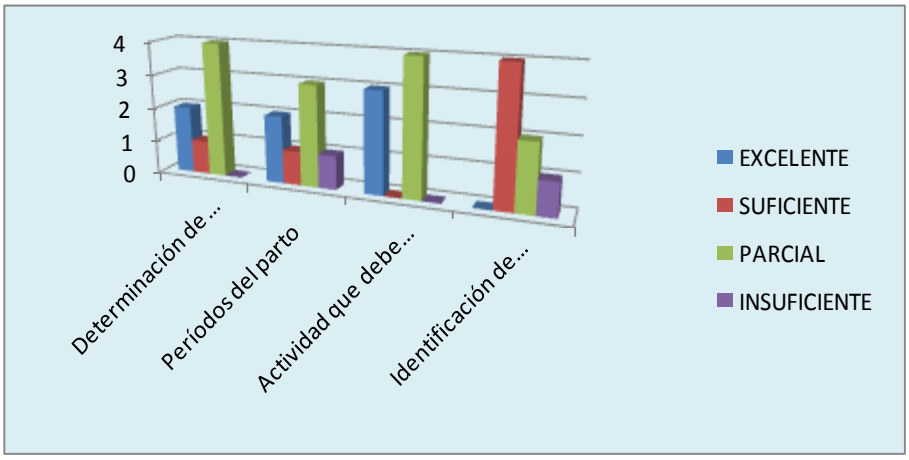


El presente cuadro nos muestra que el personal Médico tiene conocimiento suficiente para el uso del partograma con 62.5%, seguido del 50% para la determinación del verdadero trabajo de parto.

CUADRO N°4.1: **Evaluación de conocimientos y aplicación de las normas por el personal paramédico para la atención del parto**

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Determinación de verdadero trabajo de parto	2	28,571	1	14,286	4	57,143	0	0	7
Períodos del parto	2	28,571	1	14,286	3	42,857	1	14,286	7
Actividad que debe cumplir el personal paramédico en la atención del parto	3	42,857	0	0	4	57,143	0	0	7
Identificación de signos de un parto complicado	0	0	4	57,143	2	28,571	1	14,286	7

Fuente de información: encuestas al personal paramédico
Elaboración: Las Autoras

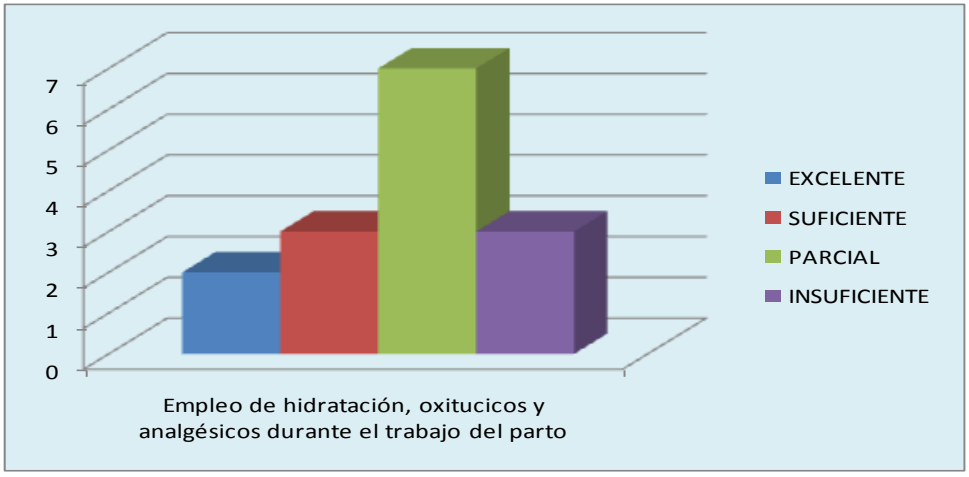


El personal paramédico tiene conocimiento suficiente para identificar los signos de un parto complicado con el 57.1% y conocimiento parcial para determinar el verdadero trabajo de parto y sobre las actividades que deben cumplir en atención del parto.

CUADRO N°5: Empleo de medicación para la atención del parto por el personal médico y paramédico

PREGUNTA	EXCELENTE	%	SUFICIENTE	%	PARCIAL	%	INSUFICIENTE	%	TOTAL
Empleo de hidratación, oxitucicos y analgésicos durante el trabajo del parto	2	13,333	3	20	7	46,667	3	20	15

Fuente de información: encuestas al personal médico y paramédico
Elaboración: Las Autoras

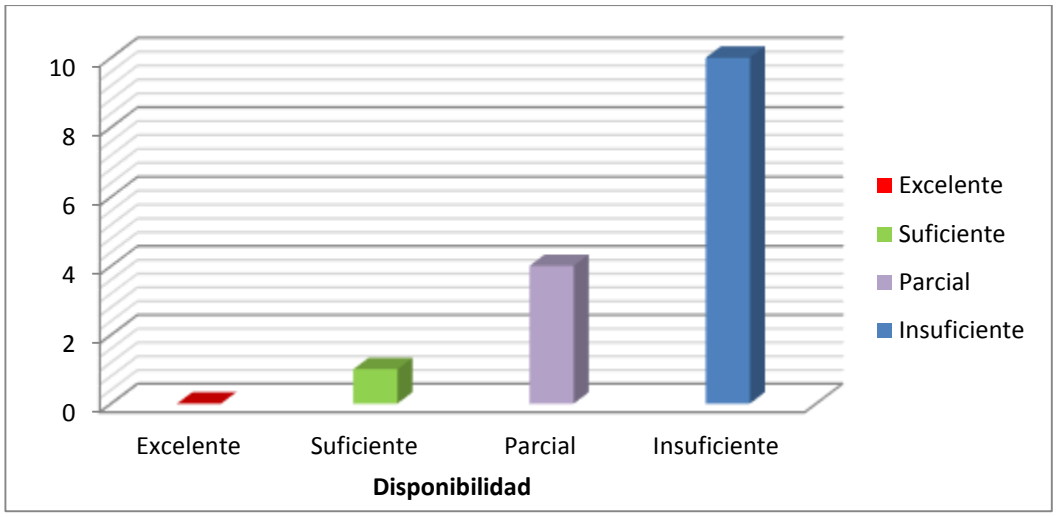


Se evidencia que el 46.6% del personal médico y paramédico usan de manera parcial la medicación durante el trabajo de parto

CUADRO N°6: Disponibilidad de insumos, materiales, recursos humanos, técnicos y físicos para la atención del embarazo y parto complicado

Pregunta	Excelente	Suficiente	Parcial	Insuficiente
Disponibilidad	0	1	4	10

Fuente de información: encuestas al personal médico y paramédico
Elaboración: Las Autoras



Los insumos y materiales, los recursos humanos y físicos son insuficientes para la atención del embarazo y el parto, con un 66.6%

CUADRO N°7: Insumos, equipos y medicación que hacen falta en el hospital de Macará, para la atención del embarazo y parto complicado

Materiales que hacen falta
Equipo de legrado
Aire acondicionado
Llaves de tres vías
Medicación que hace falta
Hidralazina
Sulfato de magnesio
Fenoterol
Misoprostol
Gluconato de calcio
Nifedipina
Servicios de hacen falta
Ecografía
Laboratorio clínico las 24H00

Fuente de información: encuestas al personal médico y paramédico
Elaboración: Las Autoras

En el presente cuadro podemos observar que dentro de los insumos, medicamentos, y servicios que hacen falta en el hospital binacional de Macará tenemos: equipos de legrado, ya que solo cuentan con uno, equipos de ventilación, termocunas ya que actualmente se encuentran dañadas, monitoreo cardiopulmonar, dentro de insumos no cuentan con llaves de tres vías.

La medicación que hace falta es la hidralazina, sulfato de magnesio, el fenoterol, misoprostol, gluconato de calcio, nifedipina, y antibióticos como la ampicilina en mayor cantidad.

Los servicios que hacen falta tenemos el servicio de ecografía y laboratorio clínico que preste servicios las 24 horas del día y feriados, la implementación de exámenes como la química sanguínea y serológicos.

CUADRO N°8: Equipos que se encuentran dañados

Termocunas	2
Balanza y Tallímetro	1
Ventilador	1
Máquina de anestesia	1
Lámpara cuello de ganso	1
Tanque de oxígeno	1

Los equipos que se encuentran en desuso por falta de mantenimiento son de gran importancia para la atención del parto y el recién nacido.

SALA DE PARTO ÁREA 7

SALA DE PARTOS ÁREA DE ASEPSIA

MESA GINECOLÓGICA DE SALA DE PARTOS

SOLUCIONES PARA ASEPSIA

SALA DE PARTOS

EQUIPOS DE ROPA PARA ATENCIÓN DE PARTO

EQUIPOS DAÑADOS DEL AREA 7

LA VENTILACIÓN DE SALA DE PARTOS

PROPUESTA DE GUIAS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO: NORMAL Y PATOLOGICO PARA EL AREA DE MACARA

PROYECTO:
"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ZONA FRONTERIZA DE LA PROVINCIA DE LOJA"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE LOJA; UNIVERSIDAD DE PARMA-ITALIA

LOJA-ECUADOR
2008

ELABORACIÓN Y REVISIÓN

Coordinación específica:	**Dra. Betty Carrión G.**
Apoyo Técnico:	**Dra. Iliana Figueroa** **Lcda. Isabel Trujillo** **Lcda. Gladys Macas**
Postgradistas:	**Dr. José Miguel Sánchez** **Dra. Tatiana Salcedo** **Dra. Ibis Ordóñez**
Asesor Técnico MSP:	**Dr. Segundo Calle Duran**
Coordinación General:	**Dr. Amable Bermeo (UNL)** **Lcda. Mirtha Briceño (DPSL)** **Ec. Emilia Rossi (Univers. PARMA)**

PRESENTACIÓN

Las preocupantes estadísticas de morbimortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal durante el embarazo (CPN), atención del Parto y sus aspectos patológicos, siguiendo lineamientos generales de los programas de países desarrollados, incorporando adaptaciones importantes de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, estos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a los servicios de salud pueden ser irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres por lo que se hace necesario una revisión de lo más importante para el bienestar integral de la madre y su hijo. (OPS)

CUIDADOS PRECONCEPCIONALES

DEFINICIÓN.-Son los que se realiza la pareja que desea un embarazo, previo a la concreción del mismo. Se realizan con el objeto de corregir conductas patológicas y factores de riesgo que pueda alterar la evolución normal de su futuro embarazo.

Es considerada como un período de preparación para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y del futuro hijo.

Además debe brindarse asesoría sobre higiene y dietética en general es importante insistir en:

1.- Evitar embarazos en edades extremas del período fértil.- Antes de los 20 años las adolescentes presentan mayor incidencia de anemia, restricción del crecimiento y partos pretérmino; en las mujeres mayores de 35 años se presentan con mayor frecuencia enfermedades hipertensivas y malformaciones congénitas.

2.-El conocimiento de las fechas de las menstruaciones antes de embarazarse es de importancia para disminuir el porcentaje de mujeres que la desconocen, es fundamental para el seguimiento del control prenatal

3.- También es de gran importancia investigar sobre los hábitos de la mujer (cigarrillo, alcohol, adicción a marihuana, cocaína y otros) y las conductas de riesgo entre las que se encuentra la poligamia y la promiscuidad.

4.- La realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos

Prevención de algunas infecciones

- Virus de la inmunodeficiencia humana
- Toxoplasmosis
- Virus de inclusión citomegálica
- Tétanos
- Sífilis
- Enfermedad del Chagas

Control de enfermedades crónicas

- Hipertensión crónica
- Diabetes mellitas
- Anemia
- Patología uterina
- Carcinoma de mama

Asesoramiento para reducir defectos congénitos

El asesoramiento se debe realizar principalmente a mujeres con niños afectados en embarazos previos, edad avanzada y pacientes con antecedentes de enfermedades genéticas

Prevención de defectos de cierre del tubo neural

Se ha demostrado que la suplementación con ácido fólico a la mujer en le etapa preconcepcional durante el primer trimestre protege al embrión en aproximadamente en un 72% de los casos.

La misma recomendación debe ser dada a mujeres con diabetes y en epilépticas en tratamiento con ácido valproico y las pacientes tratadas con drogas antimaláricas

Medicación

Durante la consulta preconcepcional se debe advertir sobre drogas teratogénicas que pueda estar consumiendo la mujer

EMBARAZO NORMAL

EL EMBARAZO.

Concepto y duración. El Embarazo es un estado fisiológico que tiene una duración promedio de 280 días, contados a partir del primer día de la última menstruación. Considerando la fecha de la ovulación la duración del embarazo es de 265 y 270 días. (AMPLIAR CONCEPTO)

EL CONTROL PRENATAL.

Es un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada y el embrión o feto con la finalidad de obtener el mejor grado de salud del binomio madre-hijo

NIVELES DE ATENCIÓN:
PRIMARIO.- Se brinda tanto en las áreas urbanas como rurales a través de las Unidades de salud y domicilio.
SECUNDARIO.- Se brinda en Hospitales Cantonales
TERCIARIO.- Se realiza en el Hospital Provincial.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN PRENATAL.
La atención Prenatal será precoz, periódica, continúa, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad.

PRECOZ.- La captación ha de producirse antes de las 14 semanas de embarazo.

PERIODICA.- La gestante es atendida por el equipo de salud con la periodicidad establecida y de acuerdo al grado de riesgo. (Nivel Óptimo: 12 controles: Un control mensual hasta la semana 32, uno cada dos semanas hasta la semana 36 y uno semanal hasta el momento del parto. Nivel Mínimo Eficiente: 5 controles: Un control en las primeras 20 semanas, uno en las 32 y 36 semanas y uno cada 2 semanas hasta el momento del parto).

CONTINUA.- El médico y el grupo básico de trabajo atienden durante todo el embarazo a las gestantes de su Area correspondiente.

COMPLETA.- Deben cumplir el esquema de atención establecida con la calidad requerida para cada una de las consultas.

DISPENSARIZADA. - Se registran y se dispensarizan acciones a cada gestante de acuerdo con sus características y se definen estrategias y atención especializada para los grupos de riesgo.

INTEGRAL.- Se considera unidos los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente que están en interacción con la gestante.

REGIONALIZADA.- Esta es la base para establecer la efectiva interrelación entre los diferentes niveles de atención y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles.
EN EQUIPO.- Interviene el equipo primario o secundario horizontal (médico general y/o especialistas, enfermera, auxiliar de enfermería)

CON LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.- Los integrantes de los Comités o Consejos de salud, garantizan la vinculación entre las acciones de los equipos de salud y la comunidad y viceversa.

FORMAS DE DIAGNOSTICO.

Diagnostico Precoz.- Se consideran Signos y Síntomas de Presunción, Probabilidad y Certeza.
Presunción.- Nauseas, polaquiuria, fatiga, aumento del sueño, mareos, lipotimias, anorexia, astenia, apetito caprichoso (antojos), aversión a ciertos alimentos y olores, modificaciones del carácter, irritabilidad, tristeza, , cefalea. Cambios mamarios como pigmentación de areola y pezón, tensión mamaria, calostro, aumento de la pigmentación de la piel.
Probabilidad.- Amenorrea (falta de menstruación), agrandamiento del útero, cambios en la forma y consistencia del útero (Signo de Hegar-reblandecimiento del istmo uterino), Contracciones de Braxton-Hicks, cambios en el cuello del útero (reblandecimiento, congestión, coloración azulada), modificaciones vaginales y vulvares (Signo de Chadwick). Determinación de Gonadotropinas en sangre u orina.
Certeza.- Identificación del Latido Cardiaco Fetal con ultrasonido (Doppler) a partir de la semana 12, y con la Corneta de Pinard o Estetoscopio a partir de la semana 18 a 20, Ultrasonografía (Ecografía.) a las 4 semanas por ecografía transvaginal y a las 6 semanas por ecografía transabdominal.

Diagnóstico Tardío.- Se inicia a partir de la semana 20, como movimientos activos del feto, palpación de las partes fetales, latidos cardiacos fetales, detectables por auscultación directa.

CALCULO DE LA FECHA PROBABLE DEL PARTO.

Regla de Naegele. Se suma 7 días a la fecha de la última menstruación y se restan 3 meses, agregando más o menos 10 días.
Ejemplo 1. FUM 20 de Julio. 20+7= 27; (Julio es séptimo mes) 7-3= 4 (Abril es cuarto mes)
FPP: 27 de Abril +-10 días.
Ejemplo 2. FUM 28 de Octubre FPP: 4 de Agosto*
Otra forma es utilizando la Tablas Obstétrica o Calendario gestacional. EXPLICAR COMO SE APLICA LA REGLA CUANDO SE PASAN LOS 30 O 31 DIAS

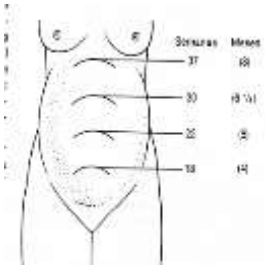
CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL.

El tiempo de gestación debe contárselo en semanas, a partir del primer día de la fecha de la última menstruación conocida. La gestación dura como promedio 40 semanas o 280 días. Se considera dentro de lo normal una desviación entre 37 y 42 semanas (embarazo a término)

Por Interrogatorio.- Conociendo la FUM, se suman los días restantes a ella, luego los días que tiene cada mes transcurrido y finalmente se agrega la fecha en que acude a control, se divide para 7 y el cociente corresponde a las semanas y el residuo a los días.

Ejemplo: FUM 20 de Diciembre Fecha que acude a control 7 de Abril
11+ 31+ 29+ 31+ 7=109/7= EG 12 semanas 5 días.

Por Examen físico.- Se puede calcular de acuerdo a la altura del Fondo Uterino:



8-10 semanas = Fondo uterino intrapelvico
12 semanas = Fondo uterino inmediatamente por sobre la sínfisis púbica
16 semanas = Fondo uterino al medio entre cicatriz umbilical y sínfisis
20-22 semanas = a nivel de cicatriz umbilical
26 a 28 semanas = Fondo uterino al medio entre apéndice xifoides y cicatriz umbilical
36 semanas = Fondo uterino por debajo de reborde costal.
40 semanas = Fondo uterino desciende ligeramente
A* las 20 semanas de gestación debe tener 20 centímetros de altura uterina y aumentar 1 cm. Por semana hasta la semana 34.

Regla de Mac-Donald.
Se utiliza una cinta métrica y se toma el un extremo fijándolo a nivel del borde superior de la sínfisis púbica y luego se lleva la misma hasta el fondo uterino, su valor se multiplica por 8 y se divide para 7, obteniéndose el resultado en semanas cronológicas, o también se multiplica por 2 y se divide para 7, obteniéndose el resultado en meses lunares
Ejemplo: 28 cms. x 8 = 224/7 = 32 semanas; 28cms x 2/7 = 8 meses lunares

La medición de la circunferencia abdominal, a nivel de la cicatriz umbilical, utilizando también la cinta métrica nos proporciona una información de que el embarazo está posiblemente a término, esto es cuando mide entre 92 y 94 cm.

Por la fecha de percepción de la madre con respecto a los primeros movimientos fetales, las multíparas a las 16 semanas y la nulíparas a las 20 semanas.

Por la fecha de detección del LCF con la ayuda del Ultrasonido (Doppler) desde las 12 semanas y con campana de Pinard o estetoscopio a partir de las 20 o 24 semanas.

Por exámenes complementarios como la **ECOGRAFIA**
Presencia de Saco Gestacional = a 5-6 semanas.
Longitud coronilla-rabadilla de embrión = se utilizan para la séptima a doceava semana, la que tiene mayor precisión, con un error de +- 4 días.
Diámetro biparietal a partir de la semana 13, teniendo un error menor mientras más temprano se realice la ecografía. Hasta la semana 30 el error o variación es de 1 semana, luego de la semana 34 es de 2 semanas y más de 35 es de 3 semanas. ANOTAR VALORES NORMALES

Actividades a realizar en los Controles Prenatales según esquema mínimo

Actividad	>20 S o Primer Control	32 S	36 S	38 S	40 S
Apertura de H.C. y Registro de Formulario perinatal y Carne Perinatal SEPARAR ACTIVIDADES	X	X	X	X	X
Anamnesis	X	X	X	X	X
Medición de peso	X	X	X	X	X
Medición de Talla	X				
Determinación de la Presión Arterial	X	X	X	X	X
Diagnostico del Embarazo	X				
Revisión del Sistema cardiorespiratorio y otros.	X	X	X	X	X
Evaluación del estado Nutricional	X	X	X	X	X
Examen de Mamas y pezones	X		X		
Toma de Papanicolaou según criterio técnico **	X				
Evaluación Clínica de la pelvis	X		X		X
Estimación de la edad Gestacional	X	X	X	X	X
Descartar embarazo múltiple	X				
Medir la altura uterina	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal	X	X	X	X	X
Diagnostico de situación, posición y presentación fetal	X	X	X	X	X
Auscultar latidos cardiacos	X	X	X	X	X
Movimientos fetales	X	X	X	X	X
Evaluación ecosonográfica	X			X	
Evaluación Clínica Subjetiva del Volumen del LA (por examen físico)*			X	X	X
Detección de factores de Riesgo Obstétrico	X	X	X	X	X
Determinación de Hb. y Htco.	X		X		
Determinación del Grupo sanguíneo y Factor Rh	X				
Detección de diabetes Gestacional	X	X			
Detección de Sífilis	X	X			
Prueba Rápida -VIH-SIDA	X	X			
Examen de Orina	X			X	
Administración de Hierro y Acido Fólico	X	X	X	X	X
Administración de complementos alimentarios	X	X	X	X	X
Investigación, diagnóstico y tratamiento de patologías	X	X	X	X	X
Información sobre Métodos Anticonceptivos y Lactancia materna	X	X	X	X	X
Examen Odontológico	X	X			
Vacunación Antitetánica según esquema (	X				

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN EL EMBARAZO

1ERA DOSIS	2DA DOSIS	REFUERZOS		
		1ER REFUERZO	2DO REFUERZO	3ER REFUERZO
Primer contacto	Un mes después	Siguiente embarazo	Siguiente embarazo	Siguiente embarazo

Maniobras de Leopold para diagnosticar la colocación del feto en el útero:

Primera maniobra de Leopold: palpando el fondo uterino, se puede identificar el polo fetal que lo ocupa. Habitualmente, se encuentran las nalgas. El peloteo cefálico a ese nivel indica presentación podálica.

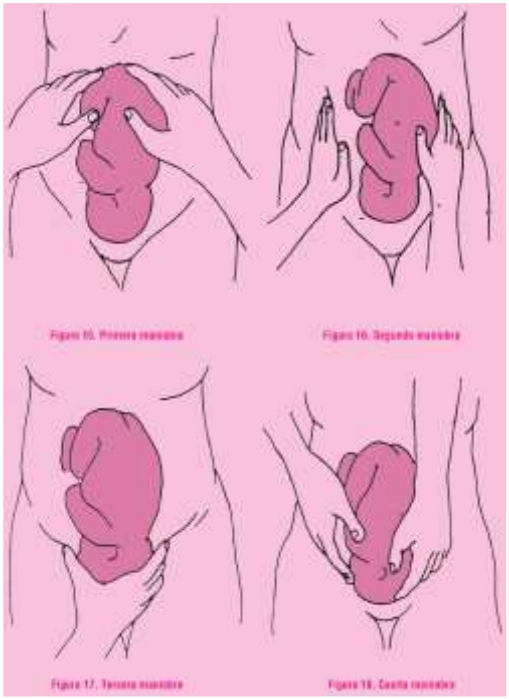
Segunda maniobra de Leopold: palpando los flancos, se determina situación y ubicación del dorso fetal. En situación transversa, se palpan los polos fetales.

Tercer maniobra de Leopold: permite palpar el polo presentado, habitualmente es el cefálico. Esto se confirma con la maniobra de peloteo.

Cuarta maniobra de Leopold: permite evaluar encajamiento de la presentación de la presentación en la pelvis.

Si los dedos se introducen en una excavación vacía, debe sospecharse de una situación transversa.

Estas maniobras deben ser confirmadas, en caso de dudas, mediante un estudio ecográfico.



Maniobras de Leopold.

MANEJO DE MOLESTIAS PROPIAS DE LA GESTACION

MOLESTIAS	EXPLICACION	MANEJO MEDICO Y EXPLICACION PARA LA GESTANTE
Nausea y vómito	Se relaciona con los cambios hormonales y su intensidad es dependiente del estado de ánimo de la gestante.	Evitar antinauseosos (antiheméticos) en lo posible, indicar dieta fraccionada y en poca cantidad. Si hay signos de deshidratación por vómito hospitalizar a la paciente por hiperemesis gravídica.
Tendencia al sueño y fatiga fácil.	Se relaciona con el aumento de peso, cambios en el organismo e inadecuado estado nutricional.	Evitar esfuerzos excesivos e indicar descanso frecuente.
Deseo frecuente de orinar (polaquiuria).	El crecimiento uterino por vecindad comprime la vejiga disminuyendo su capacidad y por lo tanto aumenta la frecuencia de la micción.	Descartar infección de vías urinarias con examen de orina
Manchas en la cara (cloasma)	Resultado de los cambios hormonales propios de la gestación.	Generalmente mejoran después del parto, indique a la gestante que evite la exposición al sol o use un protector solar .
Estrías	Manchas rojizas o blanquecinas en el vientre, debido a la ruptura de los tejidos elásticos de la piel del abdomen por el aumento del volumen del vientre materno.	Tranquilice a la gestante porque no hay riesgo e infórmele que generalmente disminuyen después del parto.
Calambres en las piernas	Resultado de alteraciones en la circulación venosa y posiblemente por deficiencias de minerales como calcio y potasio.	Evaluar ingestas de calcio (ingesta normal 1200mg y 1300mg en embarazadas adolescentes). Y ante deficiencias indicar alimentos como leche y sus derivados, así como la necesidad de descansar con las piernas un poco elevadas.

Varicosidades y hemorroides	Interviene un factor predisponerte y la compresión del útero grávido sobre el retorno venoso caudal que produce un éstasis venoso	El descanso con las piernas elevadas así como tambi8en el uso de medias elásticas es lo aconsejable y en el caso de las hemorroides con dolor y tumefacción aplicar analgésicos locales, compresas calientes y laxantes.
Pirosis (sensación de ardor que va desde el epigastrio y por detrás del esternón).	Causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago.	Indicar a la gestante una dieta pobre en grasas y fraccionada; y administrar antiácidos preferentemente los que contienen sodio.
Dolor hipogástrico y en región lumbar .	Generalmente son por el esfuerzo que hacen los músculos de la columna y del abdomen.	Descartar sintomatología del parto o proceso infeccioso gastro intestinal y/o urinario. Si no es así recomiende reposo y calor local.
Estreñimiento.	Resultado de la disminución de la motilidad intestinal producida por la acción de las hormonas del embarazo.	Dar a la gestante la explicación correcta e indíquele dieta con frutas verduras, cereales con cáscara y líquidos.
Secreción vaginal (leucorrea) o flujo genital	Durante el embarazo las secreciones vaginales aumentan, normalmente no provocan prurito, ardor o mal olor. Por lo tanto si hay ésta sintomatología y aumenta en intensidad debe ser considerada patológica y evaluada con mayor detenimiento.	Descartar patología infecciosa (ver protocolo de vaginitis y vaginosis), y recomendar medidas de higiene perineal y no usar duchas vaginales.
Cefalea.	Guarda relación con la tensión emocional. Hipertensión arterial y otros.	Excluir patología de ojos o presencia de compromiso neurológico, tomar TA para descartar hipertensión arterial.
Lipotimia.	Guarda relación con la inestabilidad vasomotora e hipotensión postural (mucho tiempo en una misma postura).	Tranquilizar a la gestante e inducir a que respire profundamente, que no haga movimientos activos y bruscos. Evitar los cambios rápidos de posición, realice valoración cuidadosa.
Insomnio (falta de sueño)	Tiene relación con el aumento del metabolismo materno incluyendo el producto (feto).	Descartar trastorno emocional o psiquiátrico. Descartar hipoglucemia. (bajo nivel de azúcar en sangre)

SINTOMAS Y SIGNOS DE ALERTA Y FORMA DE MANEJO

Signos y/o síntomas	Manejo
Vómitos persistentes	- Determinar hiperémesis gravidica. Hospitalizar, dar tratamiento antihemético, hidratación, apoyo psicológico, descartar otras patologías como enfermedad trofoblástica y/o referir al nivel de atención que corresponda.
Fiebre y escalofrió.	-Valorar presencia de procesos infecciosos y/o referir al nivel de atención que corresponda
Altura uterina que no concuerda con la edad gestacional.	- Considerar error de cálculo, retardo del crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal, Embarazo múltiple o Polihidramnios. Enfermedad trofoblastica gestacional (mola)
Falta de incremento de la altura uterina.	- Considerar error de cálculo, retardo del crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal.
Falta de ganancia de peso entre controles.	- Descartar desnutrición y retardo de crecimiento intrauterino.
Ausencia de latidos fetales luego d las 24 sem por menos de 6h.	- Considerar la posibilidad de sufrimiento fetal u óbito fetal.
Ausencia de movimientos fetales por más de 24h, pasadas las 24 sem.	- Considerar la posibilidad de sufrimiento fetal u óbito fetal.
Disminución de los movimientos fetales, después de las 30 sem.	- Auscultar FCF, ver variación de los latidos durante 2 h. si existe bradicardia o el feto no se mueve, evaluar perfil biofísico. Refiriendo a un nivel de mayor complejidad. - Indicar a la gestante que ella misma controle los movimientos de su feto, durante 1 hora si se mueve 6 veces es señal de bienestar fetal.
Hipertonía uterina	- Descartar desproporción céfalo-pélvica o desprendimiento de placenta
Cefaleas intensas.	- Considerar Hipertensión arterial
Después de las 37 sem de gestación contracciones uterinas c/5 min.	- Considerar labor de parto.
Antes de las 37 sem de gestación más de 2 contracciones por hora	- Descartar parto prematuro.
Dolor abdominal.	- Posible abdomen agudo o labor de parto.
Dolor en epigastrio	- Considerar hipertensión inducida por el embarazo.
Incremento de la TA en relación a la contracción.	- Considerar HIE.

Reflejos osteotendinosos aumentados	- Considerar HIE.
Edema exagerado en las manos y cara	-Considerar HIE.
Estatura menor a 1,40 mts.	- Considerar gestante de talla corta.
Ganancia exagerada de peso.	- Descartar sobrepeso y/o preeclampsia.
Presentación pelviana o transversa	- Evaluar posibilidad de cesárea, revisar parto obstruido.
Perímetro braquial menor de 23 cm.	- Evaluar estado nutricional y considerar suplementación nutricional.
Perdida de líquido amniótico via vaginal.	- Descartar ruptura prematura de membranas.
Sangrado vaginal.	- Considerar hemorragias obstétricas.

NORMAS GENERALES PARA EL MENU DE UNA EMBARAZADA

GRUPO DE ALIMENTOS	TAMAÑO DE RACION	EMBARAZO UNICO	GEMELOS	TRILLIZOS
PRODUCTOS LACTEOS	226g de leche. 226g de queso. 1 taza de yogur	6 raciones diarias	8 raciones diarias	10 raciones diarias
CARNES, PESCADOS, AVES DE CORRAL	28,3g	6 raciones	10 raciones diaria	10 raciones diarias
HUEVOS	1	1 por día	2 al día	2 al día
ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL	1/ 2taza (cocinados) 1 taza (frescos)	4/ día	4 / día	5 / día
FRUTAS	½ taza o una pieza fresca	4/ día	7 / día	8 / día
CEREALES Y PAN	28,3g. 1/ taza. O una rebanada	8/ día	10 / día	12// día
GRASAS, ACEITES Y FRUTOS SECOS	1 cucharada sopera de aceite, 1 de mantequilla	5 / día	6 / día	7 / día

EMBARAZO PATOLOGICO

ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

La anemia se traduce en la disminución de los niveles de hemoglobina y número de glóbulos rojos. La gestante necesita 450 mg de hierro de reserva (previo a su embarazo) para aumentar su propia masa eritrocítica.

Sintomatología: Incluye astenia, anorexia, zumbido de oídos, vértigo, estados lipotímicos, disnea, palidez de piel y mucosas, taquicardia, edemas, soplos cardíacos sistólicos, suele haber hipoxia fetal, retardo del crecimiento intrautero, partos prematuros, hay aumento de la incidencia de pre-eclampsia, infecciones urinarias y puerperales y elevación del riesgo de desprendimiento placentario.

Para el diagnóstico de Anemia se debe considerar una Hemoglobina con un **Valor Referencial de Corte de 11.0gr/d**

Se deben ajustar los valores de acuerdo a la altitud de la población sobre el nivel del mar y para ello **se sumará** al valor referencial de Corte:
+0.0gr/dl (nivel del mar)
+0.2gr/dl (costa interna, hasta 500mts)
+1.5gr/dl (altitud menor de 2999mts)
+2.0g/dl (altitud mayor a 3000mts)

Esquema de administración de hierro y acido fólico durante el embarazo

Hierro

- En caso de anemia se recomienda 30 a 60 mg/día de hierro (sulfato ferroso) vía oral. Se inicia desde la consulta en que se hace el diagnóstico.
- En forma profiláctica se puede iniciar en cualquier momento una dosis de 200 a 300 mg/día vía oral de sulfato ferroso 2 veces por semana. (miércoles y domingo).
- Pueden causar como efectos adversos: gastritis, estreñimiento, deposiciones obscuras, sabor metálico.
- Estos efectos pueden ser superados al suspender o reducir la dosis del hierro.

Acido Fólico

- La gestante necesita 0.4 mg PO de Ac. Fólico diario 2 meses antes del embarazo y los primeros 3 meses de embarazo, para mantener un balance positivo de folato y prevenir la ocurrencia de malformaciones del tubo neural.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

QUE HACER Y COMO ACTUAR

Síntomas y Signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Malestar general: náuseas, vómitos, cefalea. • Fiebre sobre 38 C. • Taquicardia. • Dolor lumbar. • Dolor abdominal bajo • Disuria, polaquiuria. • Orina de mal olor o aspecto turbio. • En el examen de orina: - Bacterias. - Leucocitos. - Nitritos.	1. Indicar reposo.* 2. Tomar signos vitales. * 3. Examen obstétrico: Situación, posición y presentación fetal. ** 4. Hidratación oral. * 5. Controlar fiebre por medios físicos o Acetaminofen 500 mg a 1gr c/6h si la fiebre es mayor a 38 C. * 6. Ampicilina 1 gr. c/6h VO ó Cefalexina 500 mg c/6h VO por 7 días. *** 7. Referir a la gestante al nivel II en caso de que la sintomatología persista por 48 horas o más o amenaza de aborto o parto prematuro. *	1. Hospitalizar. *** 2. Continuar con las medidas del nivel I. 3. Exámenes de laboratorio: *** - Biometría hemática. - Química sanguínea. - EMO y Gram. - Urocultivo. 4. Administrar líquidos IV. *** 5. Dar tratamiento específico según los resultados del antibiograma, o iniciar con Ampicilina y/o Gentamicina.*** Referir al nivel III en caso de haber complicaciones que no se puedan resolver en este nivel.	1. Hospitalizar.*** 2. Continuar aplicando las medidas iniciadas en el nivel II. 3. Atender las complicaciones.***

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

INFECCIONES GENITALES DE TRANSMISION SEXUAL Y NO SEXUAL

VAGINITIS EN EL EMBARAZO

La vaginitis es una de las principales causas de consulta y se caracteriza principalmente por la presencia de leucorrea (FLUJO VAGINAL) e irritación vulvar

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas de la vaginitis no son específicos por lo que obliga a una minuciosa exploración vaginal especular confirmada con un examen de laboratorio.

TRATAMIENTO

El tratamiento se debe iniciar con el objeto de:

- Eliminar la infección y la inflamación del aparato reproductor femenino
- Mejoría de los síntomas y signos clínicos

- Prevención de las secuelas
- Tratamiento a compañero sexual de la paciente

QUE HACER Y COMO ACTUAR

VAGINITIS	TRATAMIENTO RECOMENDADO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VAGINITIS BACTERIANA Leucorrea maloliente (olor a pescado) No dispareunia Secreción espesa adherente , blanca grisácea	- Metronidazol 500 mg PO c/12h x 7d AUMENTAR OTRAS OPCIONES. INDICACIONES DE ASEO GENITAL - Metronidazol gel 0,75%. Un aplicador en la noche por cinco días - Clindamicina crema al 2%. Un aplicador en la noche por cinco días	- Metronidazol o Tinidazol 2 g PO dosis única - Clindamicina 300 mg PO c/12h x 7 dias - Clindamicina óvulos. Un óvulo en la noche por tres días
VAGINITIS CANDIDIÁSICA Leucorrea, prurito. Dispareunia Eritema vulvar, edema, fisuras. Secreción grumosa blanquecina	- Clotrimazol crema 1 % Una aplicación nocturna por 7 días - Clotrimazol tableta vaginal 100 mg. Una aplicación nocturna por 7 días - Clotrimazol tableta vaginal 500mg una aplicación única - Nistatina tabletas vaginales 100.000 UI por 14 días	- Miconazol crema al 2% una aplicación por 7 días - Miconazol Supositorio vaginal 100 mg por 7 días - Miconazol supositorio vaginal 1200 mg dosis única - Tioconazol crema al 2 % una aplicación por 3 días
VAGINITIS TRICOMONIÁSICA Leucorrea purulenta maloliente. Dispareunia Eritema vaginal. Secreción espumosa amarillo verdosa	- Metronidazol 500 mg PO c / 12 h x 7 dias A PARTIR DE QUE SEMANA O MÊS	- Metronidazol 2 g PO dosis única (tratamiento a pareja)

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

ENFERMEDAD	SINTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO DURANTE ELEMBARAZO
CHLAMYDIA	Asintomática en el 75% de embarazadas. - aumento en la cantidad de secreción vaginal mucosa, blanca o amarillenta. - micción frecuente, disuria - dispareunia - glándulas edematosas y con secreción patológica - genitales externos: eritema, edema, escoriaciones - vagina: secreción patológica	Eritromicina 500mg VO c/6h por 7 días. Amoxicilina 500 mg c/ 8h por 7 días. No usar en el embarazo: tetraciclinas, doxiciclina, ofloxacina.

	- cérvix: edema, eritema, friable, dolor a la movilización.	
GONORREA	Asintomática en el 50 %. Puede haber: - secreción vaginal abundante, purulenta, amarilo-verdosa. - Secreción anal. - Prurito e hinchazón de la vulva - Disuria - Dispareunia - Dolor articular y de tendones - Adenopatías inguinales o cervicales. - Dolor en glándulas de Bartholino, skene - Genitales externos: edema, eritema - Vagina. Secreción, sangre o pus. - Cérvix : eritema, friable. -	ELECCION: Cefixima 400mg dosis única, o Ceftriazona 125mg IM dosis única. En pacientes alérgicas a las cefalosporinas, usar espectinomicina 2g IM dosis única, seguida de eritromicina 500mg c/ 6h por 7 días.
HERPES GENITAL O TIPO II	Es crónica y se caracteriza por episodios de exacerbaciones. Infección primaria: -pródromo: 2-10 días, neuralgia, parestesia, hiperestesias - vesículas-pústulas 6 días: vesículas dolorosas, disuria fiebre, malestar general, cervicitis. .- ulceras exudativas 6 días - costras secas: 8 días.	Sintomático: - mantener las lesiones limpias y secas - analgésicos: paracetamol. - Uso tópico de aciclovir en lesiones ulceradas. - Aciclovir oral: 400mg c/8h o 200mg c/6h por 7- 10 días. - Evitar relaciones sexuales - Evitar situaciones de estrés. - Aciclovir está contraindicado en la lactancia.
V I H	Puede manifestarse como una mononucleosis: fiebre, astenia, disfagia, linfadenopatías, y en ocasiones esplenomegalia. En la fase asintomática el paciente es contagioso sin tener síntomas ni signos durante meses -10 años o más. La siguiente fase es la linfadenopatía generalizada que se mantiene por 3 meses. La fase final SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA), aquí la paciente es susceptible a las infecciones oportunistas.	- determinación de CD4, que es la carga viral - para disminuir el contagio perinatal, ofrecer a todas las gestantes el tratamiento con zidobudina ZDV en tres partes: 1.- ZDV oral antes del parto: 100mg 5v/día, 200mg 3v/día o 300mg 2v/d, comenzando en la semana 14 y 34 y todo el embarazo. 2.- dosis intraparto inicial de ZDV 2mg/ kg IV en una hora, seguida de una perfusión de mantenimiento de 1mg/kg/h hasta finalizar el parto. 3.- Al neonato solución oral de ZDV 2mg/kg VO c/ 6h por 6 semanas.
PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)	La mayor parte son asintomático. - verrugas visibles son únicas o múltiples, de color rosado o rojas,	No hay tratamiento que erradique el PVH, Por lo tanto el objetivo es erradicar las lesiones

	sobreelevadas, o planas, grandes o pequeñas. - Agrupadas dan el aspecto de coliflor. - Las lesiones en las mucosas son de textura más blanda.	visibles y mejorar los signos y síntomas, un tratamiento consiste en. - acido tricloroacético o la crioterapia con nitrógeno líquido, tres veces por semana.
SIFILIS	PERIODO DE INCUBACION: 10- 90 días. Serología negativa. PRIMARIA: chancro indoloro, lesión ulcerada que no mejora con rapidez. 3-6 semanas. SECUNDARIA: exantema macupapular con llagas marronáceas, de tamaño de una moneda aparecen luego de 1 semana o 3 meses del chancro primario. Puede haber linfadenopatia, fiebre, dolor de garganta, alopecia, cefalea, pérdida de peso, dolores musculares y cansancio. SIFILIS LATENTE: asintomático. Las espiroquetas se esconden 5-20 años. La serologia es positiva, en algunos pacientes puede evolucionar a sífilis terciaria. TERCIARIA: nueva manifestación de la enfermedad, lentamente se afecta el corazón, los ojos, cerebro, sistema nervioso central en ocasiones hígado, huesos, piel.	En enfermedad menor a 1 año: penicilina benzatinica 2,4 millones IM dosis única. Mayor a 1 año: penicilina G benzatinica 2,4 millones IV en dosis semanales por 3 semanas hasta completar 7,2 millones. Si la paciente es alérgica hay que remitir a la paciente para pruebas cutáneas y realización de desensibilización a las penicilinas.

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

Definición.

Hemorragia obstétrica es la pérdida de sangre en cualquier momento del embarazo, parto y posparto.

Clasificación.

- Hemorragias de la Primera mitad del embarazo.
  - Aborto.
  - Embarazo Ectópico.
  - Mola Hidatiforme.
- Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo.
  - Placenta previa.
  - Desprendimiento Normo-placentario.
  - Ruptura uterina.
- Hemorragias durante el parto y el puerperio.
  - Retención de la placenta o de restos.
  - Atonía e hipotonía uterina.
  - Inversión uterina.
  - Desgarros del canal genital.

Medidas generales para el manejo de las hemorragias obstétricas.

1. Controlar signos vitales y colocar a la paciente en posición de trendelemburg.
2. Mantener las vías aéreas permeables.
3. Canalizar vía IV e instilar líquidos disponibles (Solución Salina al 0.9% ó Lactato de Ringer)

4. Evaluar la severidad del caso y en lo posible determinar la causa del sangrado.
5. De no tener la causa del sangrado o no tener la capacidad resolutiva en la unidad operativa transferir y acompañar a la paciente al nivel correspondiente de acuerdo al caso. (Nivel II o III)

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.

Definición. Son aquellas que se presentan antes de las 20 semanas de gestación.

AMENAZA DE ABORTO

DEFINICIÓN.- Debe entenderse a la presencia de metrorragias de intensidad ligera o discreta o contracciones uterinas más o menos dolorosas o ambos síntomas a la vez, sin cambios cervicales.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Contracciones uterinas. • Dolor en Hipogastrio leve. • Sangrado genital leve. • Útero poco sensible. • Cérvix cerrado.	1. Controlar signos vitales.* 2. Reposo absoluto. 3. No relaciones sexuales. 4. Referir al nivel II si persiste el sangrado y/o aumento el volumen del mismo. 5. Diclofenaco 75 mg IM stat o indometacina 100 mg vía rectal QD por 3 días 6. Tacto vaginal para valorar condiciones de cérvix ***	1. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 2. Comprobar la vitalidad: Ecografía obstétrica. *** 3. Si no hay vitalidad evacuación uterina. *** 4. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación 5. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a transferir al nivel III	1. Se recibirán las transferencias de los niveles anteriores. 2. Tratamiento especializado según el caso.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médic**

ABORTO.

Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, puede ser espontáneo o provocado.

Clasificación.

- Aborto en curso.
- Aborto Incompleto.
- Aborto completo.
- Aborto diferido.
- Aborto séptico

ABORTO EN CURSO

Definición.- presencia de hemorragias y/o contracciones uterinas intensas con alguno de estos signos:

- **Existencia de fragmentos placentarios en la vagina o parcialmente retenidos en el cuello uterino.**
- **Cuello uterino abierto (orificio cervical interno) con el polo inferior del huevo haciendo profusión a través de aquél.**
- **Metrorragia intensa, que amenace la vida de la paciente.**

Que hacer y como actuar.

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Contracciones uterinas. • Dolor en Hipogastrio moderado o intenso • Sangrado genital moderado o abundante. • Útero sensible al tacto. • Cérvix permeable. • Pérdida de Líquido Amniótico.	1. Controlar signos vitales.Y SANGRADO 2. Reposo absoluto. 3. Canalizar una vena de buen calibre (18) e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer).* 4. Referir al nivel II y acompañar a la paciente si persiste el sangrado y/o aumento el volumen del mismo.* HOJA DE TRANSFERENCIA 5. ESPECULOSCOPIA	1. Hospitalizar.*** 2. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 3. Comprobar la vitalidad fetal: Ecografía obstétrica. *** 4. Si no hay vitalidad evacuación uterina. *** 5. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación 6. Control Poslegrado. **,*** 7. Orientación en salud reproductiva. 8. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a transferir al nivel III. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA 9. ANTIBIOTICOTERAPIA SI AMERITA	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 3. Tratamiento especializado de las complicaciones 4. Orientación en salud reproductiva.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

ABORTO INCOMPLETO

Definición.- Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada, el cérvix permanece dilatado y la hemorragia es profusa y persistente.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Contracciones uterinas. • Dolor en Hipogastrio moderado o intenso • Sangrado genital moderado o abundante. • Expulsión de restos • Pérdida de Líquido Amniótico. • Útero sensible al tacto. • Cérvix abierto. • Signos de Pre-shock ++o shock.+++	1. Controlar signos vitales.* Y SANGRADO 2. Colocar a la paciente en posición de Trendelemburg.* 3. Canalizar una vena de buen calibre e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer).* 4. Analgesia farmacológica de ser necesario. 5. Referir al nivel II y acompañar a la paciente si persiste el sangrado y/o aumento el volumen del mismo.*	1. Hospitalizar. *** 2. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 3. Valoración ecosonográica. *** 4. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación 5. Evacuación uterina. *** 6. Control Poslegrado. **,*** 7. Orientación en salud reproductiva. 8. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Tratamiento especializado de las complicacione s. 3. Orientación en salud reproductiva.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**
++ Pre-shock: Intranquilidad, piel fría y pálida, sudoración fría, taquicardia, taquipnea, pulso filiforme, adinamia.
+++ Shock: Obnubilación, dificultad respiratoria, Hipotensión marcada, disminución de la diuresis < a 25 ml/hora.

ABORTO COMPLETO

Definición.- El huevo o embrión es expulsado espontánea y completamente del útero. Desaparecen las contracciones uterinas, cesa casi por entero la hemorragia y el útero recupera su consistencia.

Recuerde:

Todo aborto completo debe ser tratado como incompleto hasta que se demuestre lo contrario.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Contracciones uterinas esporádicas • Dolor en Hipogastrio leve o ausente. • Sangrado genital escaso o nulo. • Expulsión de restos • Útero poco sensible al tacto. • Cérvix abierto. • Estado general afectado de acuerdo a la intensidad del sangrado.	1. Controlar signos vitales.* 2. Canalizar una vena de buen calibre (18) e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer).* 3. Referir al nivel II para evaluar y establecer diagnóstico definitivo*	1. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 2. Valoración ecosonográica para determinar vaciamiento completo del útero. *** 3. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación 4. Evacuación uterina. Si el caso lo amerita *** 5. Indicación de alta. 6. Orientación en salud reproductiva. 7. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Tratamiento especializado de las complicacione s. 3. Orientación en salud reproductiva.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

ABORTO DIFERIDO

Definición.- Recibe este nombre al cuadro en el que muerto el producto de la concepción in útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. Sin contracciones uterinas ni dilatación cervical.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Ausencia de dolor en hipogastrio y sangrado genital. • Tamaño uterino menor que el tiempo de amenorrea. • Cérvix cerrado. • Estado general: desaparición de los síntomas y	1. Controlar signos vitales.* 2. Referir al nivel II y acompañar a la paciente si persiste el sangrado y/o aumento el volumen del mismo.*	1. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 2. Valoración ecosonográica para confirmar diagnóstico. *** 3. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO.	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Tratamiento especializado de las complicacione s. 3. Orientación en salud reproductiva.

signos de embarazo.		- Química sanguínea. - Tipificación 4. Evacuación uterina por legrado instrumental, AMEU o inducto-conducción *** 5. Control Poslegrado. **,*** 6. Orientación en salud reproductiva. 7. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**
AMEU: Aspiración Manual endouterina.

ABORTO SEPTICO

Definición.- Cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocérvix, vagina y vulva) o por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Dolor en Hipogastrio y/o abdominal difuso. • Sangrado genital variable. • Expulsión de restos de mal olor y/o líquido hemopurulento. • Fiebre. • Útero blando, sensible, doloroso. • Cérvix con huellas de maniobras, en ciertos casos. • Estado general grave, o en shock.	1. Controlar signos vitales.* 2. Historia clínica buscar antecedentes de maniobras abortivas.* 3. Canalizar una vena con bránula nº 18 e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer a 40 gts x´).* 4. Antibiótico terapia:*** - Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 80mg IM o IV c/8h + Metronidazol 500 mg c/8h via rectal o IV. 5. Referir al nivel II y acompañar a la paciente en forma	1. Hospitalizar. *** 2. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 3. Valoración ecosonográfica para confirmar diagnóstico. *** 4. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea.(urea y creatinina) - Tipificación. - Electrolitos. - Hemocultivo y antibiograma. - Cultivo endocervical y antibiograma. 5. Antibiótico terapia:*** - Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 80mg IM o IV c/8h + Metronidazol 500 mg c/8h via rectal o IV. 6. Evacuación uterina	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Tratamiento especializado de las complicaciones. 3. Orientación en salud reproductiva.

	inmediata.*	instrumental manteniendo infusión de oxitocina *** 7. Control de diuresis horaria. ** 8. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	

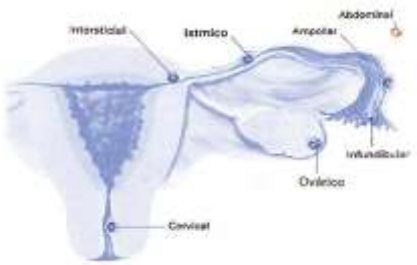
*** Todo el personal médico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

EMBARAZO ECTOPICO.

Definición.- Consiste en la implantación del huevo o cigoto fuera de la cavidad uterina.

Clasificación:

- Tubárico. (90 al 95%.)
- Intersticial o intramural (2.4%)
- Istmica. (20 al 25%)
- Ampollar. (75%)
- Infundibular. (17%)
- Ovárico. (5%)
- Abdominal. (2.5%)
- Intersticial.
- Cervical.



Diagnóstico.

- Historia clínica: Paciente con prueba de embarazo positiva, con factores de riego (EPI, DIU, cirugías pélvicas previas)
- Dolor pélvico difuso o localizado, de intensidad variable.
- Amenorrea superior a 12 sem. o algún tipo de sangrado anormal.
- Alza térmica moderada y taquicardia leve.
- Hipotensión severa por ruptura de la trompa (10 – 90%)
- Dolor a la palpación abdominal en fosas iliacas, continúo, puede palparse un tumor.
- Cuello uterino reblandecido y cerrado.
- Fondo de saco de Douglas doloroso y tenso.
- Cuantificar la Gonadotropina Coriónica humana fracción beta más de 1000 mU/ml.
- Ultrasonido transvaginal de útero y anexos para confirmar si el embrazo es o no intraútero. Presencia de saco gestacional parauterino y colección líquida en el fondo de saco de Douglas.
- Culdocentesis. Punción en el fondo de saco posterior para identificar hemorragia intraperitoneal con sangra que no coagule confirma el diagnóstico. Positiva 70 a 90% de los embarazos ectópicos.
- Laparoscopia diagnóstica.

Tratamiento.
El manejo del embarazo ectópico no accidentado como el accidentado es netamente quirúrgico se debe realizar Laparotomía Exploratoria, con salpingostomia o

Salpinguectomía parcial o total, cistectomía ovárica u Ooforectomía. Histerectomía en el caso del embarazo ectópico cervical.

EMBARAZO ECTOPICO NO ACCIDENTADO

Definición.- Consiste en la integridad del embarazo extrauterino, sin rotura del mismo.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Dolor en Hipogastrio leve o intenso. • Sangrado escaso y persistente. • Masa anexial detectada al tacto.(no siempre existe al momento del examen) • Estado general: Bueno. • Útero reblandecido y ligeramente aumentado de tamaño, pero no corresponde con las semanas de amenorrea.	1. Controlar signos vitales.* 2. Canalizar una vena de buen calibre e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer).* 3. Referir al nivel II para evaluar y establecer diagnóstico definitivo*	1. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 2. Valoración ecosonográfica transvaginal para confirmar el diagnóstico. *** 3. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - B-HCG cuantitativa - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación 4. Cirugía inmediata. 5. Indicación de alta. 6. Orientación en salud reproductiva. 7. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Laparoscopia o Laparotomía. 3. Tratamiento especializado de las complicaciones . 4. Orientación en salud reproductiva.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico.**

EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO

Definición.- Consiste el la rotura de las estructuras donde esta implantado el embarazo (trompas de Falopio con mayor frecuencia) acompañada de hemorragia intensa y Shock.

Que hacer y como actuar:

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Amenorrea. • Dolor en Hipogastrio intenso y/o	1. N.P.O.* 2. Controlar signos vitales.* 3. Identificar signos	1. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 2. Valoración	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II.

abdomen agudo. • Sangrado genital escaso y persistente. • Útero no permite palpación por dolor. • Cérvix sensible a la movilización. • Abombamiento del fondo de saco vaginal posterior. • Estado general afectado de acuerdo a la intensidad del sangrado intra-abdominal. Signos de Pre-shock o Shock.	de Pre-schok o Shock* CARACTERISTICAS 4. Canalizar una vena de buen calibre e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer).* 5. Referir al nivel II para evaluar y establecer diagnóstico definitivo*	ecosonográfica abdominal para confirmar el diagnóstico. *** 3. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea. - Tipificación - Pruebas cruzadas. 4. Culdocentesis. *** 5. Cirugía inmediata. Laparotomía exploratoria. 6. Orientación en salud reproductiva. 7. De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento o haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	2. Laparotomía Exploratoria. 3. Tratamiento especializado de las complicaciones. 4. Orientación en salud reproductiva.

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

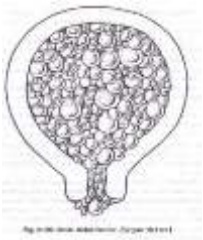
Recuerde:

Una vez establecido el diagnóstico, por la gravedad del problema, se debe realizar el tratamiento clínico quirúrgico en una unidad de salud de ser posible de Nivel III

La transferencia adecuada y oportuna salvará la vida de la paciente.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

CONCEPTO.- Es una degeneración neoplásica del trofoblasto que puede adoptar tres formas clínicas:



- La mola vesicular o hidatidiforme
- Mola invasiva
- Coriocarcinoma

SINTOMAS Y SIGNOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
- Amenorrea - Sangrado genital que	1.-Tomar signos vitales* 2.-Canalizar	1.-Hospitalizar 2.-Continuar con medidas iniciadas	1.-Aplicar las medidas establecidas

puede variar desde un pequeño sangrado hasta una abundante hemorragia - El crecimiento del útero suele ser más rápido que lo habitual; no concuerda el tamaño uterino con la edad gestacional - Pueden aparecer náuseas y vómitos significativos - Ausencia de actividad cardiaca y movimientos fetales - Es posible la preeclampsia de aparición precoz - En ocasiones la **palpación de quistes de ovario** - **A´POYO PSICOLOGICO E INDICAR EN QUE TIEMPO EMBARAZO**	una vena de buen calibre y administrar solución endovenosa calibrando el goteo según el caso* 3.-Referir de forma inmediata al nivel II*	en el nivel I 3.-Exámenes de laboratorio: (Biometría hemática, Tipificación, Función renal y hepática, plaquetas, TP, TPT, HIV , VDRL, HCG- B cuantitativa)*** 4.-Ecosonografía (ausencia de feto y presencia de vesículas, en ovarios presencia de quistes teca luteínicos) 5.-Rx estándar de tórax y ecografía hepática (metástasis). 6.-TAC o RM (cuando se sospecha de enf. extrauterina) 7.-Evacuación de cavidad uterina (aspiración) con goteo de oxitocina 8.-Enviar muestra a histopatología*** 9.-Transfusión sanguínea si amerita*** 10.-Controles ecográficos y de valores de HCG postevacuación periódicos 11.-Repetir el legrado si el eco sugiere tejido endometrial o si valores de HCG permanecen iguales o se han elevado. *** 12.-Referir a nivel III si existen complicaciones o signos de mal pronóstico.	en el nivel II 2.-Referir a la paciente al servicio de Oncología en caso de presentar factores de mal pronóstico

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

PLACENTA PREVIA

Es la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, pudiendo llegar a anteponerse totalmente a la presentación fetal. GRAFICOS DESPUES DE CADA CONCEPTO Y ORGANIZARLOS

Clasificación:

- PLACENTA PREVIA TOTAL (completa) .- La placenta cubre el orificio cervical interno totalmente.

- PLACENTA PREVIA PARCIAL.- La placenta cubre parte del orificio cervical interno.

- PLACENTA PREVIA MARGINAL.- El borde placentario llega justamente al orificio cervical interno

- PLACENTA PREVIA LATERAL.- El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, pero no llega hasta el orificio cervical interno

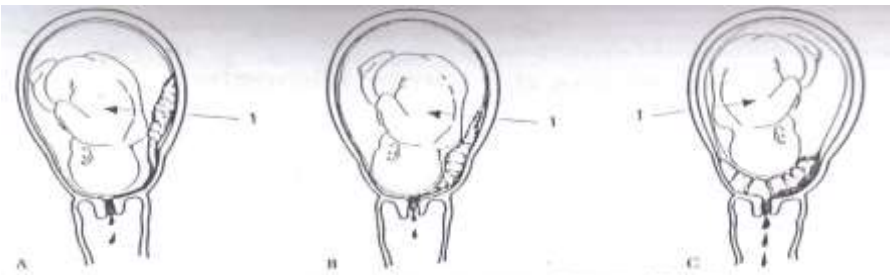


Fig. 5-1. Diferentes tipos de placenta previa. A) Lateral. B) Marginal. C) Central.

SINTOMAS Y SIGNOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
- Lo más característico es la aparición se sangrado genital sin dolor - En la cuarta parte de las pacientes se evidencia signos de inicio de parto - Suele asociarse con distocia de presentación fetal - Estado general variable de acuerdo con al volumen del sangrado puede haber pre shock o shock	1.- Tomar signos vitales* 2.- Identificar signos de pre shock o shock* 3.- Evaluación de la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal*** 4.-Canalizar una vena con catlon de buen calibre y administrar soluciones (Solución Salina o Lactato de Ringer) calibrando el calibre según el caso.* 5.- No realizar tactos vaginales 6.- Referir en forma inmediata con su acompañante al Nivel II o III*	1.-Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I 2.- Evaluar y controlar estrictamente la gestante y al feto*** 3.- En caso de sangrado moderado o grave: Evaluar la edad gestacional, la vitalidad fetal, la magnitud del sangrado y la localización de la placenta 4.- Realizar exámenes de laboratorio(Biometría Hemática, Grupo y factor Rh, pruebas cruzadas , TP.TPT, Fibrinógeno, VDRL, EMO 5.- Vigilar signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada:	1.- Aplicar las medidas definidas para el nivel II 2.- Manejo de las complicaciones

		petequias, encías sangrantes, epistaxis*. 6.-No realizar tactos vaginales , si es necesario hacerlo en sala de operaciones 7.- Realizar ecosonografía obstétrica (siempre que no represente demora en el manejo del sangrado) 8.-Reponer líquidos, sangre y/o sucedáneos de acuerdo a los requerimientos *** 9.- Colocar oxígeno con máscara si es necesario* 10.-Manejo de la paciente de acuerdo al tipo de sangrado , edad gestacional y capacidad resolutiva de la unidad*** 11.- Pase a la paciente a cirugía o refiera inmediatamente a cesárea 12.- Referir al nivel III en caso de haber complicaciones que no se puedan resolver en este nivel	

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

DESPRENDIMIENTO NORMO PLACENTARIO (DNP)

Es la separación de la placenta desde su área de inserción antes del tercer periodo del parto

CLASIFICACIÓN:

GRADO O.- Clínicamente no existen síntomas y el diagnóstico no se establece hasta examinar la placenta.
GRADO 1.- (desprendimiento ligero). El desprendimiento es menor al 11 % ,Los síntomas que consisten en sangrado y la hipertonía es de mínimo a moderado.

GRADO 2.- (desprendimiento mediano).El desprendimiento es menor al 50% Además de la hipertonía importante y dolorosa, con frecuencia se acompaña de sangrado abundante. Existen signos de grave alteración fetal e incluso puede coexistir con muerte fetal.

GRADO 3.- (desprendimiento grave). El desprendimiento es mayor al 50% Hemorragia interna o externa muy importante, con shock materno, tetania uterina y con frecuencia alteraciones de la coagulación materna

QUE HACER Y COMO ACTUAR

SINTOMAS Y SIGNOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
- El dolor puede ser variable en cuanto a la intensidad, aunque en ocasiones suele ser muy intenso y de inicio brusco. El algunos casos el dolor se agrava llegando incluso a no desaparecer - Se acompaña el cuadro de anomalías de la contractibilidad uterina, en casos más extremos se produce una contractura persistente - Sangrado genital puede variar de escaso a abundante apareciendo signos propios de la anemia y el shock - Estado fetal : taquicardia, bradicardia o muerte según el grado de desprendimiento	1.- Tomar signos vitales* 2.- Identificar signos de pre shock y shock* 3.- Evaluar la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal*** 4.-Canalizar una vena de buen calibre y administrar solución IV (solución Salina o Lactato de Ringer) calibrando el goteo según los requerimientos* 5.- Colocar oxígeno con máscara en caso necesario* 6.- Si el caso es grave colocar a la paciente en la camilla en posición de Trendelemburg* 7.- Referir de inmediato con acompañante al nivel II*	1.- Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I 2.- Evaluar y controlar estrictamente a la gestante y al feto *** 3.- Realizar ecografía obstétrica 4.- Realizar exámenes de laboratorio(Biometría Hemática, Grupo y factor Rh, pruebas cruzadas , TP.TPT, Fibrinógeno, VDRL, EMO 5.- Vigilar signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada petequias ,encías sangrantes, epistaxis* 6.- Reponer líquidos, sangre y/o sucedáneos de acuerdo a los requerimientos*** 7.- Interrumpir el embarazo - Vía vaginal si el parto es inminente y hay buen estado materno - Cesárea – histerectomía cuando no es posible controlar la hipotonía uterina*** 8.- Referir de inmediato a nivel III en caso de que no se pueda resolver en éste nivel o cuando se presenten complicaciones	1.- Aplicación de medidas semejantes al nivel II 2,- Manejo del caso y de sus complicaciones

*** Todo el personal medico.**
**** Enfermera.**
***** Médico**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO

	DOLOR	UTERO (tono)	CARACTERISTICAS DE LA HEMORRAGIA	FETO	EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA
DESPRENDIMIENTO NORMOPLACENTARIO	SI	Generalmente elevado a veces aumento brusco de la altura uterina	- Escasa - Unica -Oscura - Con coágulos	Habitualmente muerto	Inserción normal de la placenta, hematoma retroplacentario
PLACENTA PREVIA	NO	Normal	- Abundante - Reiterativa - Rutilante - Sin coágulos	Generalmente vivo	Inserción baja de la placenta

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se define como la rotura del saco amniótico que rodea al feto antes del inicio del trabajo del parto.

FACTORES QUE AUMENTAN SU INCIDENCIA.

- Aumento de la presión intraamniotica (embarazos múltiples, hidramnios).
- Infecciones vaginales
- Placenta previa
- Traumatismos
- Exceso de trabajo y coito (en algunos casos ej. Incompetencia cervical)
- Bajo nivel socioeconómico
- Adolescentes sexualmente promiscuas
- Disminución de los niveles plasmáticos de zinc, cobre, vitamina C, vitamina E,
- Mujeres fumadoras.

PARA RECORDAR

LA ROTURA DE LAS MEMBRANAS PREDISPONE A INFECCIONES DE LA EMBARAZADA Y EL FETO

SINTOMAS Y SIGNOS:

- Expulsión brusca de líquido por la vagina
- Sensación de humedad en los genitales
- La pérdida de líquido puede ser: claro, verdoso, olor característico (a cloro)

- En caso de infección: fiebre, taquicardia, agitación, hipersensibilidad uterina.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.- Averiguar el tiempo de rotura: más de 12 horas riesgo de infección* 2.- tomar signos vitales* 3.- examen obstétrico *** 4.- examen ginecológico con especulo para verificar salida de líquido. *** 5.- realizar por lo menos un tacto vaginal para verificar dilatación de cuello. * 6.- en gestación a término y con trabajo de parto atender el parto. * 7.- si la rotura es > a 12 horas iniciar tratamiento con eritromicina 500mg / 6h. *** 8.- si hay síntomas de infección: canalizar vía con solucion disponible y administrar ampicilina 2g IV cada 6h+ Gentamicina 5 mg / Kg de peso corporal IV c/ 24 h* 9.- Si hay trabajo de parto y la gestación es menor a 37 semanas administrar penicilina G sódica 5000.000 IV y después 2.5 millones de unidades cada 4 horas hasta el momento del parto ** 9.- Transferir a paciente con hoja de transferencia	1.- HOSPITALIZAR *** 2.- continuar con las medidas del nivel I. 3.- Colocar espéculo vaginal y tomar muestra para cristalografia. *** 4.- ECO, para verificar disminución de líquido *** 5.- laboratorio: BH, sedimentación, PCR, VDRL, EMO. *** 6.- si hay labor de parto y no hay síntomas de infección atender el parto. *** 7.- en embarazos > 34 semanas y no hay labor de parto inducto-conducción (dextrosa en agua 5% mas 1 ampolla de oxitocina iniciar a 8 gota/ min. Aumentar a dosis respuesta hasta que las contracciones se presenten cada 5 min. Si el cuello uterino tiene un BISHOP bajo, usar misoprostol 50 mcg sublingual y controlar labor de parto. *** 8.- Si el embarazo es < a 34 sem iniciar maduración pulmonar. *** 9.- no realizar tactos vaginales innecesarios. 10.- transferir al nivel III, en caso de infección o embarazo pretérmino.	1.- HOSPITALIZAR. 2.- continuar las medidas del nivel II. 3.- Atender complicaciones.

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

OBITO FETAL

Se refiere a la muerte del feto dentro del útero después de las 20 semanas.

CAUSAS:

Las causas son múltiples, pueden ser de origen ambiental, materno, ovular, o fetal, y en parte desconocidas. Durante el embarazo el feto puede morir por:

a. **Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero placentaria**: (hipertensión, cardiopatías maternas, taquicardias paroxísticas graves, hipotensión materna por anemia aguda o de otra causa .
b. **Reducción o supresión del aporte de oxigeno al feto:** infartos y calcificaciones de la placenta, hematomas retroplacentarios y placenta previa, circulares de cordón, nudos de cordón, procidencias o prolapsos de cordón, eritroblastosis fetal por isoinmunización RH, anemia materna crónica.
c. **Aporte calórico insuficiente:** por desnutrición materna grave.
d. **Desequilibrio del metabolismo de los glúsidos y acidosis:** por diabetes materna grave o descompensada.
e. **Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis:** virosis graves y las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, de la placenta y del feto.
f. **Intoxicaciones maternas:** ingesta accidental de mercurio, plomo, benzol, DDT,
g. **Traumatismos:** pueden ser directos al feto o indirectos,, a través de la madre.
h. **Malformaciones congénitas:** las incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal. (cardíacas, y del encéfalo).
i. **Alteraciones de la hemodinámica fetal:** como puede ser en los gemelos univitelinos. (feto trasfusor)
j. **Causas desconocidas:** antecedente de la madre de otros óbitos,

SINTOMAS Y SIGNOS

- Ausencia de movimientos fetales
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal
- Líquido sanguinolento fétido.
- Signos de infección
- Puede haber signos de coagulación intravascular diseminada en una paciente que tiene el feto muerto varias semanas.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II.	NIVEL III
1.- Tomar signos vitales * 2.- examen obstétrico *** 3.- tomar la frecuencia cardiaca fetal (fonetoscopio, doppler) **** 4.- si confirma el diagnóstico hay que terminar el embarazo.	1.- HOSPITALIZAR 2.- Continuar con las medidas del nivel I. 3.- Laboratorio: BH, TP, TPT, EMO.*** 4.- Evaluar las condiciones del cuello para INDUCCION CON PROSTAGLANDINAS: ½	1.- Hospitalizar 2.- Continuar con las medidas del nivel II. 3.- Atender complicaciones.

5.- canalizar vía con lo que disponga * 6.- valorar las condiciones obstétricas para el parto (pelvis, posición fetal) *** 7.- valoración de alteraciones de la coagulación e infección (BH, TP, TPT). *** 8.- Si no hay contraindicación para el parto vaginal realizar: maduración de cuello con prostaglandinas (misoprostol de acuerdo a las dosis antes mencionadas) o usar oxitocina 10 UI diluidas en 1000cc de dextrosa en agua al 5% a 8 gotas por minuto. *** 9.-.- antibioticoterapia ; ampicilina 1g IV cada 6 horas 10.- Planif. Familiar. 11.- Apoyo psicológico. 12.- Luego del parto hay que realizar revisión de cavidad si no cuenta con lo necesario para esto refiera a la paciente al nivel II o III.***	tab. Misoprostol en fondo de saco vaginal o sublingual, cada 4h hasta 3 o 4 dosis. Si hay cambios en el cuello seguir con oxitocina. *** 5.- En caso de haber complicaciones referir nivel III.	

*** Todo el personal médico**
**** Enfermera**
***** Médico**

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La enfermedad hipertensiva del embarazo se conoce como toxemia del embarazo, se refiere a un síndrome con manifestaciones clínicas generalmente después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en el post parto hasta 24h después, y se caracteriza por hipertensión, proteinuiría y edema.

CLASIFICACION:

TIPO	DESCRIPCION
HIPERTENSION GESTACIONAL	Hipertensión gestacional, desarrollo de hipertensión ligera durante el embarazo en una paciente previamente normo tensa sin proteinuria o edema patológico. EXPLICAR TERMINO LIGERA
PRECLAMSIA	Desarrollo de hipertensión y proteinuria en una paciente previamente normo tensa tras las 20 semanas de gestación, o al principio del periodo post parto, si hay enfermedad trofoblastica puede haber antes de las 20 semanas.
ECLAMSIA	Desarrollo de convulsiones en paciente con preclamsia
HIPERTENSION CRONICA	Hipertensión antes de la gestación o presión arterial > 140/90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación en dos tomas con 6 h de intervalo.
PRECLAMSIA SOBRE UNA HIPERTENSION CRONICA	Desarrollo de preclamsia o eclampsia en una paciente con hipertensión crónica

ESTADIOS DE LA HIPERTENSION

ESTADIO	LECTURA DE LA PRESION ARTERIAL
ESTADIO I	**Sistólica 140- 159 / diastólica 90-99 mmHg.**
ESTADIO II	**160- 179/ 100-109 mmHg.**
ESTADIO III	**> 180/ > 110 mmHg.**

PARA RECORDAR

Si una embarazada evidencia un incremento de TA sistólica de 30 mmHg y TA diastólica de 15 mmHg, tiene alto riesgo de sufrir preeclampsia o eclampsia.

FACTORES DE RIESGO

1.- Es más frecuente en embarazadas menores de 21 años y mayores de 35 años.
2.- Nuliparidad. Mujeres que no han tenido ningún parto.
3.- Embarazo múltiple
4.- Tendencia familiar
5.- Antecedente de preclamsia- eclampsia en embarazos previos
6.- hipertensión arterial previa.
7.- Antecedentes de diabetes, enfermedad renal, obesidad.
8.- Antecedentes de embarazo molar.

DIAGNOSTICO

La hipertensión se diagnostica si existe una de las siguientes circunstancias:

- presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior
- presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior
- presión arterial media de 105 o superior o aumento de la PAM de 20 o más.

Como sacar la presión arterial media:

$$PAM = \frac{\text{Sistólica (diastólica x2)}}{3}$$

QUE HACER Y COMO ACTUAR DUANTE EL CONTROL PRENATAL DE UNA PACIENTE CON PRECLAMSIA O RIESGO DE LA MISMA.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE:

- DIETA. Hiperprotéica, con una ingesta adicional de 11 a 30 g diarios de proteínas. CUADRO DE DIETA

- No restricción de sodio en la dieta. Solo en casos de embarazos con hipertensión crónica.

- Ingerir 2 gramos diarios de calcio a partir de las 24 semanas.

PREVENCION FARMACOLOGICA:

- No usar diuréticos, salvo en casos de insuficiencia cardiaca o renal graves.

- Antioxidantes (zinc, magnesio, vitamina E, betacaroteno).

- Suplementos de calcio 1-2 gramos diarios de calcio elemental.

- Dosis bajas de aspirina 65mg- 150mg cada día a partir de la 12 semana y suspender A LAS 35 SEMANAS por riesgo de hemorragia pre y post-parto.

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Es la presencia de contracciones uterinas con una intensidad y frecuencia que pueden conducir a modificaciones del cuello uterino (cuello dilatado 2.4cm o más) y al parto entre las 21 y 37 semanas de gestación y peso menor a 2500 gr.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

Síntomas y signos	Nivel I	Nivel II	Nivel III
• Presencia de contracciones con una duración de 30 segundos y una frecuencia de una cada diez minutos o más. • Eliminación del tapón mucoso. • Con o sin modificaciones cervicales (dilatación y borramiento) • Paciente intranquila, angustiada.	1. Controlar signos vitales.* 2. Historia clínica * 3. Descartar factores predisponentes como rotura de membranas, infección, embarazo múltiple, etc.*** 4. Canalizar una vena de buen calibre e instilar líquidos endovenosos (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer a 40 gts x´).* 5. Considerar uso de tocolisis como se indica en el nivel II. 6. Referir al nivel III y acompañar a la paciente en forma inmediata, si el embarazo es menor de 34 sem.*	1. Hospitalizar. *** 2. Continuar con las medidas iniciadas en el nivel I. 3. Valoración ecosonográfica para confirmar diagnóstico. *** 4. Exámenes de laboratorio:*** - Biometría hemática. - TP, TTP, Plaquetas. - VDRL, VIH, EMO. - Química sanguínea.(urea y creatinina) - Tipificación. 5. Reposo absoluto.* 6. Evaluar condiciones del cuello para decidir tocolisis. *** - Si la dilatación cervical es menor a 5cm indicar tocolisis. - Fenoterol (Berotec) 2 ampollas en 500ml de Dextrosa en Agua IV iniciar a 5gts por minuto y regular de acuerdo a respuesta hasta llegar a 30 gts como máximo. - Materna que no supere los 120 latidos por minuto. - Nifedipina 20 mg PO STAT y luego 10 mg PO c/4 -8h. - Sulfato de Magnesio 4 gr IV diluidos en 200 cc de S.Salina 0.9% en 10 a 20 minutos y luego 5 ampolla diluidos en 1000 cc de S. Salina al 0.9% y pasar a 33 gts por minuto. ESPECIFICAR USOS	1. Continuar con las medidas aplicadas en el nivel II. 2. Tratamiento especializado de las complicaciones. 3. Orientación en salud reproductiva.

		- Valorar reflejo patelar, frecuencia respitaroria, diuresis. - Se recomienda realizar maduración pulmonar con: - Betametasona 12 mg IM c/24 h por dos dosis. - Dexametasona 6 mg IM c/12h por 4 dosis - En embarazos menores de 32 sem. Se útero- inhibirá con - Indometacina 1 supositorio (100mg) c/8 o 12 horas 7. En caso de haber complicaciones proceder a transferir al nivel III.	

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

Recuerde:

El tratamiento no debe dejarse de administrar, aunque el nacimiento sea inminente.

El mejor transporte del neonato es el vientre de su madre.

EMBARAZO POSTERMINO

Es aquel que sobrepasa el límite de 293 días o 41 semanas 6 días, desde el comienzo del último ciclo menstrual regular. La mortalidad perinatal aumenta en relación directa con la prolongación de la gestación. Puede haber oligoamnios y meconio

El diagnóstico se facilita si coincide el cálculo por la fecha menstrual con el de ecografía.

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II
1.- Tomar signos vitales* 2.- Examen clínico general*** 3.- Confirme la fecha de la última menstruación para confirmar la Edad Gestacional*. 4.-Examen Obstétrico: - Determinar edad gestacional y actividad uterina*** - Situación , posición y presentación fetales*** - Auscultar FCF*** 5.- Solicitar Ecografía y de	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar con las medidas del nivel I 3.- Realizar exámenes de laboratorio: (BH, plaquetas, Grupo y factor Rh, Glucosa, urea, creatinina, acido úrico, HIV, VDRL). 4.- Eco Obstétrico(determinación de EG, Peso fetal, Índice de líquido amniótico (ILA) Madurez placentaria	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar medidas de nivel II 3.- Atender complicaciones***

ser posible perfil biofísico. Si el perfil biofísico es menor a 6 transferir a nivel II para terminar la gestación inmediatamente. Si el perfil biofísico es mayor a 6 proceder a transferir a nivel II para realizar una prueba estresante.*** 6.- Referir de inmediato al nivel II acompañada de personal calificado	)Perfil Biofísico 5.-Evaluar estrictamente la evolución clínica*** 6.- Monitoreo fetal continuo***. 7.-Si la prueba no estresante es no reactiva se debe proceder a una prueba estresante con oxitocina*** 8.-Inducción de la labor de parto si las condiciones obstétricas y fetales son adecuadas*** 8.-Si existe indicación(sufrimiento fetal , distocias de presentación, macrosomía, desproporción feto pélvica) planificar la Cesárea*** 9.- En caso de complicaciones referir a nivel III	

*** Todo el personal de salud**
**** Enfermera**
*****Médico**

PERFIL BIOFÍSICO FETAL

Definición.- Es una evaluación del bienestar fetal a través de la ultrasonografia

Se basa en la evaluación de cinco parámetros biofísicos:

a) Respiración fetal.
b) Movimientos corporales.
c) Tono fetal.
d) Reactividad cardiaca.
e) Cantidad de líquido amniótico.
f) Grados placentarios.

Tratamiento basado en el Perfil Biofísico		
PUNTUACIÓN	**INTERPRETACIÓN**	**TRATAMIENTO**
10	Niño normal, bajo riesgo de asfixia	Repetir la prueba semanalmente.
8	Niño normal, bajo riesgo de asfixia	Repetir la prueba semanalmente.
6	Sospecha de asfixia crónica.	Si las condiciones obstétricas son favorables inducción del parto

4	Sospecha de asfixia crónica.	Si las condiciones obstétricas son favorables inducción del parto
0-2	Fuerte sospecha de asfixia crónica	Prolongar el tiempo de la prueba hasta 120 mints. Si la puntuación sigue menor a 4 terminar el embarazo de manera inmediata.

EL PARTO NORMAL

GUIA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL O EUTOCICO

EVALUACIÓN PREPARTO

Determinar si la paciente se encuentra en verdadero o falso trabajo de parto.

FALSO TRABAJO DE PARTO.

Caracterizado por:

- Contracciones uterinas irregulares y breves.
- Dolor dorsal abdominal leve sin progreso de la presentación
- No hay modificaciones cervicales.
- Feto no desciende.

VERDADERO TRABAJO DE PARTO.

Se caracteriza por:

- Contracciones uterinas regulares, frecuentes, intensas (1 a 3 c/10 min.)CARACTERISTICAS DE LAS CONTRACCIONES
- Cambios cervicales (dilatación y borramiento)
- Expulsión del tapón mucoso cervical (opcional).
- Descenso fetal.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE LABOR DE PARTO

- Paridad.
- Condiciones favorables del cérvix.
- Madurez fetal.
- Estado general de la paciente.
- Condición feto placentaria.
- Estado emocional de la paciente.
- Presentación y posición fetal.
- Estado de integridad de la membranas.
- Intensidad de las contracciones es mayor cuando la paciente se encuentra en posición vertical.
- Factores socio culturales (pudor, baño, trato, respeto, leguaje)

PERIODOS DEL PARTO

El parto comprende tres periodos:

- Periodo de Dilatación.
- Periodo Expulsivo.
- Periodo de Alumbramiento.

Las actividades que se realizaran para valorar los deferentes periodos del parto se registrarán en el formulario correspondiente de Control de Labor y Parto.

Periodo de dilatación.

Comienza con en inicio de la dilatación del cuello hasta 10 cm. La duración de este periodo en las nulíparas es de 9 a 12 horas y en las multíparas de 6 a 8 horas.

Actividades que se deben cumplir:

- Toma y registro de signos vitales.
- Anamnesis.
- Examen físico: aspecto general y evaluación de labor de parto.
- Apoyo psicológico a la gestante y familiares.

Actividades durante el control de labor de parto.

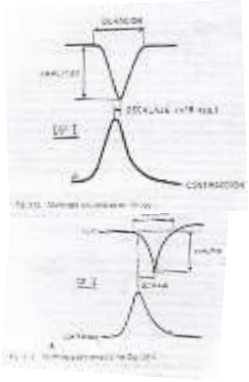
1. Evaluación de las contracciones uterinas.

Por palpación abdominal se determinará y registrará cada 30 minutos.

- Intervalo: Se considera normal entre 2 a 4 contracciones en diez minutos.
- Duración: 25 a 50 segundos de duración se considera normal.
- Intensidad : valorar subjetivamente en cruces sobre 4

2. Evaluación de la frecuencia cardiaca fetal

- Identificar cual es la frecuencia cardiaca 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.
  Existen caídas de la frecuencia fetal durante el trabajo de parto, se les denomina DIPs (desaceleraciones).



- DIP I: cuando son sincrónicas con la contracción. Bradicardia (compresión de la cabeza fetal)

- DIP II: cuando se producen tardíamente después de la contracción. Considerarlo signo de sufrimiento fetal. (compresión de las arterias de la circulación útero placentaria.

- DIP Variable: de duración, amplitud y momento de comienzo de variable.

CUADRO DE ESPECIFICACIONES

3. Tacto vaginal (examen pélvico)

- Evalúa la dilatación cervical, altura de la presentación, variedad de presentación y características de la pelvis.
- En caso de no estar capacitado para evaluar las características del cérvix, mantenga el control de los latidos fetales y espere el tiempo prudencial.

A través de las maniobras de Leopold, asegúrese que esta en presentación cefálica y que la cabeza este encajada. Si existe alguna duda sobre la presentación y no hay sangrado vaginal, es preferible realizar un tacto vaginal para palpar si la presentación es cefálica y si esta flotante, si no es cefálica y esta flotante, transferir inmediatamente al nivel de atención II o III.

- Valora también el estado de las membranas amnióticas.

- Posición del cuello uterino (central, posterior o anterior), el borramiento, consistencia y dilatación.

4. Graficar el Partograma.

Manejar según las curvas de alerta del partograma. Se propone el uso de Partograma del CLAP (Fig. 1). De no estar capacitado para evaluar las características del cérvix, es preferible no realizar el examen y solo continué realizando los pasos 1 y 2; espere que cumpla 12 horas de trabajo de parto. Si al término de 12 horas no se ha producido el parto, transferir a la parturienta al nivel II o III de atención.

Ya hace tiempo que Friedman diferenció al comienzo del parto una fase de latencia, en la que las contracciones son escasas y las modificaciones del cuello y su dilatación van produciéndose lentamente.

Este período puede ser variable: es más corto en las multíparas (en las que puede durar entre 2 y 10 horas), mientras que en las primíparas dura entre 6 y 18 horas. Al final de esta fase, las contracciones se hacen más enérgicas y comienza lo que Friedman denomina fase activa del parto. La evaluación del trabajo de parto se grafica en el partograma.

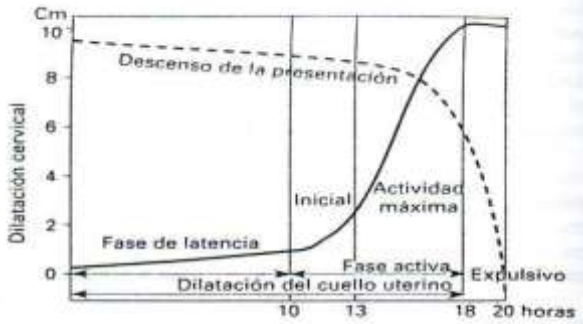


Figura 6-20. Curva de Friedman (modificada).

- Este un recurso práctico para evaluar el progreso del trabajo de parto a través de curvas de alerta.
- Permite alertar precozmente un enlentecimiento del trabajo de parto y descenso.
- Marca un límite extremo de la evolución de la dilatación en función del tiempo.
- Constituye parte importante de la Historia clínica obstétrica.

Manejo y precauciones:

1.- Cuidados generales.

Cuando la dinámica uterina es normal, la dilatación progresa, la presentación desciende y la salud maternofetal es adecuada, en este caso la conducta durante la labor de parto debe ser expectante.

A la gestante se le recomienda la deambulación, pues al comienzo del periodo de dilatación la presentación se apoya sobre el cuello cervical y así se toleran mejor las contracciones y se acorta el periodo de dilatación.

Una gestante en labor de parto puede ingerir líquidos azucarados para mantener una correcta hidratación, y aporte energético. En los partos prolongados para evitar la hipoglucemia, deshidratación y acidosis debe iniciarse terapia de hidratación parenteral y mantenimiento.

2.- Cuidado de las membranas.

No hay evidencia clínica que demuestre que la amniotomía temprana tenga alguna ventaja, por lo tanto, durante el trabajo de parto normal debe existir una

razón muy válida para realizarla. En conclusión, esta práctica debe reservarse para aquellos casos que presenten un progreso anormal del trabajo de parto.

3- Empleo de Oxitócicos.

Sólo deben ser usados en gestantes que estén en la unidad hospitalaria.

En ciertas circunstancias (tabla 1) se debe estimular las contracciones con oxitocina para lo cual deberá administrársela en forma diluida y por vía intravenosa: diluir 5UI de oxitocina en 1000 ml. de solución salina o dextrosa al 5 o 10 % en agua para obtener 5 miliunidades por ml.

La dosis de oxitocina debe ser individualizada buscando la dosis respuesta mínima efectiva. Empezar con 4 miliunidades por minuto lo que equivale a 8 gotas (cada 2 gotas = 1 miliunidad).

Se puede seguir aumentando el goteo de acuerdo a la necesidad pero con un intervalo por lo menos de 30 minutos.

Peligros de la conducción con oxitócicos

Para la gestante: Hipertonía con peligro de desprendimiento placentario y/o rotura uterina o desgarro cervical.

Para el feto: Hipoxia fetal por la labor de parto mal conducida. Si se presenta más de 4 contracciones en 10 min. Se debe vigilarla frecuencia cardiaca fetal.

Tabla 1. Trastornos del Trabajo del Parto.

<table>
<tr><th>Anomalía</th><th>Nulíparas</th><th>Multíparas</th><th>Manejo preferido</th><th>Manejo excepcional</th></tr>
<tr><td>Fase latente prolongada</td><td>Excede 20 h</td><td>Excede 14 h</td><td>Reposo</td><td>Oxitocina</td></tr>
<tr><td>Fase activa prolongada</td><td>< 1.2 cm/h</td><td>1.5 cm/h</td><td rowspan="2">Oxitocina</td><td rowspan="2">Cesárea por DCP</td></tr>
<tr><td>Descenso prolongado</td><td><1 cm/h</td><td>> 2 cm/h</td></tr>
<tr><td>Detención de la dilatación</td><td>> 2 h</td><td>> 2 h</td><td rowspan="4">Sin DCP oxitocina
Con DCP cesárea</td><td rowspan="4">Si hay agotamiento cesárea</td></tr>
<tr><td>Fase de desaceleración prolongada</td><td>> 3 h</td><td>> 1 h</td></tr>
<tr><td>Detención del descenso</td><td>> 1 h</td><td>> 1 h</td></tr>
<tr><td>Falta de descenso</td><td colspan="2">Ausencia de descenso</td></tr>
</table>

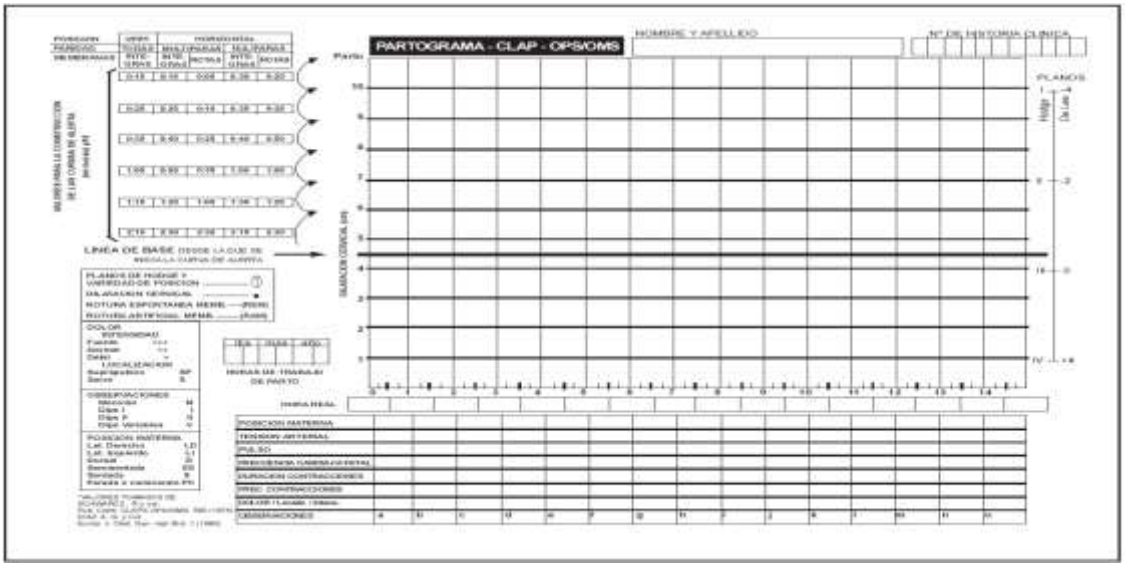


Figura 1.- Partograma.

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

Síntomas y signos	Manejo
- Sospecha de feto grande en relación a la evaluación de la pelvis de la madre. - Feto de gran tamaño (más de 35 cm. de altura uterina) - Cabeza fetal por encima de sínfisis pubiana - Edema del cérvix. - Cabeza no encajada, arriba de -2, sin presencia de globo vesical - Formación de caput sucedaneum - Moldeamiento de la cabeza (cabalgamiento de los huesos del cráneo) - Deflexión (fontanela anterior fácilmente palpable) - Asinclitismo (sutura sagital fuera del centro de la pelvis)	- Considerar desproporción Cefalo- pélvica. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Hiperdinamia (frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos)	- Descarte sufrimiento fetal o desproporción feto pélvica (DFP).

	- Aplicar Sistalgina 1 amp IM. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Hipodinamia (frecuencia menor de 2 contracciones en 10 minutos o si el útero es depresible durante el acmé de la contracción)	- Descarte sufrimiento fetal o desproporción feto pélvica. - Estimulación oxitócica. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Sospecha de sufrimiento fetal. - Taquicardia fetal - Braquicardia (110 a 120 por minuto) - Dips variables o Dips I con membranas integras.	- Colocar en decúbito lateral - Control frecuencia cardiaca fetal. - Hidratación. - Oxigenoterapia. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Sufrimiento fetal confirmado - Braquicardia severa (menor de 100 por minuto) - Dips II	- Ver Tratamiento del sufrimiento fetal. - En el expulsivo, manejo de hipoxia neonatal. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Hipertonía uterina (Presencia de dolor persistente, no relaja el útero luego de las contracciones)	- Descartar hiperestimulación oxitócica, desproporción feto pélvica o desprendimiento de placenta. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Hemorragia	-Ver manejo de hemorragia obstétrica - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Presencia de perdida de liquido verdoso por vagina (liquido amniótico meconial)	- Control de bienestar materno fetal más frecuente. - Si hay Sufrimiento fetal o sospecha de desproporción feto pélvica, revisar manejo se las mismas - 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 capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
Curva de trabajo de parto prolongado o anormal (según partograma con curvas de alerta).	- Ver Distocias de Contracción. - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.

Presentación de cara o de nalgas (podálica) o feto atravesado (en transversa).	- Ver Distocias fetales. - Si usted conoce y ha aplicado las maniobras para la atención de un feto en podálica, continué con el control del trabajo de parto y espere que el feto salga espontáneamente; sino: - De no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la transferencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.

Periodo Expulsivo.

Empieza cuando el cuello uterino ha completado la dilatación y termina con la salida del feto. Se considera normal la duración de 1 a 2 horas en las nulíparas. Debe cumplir las siguientes fases:

- Orientación.
- Rotación interna.
- Desprendimiento.
- Descenso
- Rotación externa.

Signos Premonitorios del periodo expulsivo:

- Sensación de pujo.
- Aumento de intensidad, duración y frecuencia de las contracciones uterinas.

Procedimientos y maniobras en el periodo expulsivo.

1. Cumplir con medidas de asepsia y antisepsia.
2. Buscar la posición del parto más adecuada para la parturienta (acostada, en cuclillas, semisentada o vertical).
3. Proteger el periné.- Se lo realiza deslizando la orquilla hacia abajo para flexionar la cabeza fetal y evitar la salida brusca que pueda producir desgarros uretrales o vesicovaginales para lo cual se deberá aproximar los tejidos perineales con la mano derecha y se evitará la salida violenta de la cabeza con la mano izquierda.

4. Episiotomía.- Esta indicada para prevenir el desgarro perineal y se la realiza cuando el periné ofrezca resistencia a la salida de la presentación.

5. Recepción del/la recién nacido/a.- Inmediatamente de la salida de la cabeza fetal se procederá a la aspiración del/la recién nacido/a con una perilla de caucho. Se contraindica acelerar la rotación de la cabeza y la limpieza de las secreciones con gasa o aspirador eléctrico. Se contraindica la maniobra de Kristeler, así como la tracción traumática de la cabeza fetal.

6. El pinzamiento y sección del cordón umbilical se hará entre los 35 y 45 segundos después de la salida completa del recién nacido/a, se dejará una pinza en el cordón a nivel de la vulva para observar el desprendimiento placentario. La ligadura del cordón se la hará a 3 cm. Del abdomen del recién nacido.

Período de Alumbramiento.

Se inicia con la salida del feto y termina con la expulsión de los anexos ovulares, con potenciales riesgos de hemorragia para la madre.
La placenta se desprende luego de cinco a diez minutos de salido el feto por acción de las contracciones uterinas.
Se puede esperar hasta 30 minutos, siempre y cuando la pérdida de sangre no sea mayor a 500 ml.

- Administrar 10 UI de oxitocina intramuscular hasta 1 minuto luego de la salida del feto.
- Realizar tracción de cordón y contratracción de fondo uterino.
- Masaje uterino a través del abdomen luego de la salida del la placenta.
- Revisar la integridad de la placenta y membranas.
- Examine la parte inferior de la vagina y perineo para descartar desgarros.

RECUERDE:

Nunca realice una tracción el cordón umbilical (hale) sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

En caso de retención placentaria por más de 30 minutos o si hay sangrado abundante, transferir a la paciente para realizar extracción manual y revisión de la cavidad uterina bajo anestesia general.

La incidencia de hemorragia posparto y retención de placenta se encuentra aumentada cuando existen factores predisponentes como embarazo múltiple, polihidramnios y cuando se producen complicaciones durante el trabajo de parto, como trabajo de parto prolongado, parto obstruido y/o parto instrumental

La administración de 10 UI de oxitocina, inmediatamente después de la expulsión del hombro anterior o luego del parto del recién nacido, previene la hemorragia posparto, sobre todo en las mujeres de riesgo.

“Si las madres recibieran atención posparto con la misma regularidad con la que reciben atención prenatal, la mortalidad materna disminuiría.”

INDUCCION Y CONDUCCION DEL PARTO

INDUCCION: intentos para iniciar las contracciones uterinas antes de su aparición espontánea para facilitar el parto por vía vaginal.

CONDUCCION: intentos para estimular las contracciones uterinas durante el parto, y facilitar así el parto por vía vaginal.

No debe probarse la inducción y conducción del parto sin antes haber intentado intervenciones no invasivas tales como:

1.- Asegúrese de que la vejiga de la paciente éste vacía.
2.- recomendar la deambulación, o cambio de posición a la paciente.
3.- disminuir la ansiedad.
4.- asegurar la adecuada hidratación y alimentación de la paciente.

CUANDO DEBEMOS HACER UNA INDUCCION

- Parto postérmino.
- Enfermedades maternas (diabetes, nefropatía, cardiopatía)
- Trastornos hipertensivos
- Rotura prematura de membranas
- Oligohidramnios

INDICADORES DE ÉXITO

Depende del grado de la madurez del cuello uterino

PUNTUACION PREPARTO DE BISHOP

	PUNTUACION			
	O	**1**	**2**	**3**
DILATACION cm	**0**	**1-2**	**3-4**	**5-6**
BORRAMIENTO %	0-30	40-50	60-70	80
PLANOS DE	-3	-2	-1	+1/ +2
CONSISTENCIA DEL CUELLO UTERINO	firme	media	blando	
POSICION DEL CUELLO	Posterior	Mediana	Anterior	

CUANDO LA PUNTUACION SUMA 8 O MAS POR REGLA GENERAL LA INDUCCION TIENE EXITO.

METODOS FARMACOLOGICOS DE MADURACION DE CUELLO.

MISOPROSTOL: Análogo sintético de PGE1. se coloca en fondo de saco vaginal posterior, o sublingual.
DOSIS: 25 ug (1/ 4 de tableta de 100ug) puede repetirse la dosis cada 3-6 horas hasta un maximo de 6 dosis.
OXITOCINA. Usar a dosis bajas:

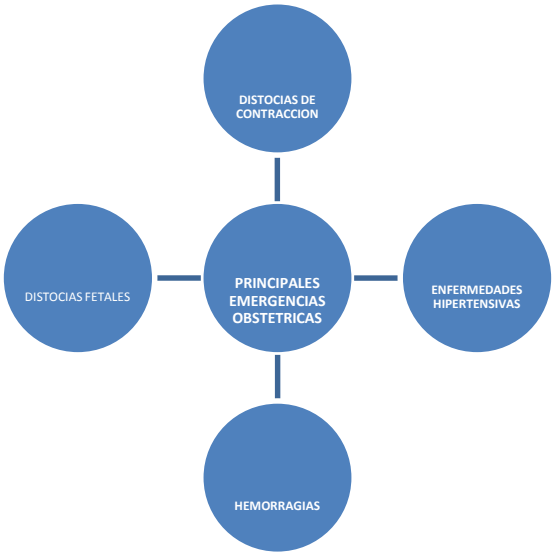
oxitocina	Dosis inicial mU/min	Incremento de la dosis (mU/min	Intervalo entre dosis(minutos)	Dosis máxima (mU/ min.
A dosis bajas	0,5-1,0 1-2	1 2	30-40 15	20 40

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE UN PARTO COMPLICADO.

El parto no es siempre un fenómeno normal, hay diferentes factores que puede interferir en el progreso normal del parto, ocurre normalmente entre el 8 y el 11% del total de partos y representa la primera causa de parto por Cesárea.

Ante una mujer con cuadro que parece ser una emergencia obstétrica, (hemorragia convulsiones, fiebre, o palidez, pulso rápido, agitación etc.), hay que tomar acciones inmediatas, con la finalidad de salvar la vida de la paciente y el producto.

A continuación se mencionan las principales emergencias obstétricas que usted debe conocer y manejar correctamente.



DISTOCIAS DE CONTRACCION

CONCEPTO: Es el aumento o disminución de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto.

FACTORES QUE AUMENTAN LA APARICION DE UNA DISTOCIA DE CONTRACCION:

- Sobrepeso.
- Talla baja.
- Trastornos de esterilidad.
- Anomalías congénitas uterinas
- Hiperdistensión uterina (embarazo múltiple, o en el polihidramnios)
- Ausencia de estimulación refleja del útero relacionada con una presentación fetal anormal (presentaciones de cara, frente o de nalgas, posiciones posteriores, posición transversa).
- Desproporción feto pélvica
- Hiperestimulación del útero por oxitocina
- Agotamiento o temor materno
- Deshidratación
- Administración durante el parto demasiado pronto de un analgésico

HIPOTONIA UTERINA:

Disminución de la intensidad y duración de las contracciones uterinas. Menor a 2 contracciones en 10 minutos.

CAUSAS:

FUNCIONALES: Temor, angustia, por inhibición refleja proveniente de órganos vecinos (llenura de vejiga, o recto). Automedicación o uso de infusiones
MECANICAS: falta de formación de la bolsa de aguas, por falta de apoyo de la presentación fetal sobre el cuello uterino, desarrollo insuficiente del músculo uterino, por procesos degenerativos del miometrio (adenomiosis, miomatosis, primeriza añosa, obesidad), por sobre distención uterina (polihidramnios, embarazo gemelar, feto gigante).

QUE HACER Y COMO ACTUAR.

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
- Acostar a la Madre en decúbito lateral izquierdo. ** - Tomar signos vitales ** - Examen obstétrico (situación posición y presentación fetal) *** - Controlar el trabajo de parto, frecuencia, intensidad y duración de las contracciones.*** - Si la paciente se encuentra en hipotonía uterina refiera al nivel II. *	- Hospitalizar -Considerar las indicaciones descritas en el nivel I. - Administre oxitocina a dosis de 2 mlU/min. (diluir una ampolla de oxitocina en 1000 cc. de dextrosa al 5% en agua y pasar a 8 gotas/min.) *** **OJO:** Controle que la actividad uterina llegue a	- Considerar las indicaciones descritas en el nivel II. *** - Resolución de las complicaciones. ***

	4 contracciones en 10 min. con la infusión prescrita, caso contrario aumentar el goteo a dosis respuesta. *** - Si la actividad uterina no se ha regulado con el tratamiento prescrito, considere la etiología o refiera al nivel superior. ***	

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera**
*****Médico**

HIPERTONIA UTERINA

Aumento de las contracciones uterinas, por lo general mayor a 5 contracciones en 10 minutos.
Puede ser primitiva o secundaria

PRIMITIVA: se caracteriza por aparecer con la iniciación del parto.
SECUNDARIA: aparece durante el trabajo de parto, por administración exagerada de oxitocina, o por la lucha de la contracción por un obstáculo.

CAUSAS:

- Administración exagerada de oxitocina o aguas a base de oxitócicos (albaca, ruda, floripondio, mortiño, etc.)
- Por un obstáculo que se opone a la progresión del feto:
  - rigidez o espasmo de cuello uterino
  - falta de reblandecimiento del cuello
  - Estrechez pelviana.
  - Tumor previo

-DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO
-ACCIDENTES
-PROBLEMAS EMOCIONALES

RECUERDE:

EL USO INADECUADO DE OXITOCINA PONE EN PELIGRO LA VIDA DE LA GESTANTE Y DEL FETO

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.- Acostar a la madre en decúbito lateral izquierdo * 2.- tomar signos vitales * 3.- examen obstétrico (situación, posición, y presentación fetal). *** 4.- Controlar trabajo de parto. (cuente las contracciones uterinas en 10 minutos) *** 5.- canalizar vía con lactato de ringer (500cc en bolo), o la solución que disponga. * 6.- sí el parto es inminente atiéndalo. * 7.- Si dispone de una ampolla de buscapina aplíquela IV, y c/ 4-6 h* 8.- refiera a la paciente al nivel II O III.*	1.- Hospitalizar 2.- Considerar las indicaciones del nivel I. 3.- Exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP,TPT, grupo sanguíneo, elemental y microscópico de orina. *** 4.- ECO obstétrico 5.- control de latidos cardiacos fetales c/ 5´. * 6.- monitoreo fetal. *** 7.-Usar buscapina IV cada 4-6 h. *** **8.-** útero inhibición con fenoterol (berotec), 2 ampollas en 500cc de dextrosa en agua iniciar a 8 gotas o 17 microgotas, controlar FC materna que no sea superior a 80X´. *** 9.- considerar la etiología de hipertonía. *** 10.- Atender el parto normal o por cesárea, si las condiciones fetales lo ameritan. *** 11.- referir al nivel III, si hay complicaciones. *	1.- Hospitalizar 2.- considerar las medidas del nivel II. *** 3.- Atender las complicaciones. ***

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera**
***** Médico**

DISTOCIAS FETALES

Se refiere cuando el feto adopta otras presentaciones que no sea la cabeza, lo que dificulta o imposibilita el parto vaginal. Estas presentaciones se estudian en los siguientes apartados:

PRESENTACION OCCIPITAL POSTERIOR.

Se observa en el 15% de partos en fase latente, y en el 5% en el parto. En esta presentación el occipucio se encentra en la porción posterior de la pelvis. ESPECIFICAR PUNTOS DE DIAGNOSTICO

PRESENTACIONES CEFALICAS DEFLEXIONADAS

MODALIDAD DE BREGMA O DEFLEXION GRADO I

En esta actitud indiferente, la circunferencia que trata de pasar es la occipitofrontal, cuyo perímetro es de 34cm. El PUNTO DIAGNOSTICO es la fontanera mayor o bregma. Entre las causas están: maternas (pelvis planas, inclinación anormal del útero, tumores) fetales (pequeñez fetal, braquicefalia, alteraciones de la columna cervical).

MODALIDAD DE FRENTE O DEFLEXION GRADO II

Es rara, distócica y de pronóstico grave. La cabeza fetal se sitúa en una posición a medio camino una flexión completa y una extensión máxima, lo que hace que el encajamiento fetal ocurra a la altura del diámetro mayor de la cabeza del feto.

MODALIDAD DE CARA O DEFLEXION GRADO III

En esta presentación la cabeza fetal se encuentra en extensión en lugar de flexión al entrar en el estrecho superior de la pelvis. Si el mentón está localizado en la parte anterior por lo general el parto progresa por parto vaginal. PUNTO DE REFERENCIA

PRESENTACION DE HOMBROS.

En esta presentación la columna vertebral del feto se encuentra en posición transversa respecto a la columna de la madre. A causa del alto riesgo de mortalidad la mejor vía del parto suele ser la cesárea.

PRESENTACION DE NALGAS

Puede presentarse en tres formas distintas: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO EN PELVIANO

NALGAS FRANCAS

Cuando los muslos están flexionados y las piernas discurren a lo largo del cuerpo del feto.

NALGAS COMPLETA

Cuando las piernas están flexionadas en los muslos lo que permite que se presenten los pies junto a las nalgas.

PRESENTACION DE PIES

Cuando antes de las nalgas se presenta un solo pie (presentación simple) o bien los dos pies (presentación compuesta) .

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.- Acostar a la madre* 2.- examen obstétrico. (La madre presenta dolor lumbar y suprapúbico intenso).*** 3.- tacto vaginal: trate de identificar que partes del feto palpa.*** 4.- atender el parto sí es inminente. * 5.- referir al nivel II o III. * 6.- Canalizar vía con branula nº 18	1.- hospitalizar * 2.- Continuar con las medidas del nivel I.*** 3.- laboratorio: BH, tipo de sangre, 4.- controlar labor de parto. *** 5.- si llegó al diagnostico de mala presentación fetal realizar cesárea. *** 6.- transferir al nivel III, si no se logra resolver. *** 7.- Ecografía para confirmar diagnóstico ***	1.- continuar con las medidas de los niveles anteriores. 2.- atención de las complicaciones.

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
*****Médico**

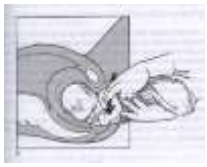
Atención del Parto Podálico.

En la podálica completa o en la incompleta, es más sencillo realizar la gran extracción podálica porque se cuenta con el pie fetal para la tracción; pero en la podálica franca, es necesario obtener el pie mediante la Maniobra de Pinard que consiste en introducir la mano en la cavidad uterina, con el fin de obtener el pie fetal y convertir una podálica franca en incompleta modo pie. Esta maniobra puede resultar peligrosa en manos inexpertas.

Maniobra de Pinard.

Una vez que se obtienen uno o ambos pies, se procede a la tracción lenta, preferiblemente durante las contracciones, hasta la salida de la cadera; luego se agarra al feto a la altura de la línea medio-axilar, con los dedos pulgares de ambas manos y el resto de los dedos rodeando el tórax por delante y por detrás.

Se hace tracción hacia abajo siguiendo el eje de la pelvis, con pequeños movimientos pendulares hacia arriba y abajo, hasta que el hombro anterior llegue al nivel de la sínfisis, procediendo luego a la extracción de ambos hombros. Usualmente, se extrae primero el hombro posterior y luego el anterior, aunque puede ser a la inversa si resulta más fácil.



Para extraer los brazos, se coloca suavemente el dedo índice del operador en el pliegue de flexión del brazo con el antebrazo y se hace tracción hacia fuera.
Cuando los brazos se encuentran deflexionados, de tal manera que el anterior se encuentre sobre la cara y el posterior sobre la nuca, la maniobra anterior frecuentemente fracasa.
En estos casos, se recomienda la maniobra de Rojas que consiste en un movimiento de rotación del feto sobre su eje longitudinal, de tal manera que el hombro posterior se convierta en anterior.

Maniobra de Rojas

Esto hace que, en la mayoría de los casos, el brazo se desprenda espontáneamente. Una vez que el brazo que era posterior se ha desprendido, se invierte la maniobra de rotación y el hombro que era anterior se lleva hacia delante.
Luego de que se extraiga la cintura escapular, se orienta el feto en occípito-púbica y se envuelve al feto en una toalla para controlarlo y se eleva ligeramente; se procede a utilizar la maniobra de Mauriceau, para lo cual, el brazo derecho del operador se coloca en el abdomen fetal y los dedos índice y medio de la mano izquierda se pasan sobre la espalda y se apoyan sobre la nuca, formando con los dedos una V invertida; de esta manera, el feto queda cabalgando sobre el brazo derecho del operador. Luego se procede a la tracción, siguiendo el eje de la pelvis hasta lograr la salida de la cabeza.

Maniobra de Mauriceau

En ocasiones, la cabeza fetal se orienta en forma occípito-sacra; en estos casos se recurre a la Maniobra de Praga, en la que los dedos de la mano izquierda del operador se colocan por detrás del feto, sobre los hombros, y la mano derecha toma ambos pies y los lleva hacia arriba hasta lograr la extracción.

Maniobra de Praga

Existe una tendencia a practicar cesárea con mayor frecuencia en casos de presentación de nalgas; sobre todo en primigestas y en multíparas con pelvis poco amplias o fetos voluminosos. Las razones que explican esta tendencia son las que se enumeran a continuación.

1. La alta morbi-mortalidad fetal que existe en casos de parto podálico, que no ha mejorado con el transcurso de los años. Además, existe la posibilidad de un daño neurológico que pase desapercibido al momento del nacimiento, y que sólo se manifiesta en etapas tardías.
2. La disminución importante de la morbi-mortalidad materna por la cesárea debido al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas.

3. Las limitaciones que tiene el personal médico en formación para aprender la técnica de atención del parto podálico; sobre todo en centros obstétricos con escaso número de partos. Para ellos, la cesárea es la alternativa de elección, tomando en cuenta las dos primeras razones expuestas.

Recuerde:

Todo embarazo podálico debe ser tratado quirúrgicamente si el mismo no se encuentra en etapa de expulsivo y se descarte DCP

PROLAPSO DE CORDON

PROLAPSO DE CORDON: Es la proyección del cordón umbilical a través del cuello delante de la presentación luego de la rotura de membranas.

PROCIDENCIA DE CORDON: Descenso del cordón a través del cuello uterino por delante de la presentación sin rotura de membranas.

FACTORES DE RIESGO:

- Rotura prematura de membranas con presentación alta.
- Presentación fetal anómala.
- Polihidramnios.
- Cordón largo.

QUE HACER

1.- Si está ante una procidencia de cordón trate de que al tacto vaginal las membranas no se rompan. Y transfiera al nivel donde se pueda terminar el embarazo por cesárea.
2.- Si está ante un prolapso de cordón tiene que permanecer con su mano dentro del canal vaginal hasta llegar al lugar en donde se pueda terminar el embarazo

HEMORRAGIAS DURANTE EL PARTO

Pueden ser por:

1.- Retención de placenta o de restos
2.- Atonía e hipotonía uterina
3.- Inversión uterina
4.- Desgarros del canal vaginal
5.- Desgarro de cuello

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1. Tome signos vitales* 2. Canalice vía con lactato o solución salina.* 3. coloque un tapón hemostático en canal vagina *** **4.** transfiera a la paciente al nivel superior	1. Continuar con las medidas del nivel I. 2. Si está en capacidad trate de diagnosticar la causa de la hemorragia y solucione el problema***. 3.- Realice exámenes de Hto, y HB, para diagnosticar el estado de la paciente. 4. Si no se logro resolver la causa de la hemorragia estabilice hemodinámicamente a la paciente y transfiera al nivel superior*	1.Continúe con las medidas del nivel anterior 2. Diagnostique la causa de Sangrado y trate la misma***. 3.- Compense a la paciente hemodinamicamente con soluciones cristaloides o sangre si lo amerita***

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

RETENCION DE PLACENTA O DE RESTOS

Se denomina retención de placenta cuando ésta no ha sido expulsada en un lapso mayor a 40 min. Desde la salida del feto.

La retención de restos, se refiere a la expulsión parcial de la placenta, quedando parte de ella en la cavidad uterina.

La retención de placenta se produce:
1.- Cuando las contracciones uterinas son débiles para desprenderla y expulsarla.
2.- Cuando existen adherencias anormales de la placenta al útero.

Pueden ser: placenta ácreta, increta, pércreta.

Placenta acreta: Es una alteración infrecuente en la que las vellosidades coriónicas se adhieren al miometrio sus formas avanzadas son:

- Placenta increta: Es la penetración de las vellosidades coriónicas en el miometrio.

- Placenta percreta: Es la proliferación de las vellosidades coriónicas a través del miometrio.

Que hacer y como actuar

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II
1. Dar apoyo emocional a la paciente*. 2. Controlar signos vitales cada 15 min. Para determinar signos de pre shock y shock*. 3. Canalizar vía, abrigar a paciente, controlar estado de conciencia de la paciente*. 4. Colocar a paciente en posición ginecológica y dar masaje uterino para estimular su contractilidad*. 5. Administrar oxitocina una ampolla de 10 UI. IM***. 6. No traccione el cordón, y evite maniobras bruscas sobre el útero. **7.** Referir a paciente al nivel dos si no se ha producido la expulsión de la placenta luego de esperar máximo 40 minutos.	1. Hospitalización de la paciente. 2. continuar con las medidas del nivel I 3. realizar exámenes de laboratorio: biometría hemática, tipificación, TP, TPT, plaquetas, VDRL., EMO, electrolitos, cultivos de secreción vaginal en caso de sepsis. 4. controlar diuresis por sonda vesical. 5. estabilización hemodinámica de la paciente. (reponer con líquidos, sangre y/o sucedáneos). - solución salina mas 20 UI de oxitocina a 30 gts. X min***. 6. Si se cuenta con personal capacidad, realice extracción manual de placenta o extracción de restos bajo anestesia general, posteriormente realice revisión de cérvix y canal vaginal.*** **7.** referir al nivel superior las puérperas con complicaciones de coagulación intravascular diseminada (CID), o shock hipovolémico.	1. Hospitalizar a la paciente. 2. Continuar aplicando las medidas aplicadas en el nivel II. *3.* Atender las complicaciones.

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera**
***** Médico**

ATONIA O HIPOTONIA UTERINA

Se refiere cuando el útero no se contrae después de la expulsión completa de la placenta, dando como resultado hemorragia, que puede llevar al shock hipovolémico.

La falta de contractilidad uterina es dada por disfunción miometrial causada por los siguientes factores:

1. Embarazo múltiple
2. Polihidramnios o líquido amniótico abundante
3. Macrosomía fetal
4. Uso inadecuado o prolongado de oxitocina
5. Multiparidad
6. Anestesia general

Hay que descarta primero otras causas de hemorragia como son: desgarros del canal genital (vagina, cuello y vulva)

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1. Controlar signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, para identificar signos de pre-shock y shock*. 2. Canalizar vía con lactato de ringer o solución salina según las necesidades del paciente*. 3. realizar masaje uterino para estimular su contractilidad*. 4. Administrar 2 amp. de oxitocina de 10 UI en 500 ml de solución salina, lactato o dextrosa al 5% a 20- 40 gotas por minuto o methergin si no hay presión alta en la paciente***. 5. Administrar misoprostol sublingual o vía rectal***	1. Hospitalizar* 2. Continuar con las medidas del nivel I 3. Exámenes de laboratorio: biometría hemática, grupo y factor, VDRL, EMO, TP, TPT, Plaquetas, electrolitos. *** 4. Reponer pérdidas con líquidos expansores plasmáticos, sangre según necesidad del paciente***. 5. Si cuenta con personal capacitado revisar bajo anestesia general cavidad uterina***. 6. De no conseguir la corrección de la atonía o hipotonía, realizar histerectomía si se cuenta con personal capacitado. ***	1. hospitalizar 2. continuar con las medidas del nivel II. 3. atender las complicaciones***.

6. Referir de inmediato al nivel de atención II	7. Referir al nivel III, si hay complicaciones que no se puedan resolver en este nivel.	

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

RUPTURA UTERINA

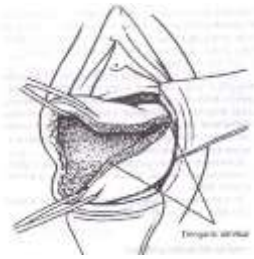
Solución de continuidad en la pared de un útero gestante. Puede ser espontáneo cuando hay antecedentes de cicatriz uterina, y traumática, como resultado de los procedimientos médico quirúrgicos.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1. Tomar signos vitales*. 2. Identificar estado de la paciente. Shock o pre shock*. 3. Evaluar actividad uterina y FCF***. 4. Canalizar vía con catéter de buen calibre*. 5. Referir de forma inmediata con un acompañante al nivel II o III.	4. Continuar con las medidas del nivel I. 5. Laparotomía inmediata. Histerorrafia o histerectomía Ligadura de arterias hipogástricas si no se controla la hemorragia***. 6. Control de diuresis por sonda Foley*. 7. Reponer sangre y sucedáneos***. 8. Realizar exámenes de laboratorio: biometría hemática, tipificación, TP, TPT, plaquetas, VDRL, química sanguínea. 9. Evaluación postquirúrgica las 24 horas. 10. Referir de inmediato al nivel III si hay complicaciones.	1. Aplicación de medidas semejantes al nivel II. 2. Manejo del caso y sus complicaciones.

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico.**

DESGARROS DEL CANAL GENITAL



Se producen como consecuencia del paso del feto por el canal genital y/o por maniobras obstétricas. De acuerdo a la ubicación pueden ser desgarros: cervicales, vaginales. Vulvo perineales.

Desgarro cervical. Se presenta como consecuencia de:

Los desgarros generalmente son bilaterales y cuando miden más de dos cm. producen sangrado continuo. El diagnóstico se establece al revisar el cuello colocando valvas vaginales bajo anestesia general

Desgarro vaginal
Es la lesión de la pared de la vagina producida por la aplicación de fórceps o por la prolongación de una episiotomía insuficiente.

- Paso del feto por un cuello uterino aún no dilatado totalmente
- Por maniobras quirúrgicas de extracción fetal
- Por fetos macrosómicos
- Por dilatación manual del cuello
- Por partos precipitados

Desgarro vulvo-perineal
Se presenta generalmente en primíparas, cuando no se ha realizado una episiotomía previa o cuando la episiotomía ha sido muy pequeña.

De acuerdo al grado de extensión se clasifica:

Grado I: Se afecta la piel y la mucosa
Grado II: Se afecta la piel, mucosa y musculatura perineal
Grado III: Se afecta la piel, mucosa, musculatura perineal y esfínter anal
Grado IV: Se afecta la piel, la mucosa, la musculatura perineal, esfínter anal y mucoso rectal.

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.- Controlar signos vitales* 2.- Canalizar vena y administrar líquidos IV según las necesidades e las pacientes*. 3.- Evaluación de altura, tono y estado de contractibilidad uterina*** 4.- Inspección vulvo perineales para identificar desgarros***. 5.- Colocar espejo vaginal o valvas para identificar desgarro cervical***. 6.- Reparación de los desgarros de vagina, vulva o periné con anestesia local. Si existe personal apto para realizarlo***	1.- Hospitalización de paciente 2.- continuar con las medidas iniciadas en el nivel I 3.-Realizar exámenes de laboratorio (BH, grupo, factor Rh, TP, TPT, plaquetas, VDRL, EMO). 4.- Reponer líquidos, sangre y / o sucedáneos según las necesidades de la paciente***. 5.-Revisar bajo anestesia general la cavidad uterina, para verificar la ausencia de restos placentarios y posibles lesiones. Reparar desgarros***. 6.- Referir a nivel III los casos complicados	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar aplicando las medidas iniciales en el nivel II 3.- Atender las complicaciones

7.- Referir a nivel II si sospecha de desgarro cervical o presencia de signos de preshock- shock		

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL PARTO

Es una enfermedad de etiología desconocida. Clínicamente se caracteriza por: edema, hipertensión arterial y proteinuria. Se presenta generalmente a partir de la semana 20, durante el parto o en el post-parto.

Bajo el término de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, se engloban una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante la gestación. Su diagnóstico se hace al comprobar en dos ocasiones (en intervalo no menor de 6 horas), con el paciente en reposo, cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg, o cuando se comprueba un incremento mayor de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o mayor de 15 mmHg de la presión arterial diastólica con respecto a los valores previos al embarazo; así mismo cuando la tensión arterial media es mayor o igual a 90 mmHg en el primer y segundo trimestre y mayor o igual a 95 mmHg en el tercer trimestre o mayor de 20 mmHg de la tensión arterial media basal.

CLASIFICACIÓN CUADRO DE COMPARACION

I. Pre-eclampsia y eclampsia

II. Hipertensión arterial crónica

III. Hipertensión arterial crónica con pre-eclampsia sobreañadida

IV. Hipertensión arterial transitoria

PRE-ECLAMPSIA LEVE- MODERADA

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II
1.- Tomar signos vitales, principalmente TA* cada 15 minutos que la TA se estabilice 2.- Examen clínico general 3.- control neurológico, Glasgow; detección de hiperreflexia rotuliana*** 4.-Examen Obstétrico: - Determinar edad gestacional y actividad uterina*** - Situación , posición y presentación fetales*** - Auscultar FCF***	*1.-* Hospitalizar a la paciente* 2.- Continuar con las medidas del nivel I 3.- Diuresis horaria 4.- Control de ingesta y excreta 5.-Peso diario 6.- Realizar exámenes de laboratorio: (BH, plaquetas, Grupo y factor Rh, Glucosa, urea, creatinina, acido úrico, HIV, VDRL, EMO, Proteinuria en 24 horas). 4.- Eco Obstétrico	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar medidas de nivel II 3.- Atender complicaciones

5.- Fenobarbital 50 mg VO 3 veces al día 6.- Reposo en decúbito lateral izquierdo 7.- Referir de inmediato al nivel II con acompañante	5.- Fenobarbital 50 mg VO C/8h 6.- Evaluar estrictamente la evolución clínica*** 7.- Si cuadro se mantiene o empeora referir a nivel III 8.- En caso de presentar labor de parto mantener estricta vigilancia, según condiciones obstétricas y estado fetal decidir vía de terminación del embarazo***	

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

PRE-ECLAMPSIA GRAVE

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.- Reposo en decúbito lateral izquierdo 2.- Tomar signos vitales, principalmente TA cada 15 minutos hasta que TA se estabilice 2.- Examen clínico general*** 3.- Control neurológico, control de Glasgow; detección de hiperreflexia rotuliana*** 4.-Examen Obstétrico: - Determinar edad gestacional y actividad uterina*** - Situación , posición y presentación fetales*** - Auscultar FCF 5.-Canalizar una vena de buen calibre (18) y administrar Solución Salina 6.- Administrar antihipertensivo oral: - Nifedipino 10 mg PO c/6-8H - Amlodipino 10 mg VO QD 7.- Referir de inmediato al nivel II con acompañante 8.- En caso de parto inminente atender el parto y referencia inmediata en caso de complicaciones	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar con las medidas del nivel I 3.- Monitoreo de TA continuo o control cada 15 min*. 4.- Control de Ingesta y Eliminación (colocar sonda vesical*). 5.- Diuresis horaria 6.- Oxigeno a 5 l / min 7.- Peso diario** 6.- Procurar un ambiente tranquilo para la paciente 7.- Realizar exámenes de laboratorio: (BH, plaquetas, Grupo y factor Rh, Glucosa, urea, creatinina, acido úrico, HIV, VDRL, EMO, Proteinuria en 24 horas, enzimas hepáticas TGO-TGP). 8.- Eco Obstétrico 9.- Fenobarbital 50 mg VO c/8 h - Hidralazina 5 mg en bolo cada 15 min. si TAD es = o > a 110 mmHg**(no bajar TAD a valores menores de 90). - Alfametildopa (Aldomet 500 mg c/ 6h) 10- En caso que el nivel 3 este muy distante o haya urgencia por salvar la vida de la madre y/o el feto seguir las normas	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar medidas de nivel II 3.- Dar tratamiento a las complicaciones de preeclampsia grave*** 4.- en caso que la TAD esté sobre 110 : - Hidralazina 5 mg IV hasta que la presión diastólica baje a 90 – 100*** 5.- Sulfato de Magnesio 4 g iniciales IV lento en 5 – 10 min. Luego a 1-2 g / hora (bajo control estricto de reflejos, FR y diuresis)*** 11.- Interrumpir el embarazo si hay deterioro materno fetal o inminencia de convulsiones *** - La vía del parto se determinará según las condiciones obstétricas y fetales.

	establecidas para el nivel 3. 11.- Referir de a paciente con oxígeno y con acompañante al nivel III en caso de complicaciones	

*** Todo el personal de salud (aux. de enfermería, enfermeras y médicos)**
**** Enfermera.**
***** Médico**

RECUERDE:

La hidralazina (1cc= 20 mg) se diluye en 19 cc de solución salina , de tal forma que en cada cc de la dilución se encuentran 1 mg de hidralazina

ECLAMPSIA

QUE HACER Y COMO ACTUAR

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1.-Reposo absoluto con seguridades de inmovilización con la cabeza en hiper extensión y hacia un lado para permeabilizar las vías aéreas y permitir la salida de saliva y otras secreciones 2.- Tomar signos vitales, principalmente TA* 3.- Procurar un ambiente tranquilo con luz tenue y sin otros estímulos 4.- Colocar una cánula o un baja lenguas envuelto en gasa para evitar traumatismos en la lengua*** 5.- Aspirar secreciones* 6.- Colocar sonda vesical a permanencia para controlar la eliminación de orina*** 7.- Fenobarbital 240 mg STAT 8.- Referir inmediatamente al nivel II o III con acompañante	.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar con las medidas del nivel I 3.- Examen clínico general valorando especialmente : estado de conciencia , signos de hemorragia cerebral y reflejos*** 4.- Examen Obstétrico: - Determinar edad gestacional y actividad uterina - Situación , posición y presentación fetales - Auscultar FCF 5.-.- Realizar exámenes de laboratorio: (BH, plaquetas, Grupo y factor Rh, Glucosa, urea, creatinina, acido úrico, HIV, VDRL, EMO, Proteinuria en 24 horas, enzimas hepáticas TGO-TGP). 6.-Controlar diuresis horaria* 7.- Eco Obstétrico 8.-Sulfato de Magnesio e hipotensores de acuerdo a lãs normas del nível III em Preclampsia Grave. 9.- Registrar la valoración clínica y los procedimientos realizados*** 10- Interrumpir el embarazo por la vía más idónea independiente de la edad gestacional***. 11.- Evaluar clínica y neurológicamente a la	1.- Hospitalizar a la paciente 2.- Continuar medidas de nivel II 3.- Dar tratamiento especializado a las complicaciones

	paciente y si se presentan complicaciones, referir de inmediato a nivel III	

RECUERDE

SULFATO DE MANESIO.-La dosis de ataque recomendada es entre 4 a 6 gr. endovenosos en 5 minutos. Se continúa con una infusión de 1 a 2 g/hora, controlar los niveles de magnesio en sangre cada 6 horas y ajustar las dosis para mantener el magnesio sérico entre 4.8 y 9.6 mg/dl. Se recomienda continuar tratamiento con magnesio después de 24 horas del parto y su aporte dependerá de la persistencia o no de los síntomas y signos de pre-eclampsia-eclampsia.

ANEXOS.

FÁRMACOS Y EMBARAZO

La Food and Drug Administration (FDA) clasifica los medicamentos en las siguientes categorías, en función de los riesgos potenciales de teratogénesis:

- **Categoría A.-**Medicamentos exentos de riesgo para el feto, según estudios controlados.
- **Categoría B.-** Dentro de este grupo se distinguen dos diferentes tipos de fármacos, aquellos que habiéndose estudiado en animales no se ha encontrado riesgo, pero aún no se estudio en mujeres o aquellos que siendo riesgosos en animales no se lo confirmó en mujeres.
- Categoría C.-Hay evidencia de teratogenicidad u otros efectos adversos en animales pero no se han realizado estudios controlados en mujeres o no hay ningún tipo de estudio.
- **Categoría D.-** Se han efectuado estudios que demuestran efectos teratógenos sobre el feto humano, pero en ocasiones el beneficio obtenido puede superar el riesgo esperado.
- **Categoría X.-** Medicamentos que han demostrado indudablemente poseer efectos teratógenos manifiestos y cuyos riesgos superan con creces el posible beneficio a obtener.

Clasificación de la FDA según el riesgo en el embarazo		
CATEGORÍA A	Sin riesgos aparentes.	No hay evidencia de riesgo fetal. **Pueden emplearse.**
CATEGORÍA B	Sin riesgos confirmados.	No existen pruebas de riesgo en la especie humana. **Probablemente seguro.**
CATEGORÍA C	Riesgo no detectable.	No se puede descartar la existencia de riesgo. No existen estudios en el ser humano, en animales indican riesgo fetal o no han podido demostrar su inocuidad. Los fármacos de esta categoría sólo deben usarse cuando los beneficios potenciales justifiquen los posibles riesgos fetales. **Evitarlos si existe otra alternativa.**
CATEGORÍA D	Riesgo demostrado	Existen pruebas de riesgo fetal en el hombre. Los beneficios potenciales de su uso en la mujer embarazada pueden sobrepasar el riesgo de su empleo, como situaciones que amenacen la vida de la mujer o cuando existe una enfermedad grave. **Evitarlos si existe otra alternativa.**
CATEGORÍA X	Contraindicados.	Existe evidencia de riesgo fetal en el ser humano. El riesgo sobrepasa cualquier beneficio del empleo del fármaco. **Contraindicados.**

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Grupo de fármacos	Uso durante el embarazo	Efectos adversos	FDA
DIURÉTICOS	Uso como en mujeres no gestantes. No se deben indicar profilácticamente ni para el edema pédico, a menos que halla congestión vascular.	Pueden exacerbar la preeclampsia, reduciendo el flujo sanguíneo uterino.	**Furosemida C** **Tiazidas D** **Espironolactona D**
AGENTES INOTRÓPICOS	El embarazo no modifica las indicaciones de tratamiento digitálico. A veces se necesita una dosis más alta para alcanzar niveles séricos aceptables.	En mujeres medicadas con digital, el trabajo de parto es potencialmente más corto y más precoz.	**Digoxina C**
	Los agentes beta-estimulantes o dopaminérgicos se deben reservar para situaciones potencialmente fatales.	Pueden disminuir potencialmente el flujo uterino.	**Categoría D**
VASODILATA-DORES	Agentes reductores de la postcarga. Agentes reductores de la precarga: nitratos misma indicación que en estado no gestacional	La hipotensión puede poner en peligro el flujo sanguíneo uterino; y anomalías en flujo uterino fetal.	**Hidralazina C** **Nitratos C**
AGENTES ANTIARRITMICOS	El embarazo no modifica las indicaciones de tratamiento.	Arritmias fetales potenciales.	**Adenosina B** **Lincaina B** **Quinidina B** (más experiencia) **Disopiramida C** **Procainamida C**
		Anomalías fetales.	**Flecainida C** **Amiodarona D**
AGENTES BETA-BLOQUEANTES	Se pueden indicar para tratar la HTA, la angina de pecho, y las taquiarritmias supraventriculares cuando no hay alternativas razonables. Se requiere monitorización estricta del feto y del recién nacido. Los bloqueantes beta 1 selectivos pueden provocar menos efectos adversos fetales.		**Todos pertenecen a la Categoría C** **Excepto el atenolol que está en Categoría D**
ANTI-COAGULANTES	Acenocumarol.	Hemorragia placentaria y fetal.	**Categoría X**
	Heparina subcutánea de bajo peso molecular, es la de elección.	Hipocalcemia, osteoporosis.	**Categoría B**
ANTIAGREGANTES	Dipiridamol. AAS. Ticlopidina.		**Categoría B** **Categoría C/D** **Categoría C/D**
CALCIOANTAGO-NISTAS	Verapamilo Nifedipino.		**Categoría C** **Categoría C**
HTA	Labetalol. Metil-dopa. IECAs. Hidralazina.		**Categoría B/C** **Categoría B/C** **Categoría D/X** **Categoría C**

ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS

FÁRMACO	FDA
AAS	**Categoría C/D** (a altas dosis, y en el 3º trimestre)
Paracetamol	**Categoría B** (es el de elección)
Diclofenaco	**Categoría B/D** (en el 3º trimestre)
Piroxicam	**Categoría B/D** (en el 3º trimestre)
Ibuprofeno	**Categoría B/D** (si uso más de 48 horas)
Naproxeno	**Categoría B/D** (si uso más de 48 horas)
Metamizol	**Categoría C/D** (si uso más de 48 horas)
Tramadol	**Categoría C/D** (si uso más de 48 horas)
Nabumetona	**Categoría C/D** (si uso más de 48 horas)
Indometacina	**Categoría C/D** (si uso más de 48 horas)
Ketorolaco	**Categoría C/D** (si uso más de 48 horas)

APARATORESPIRATORIO

GRUPO	FÁRMACO	FDA
Antihistamínicos	Dexclorfenamina	**Categoría B**
	Difenhidramina	**Categoría B**
	Ciproheptadina	**Categoría B**
	Cetirizina	**Categoría C**
	Terfenadina	**Categoría C**
	Astemizol	**Categoría C**
Descongestionantes	Fenilefrina	**Categoría C**
Antitusígenos	Codeína Dextrometorfano	**Categoría C/D**
Expectorantes	Yoduro	**Categoría D**
Antiasmáticos	Cromoglicato sódico	**Categoría B**
	Betamiméticos inhalados	**Categoría B**
	Orales	**Categoría C**
Broncodilatadores	Teofilina	**Categoría C**
	Salbutamol	**Categoría C**
	Adrenalina	**Categoría C**

SISTEMA NERVIOSO

GRUPO	FÁRMACO	FDA
Anticonvulsivantes	Acido Valproíco	**Categoría D**
	Fenitoína	**Categoría D** (interviene en el metabolismo del Ac. Fólico). Produce déficit de Vit K en el recién nacido.
	Fenobarbital	**Categoría D** Produce déficit de Vit K en el recién nacido.
	Carbamacepina	**Categoría C**
	Clonacepam	**Categoría C**
	Diacepam	**Categoría D** Sd. de abstinencia del sedante en el RN.
	Etosuximida	**Categoría C**
	Primidona	**Categoría D**
Ansiolíticos	Meprobamato	**Categoría D**
	Clordiacepóxido	**Categoría D**
Antipsicóticos	Clorpromacina	**Categoría C**
	Haloperidol	**Categoría C**
Antidepresivos	Tricíclicos	**Categoría B**
	Fluoxetina	Los más indicados.
	IMAO	Contraindicados. **Categoría D**
	ISRS	**Categoría C** Sertralina o Paroxetina (mejor vida 1/2 más corta)
Antimaniacos	Litio	**Categoría D** Fuera del primer trimestre útil para tratar los brotes.

APARATO DIGESTIVO		
GRUPO	***FÁRMACO***	***FDA***
Antieméticos	Metoclopramida	**Categoría B**
	Doxilamina	**Categoría B**
	Ondasetrón	**Categoría C**
	Fenotiacidas	Gran somnolencia
Antiácidos	Ranitidina	**Categoría B** (de elección)
	Omeprazol	**Categoría C**
	Famotidina	**Categoría B**
	Cimetidina	**Categoría B**
EIIC	Sulfasalacina y Mesolazina	**Categoría B/D**
Protectores	Hidróxido de aluminio o magnesio.	**Categoría B/C**

ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS	
FÁRMACO	***FDA***
Levotiroxina	**Categoría A**
Corticoides (excepto la Dexametasona), Insulina, Glucagón, Acarbosa, Desmopresina	**Categoría B**
Dexametasona , Calcitonina	**Categoría C**
Antidiabéticos orales y antitiroideos	**Categoría D**
Danazol y otros androgénicos y estrógenos	**Categoría X**

ANTIBIÓTICOS	
FÁRMACO	***FDA***
Penicilinas y derivados	**Categoría A/B**
Cefalosporinas	**Categoría B**
Amikacina, Gentamicina, Neomicina	**Categoría C**
Estreptomicina, Kanamicina, Tobramicina	**Categoría D**
Ciprofloxacino, Ofloxacino, Levofloxacino	**Categoría C**
Tetraciclinas, Estreptomicina	**Categoría D**
Eritomicina, Azitromicina, Lincomicina	**Categoría B**
Claritromicina, Roxitromicina	**Categoría C**
Clindamicina y Espectinomicina	**Categoría B**
Polimixina B	**Categoría B**
Cloranfenicol	**Categoría C/X** (en el 3º trimestre Sd gris del RN)
Vancomicina y Teicoplanina	**Categoría C**
Sulfamidas	**Categoría B/D** (D: inmediatamente antes del parto)
Metronidazol	**Categoría B/D** (D: en el 1º trimestre totalmente contraindicado)
Cotrimoxazol (TMP-SMX)	**Categoría C**
Isoniazida, Rifampicina, Etambutol	**Categoría B**

ANTIVÍRICOS	
FÁRMACO	***FDA***
Famciclovir, Valaciclovir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir, Didanosina	**Categoría B**
Aciclovir	**Categoría B/C**
Cidofovir, Efavirenz, Abacavir, Zidovudina, Zalcitabina, Indanavir, Lamivudina, Nevirapina, Estavudina, Foscarnet, Ganciclovir, Amantadina, Interferón alfa	**Categoría C**
Rivavirina, Delavirina	**Categoría D**

ANTIMICÓTICOS	
FÁRMACO	*FDA*
Anfotericina B, Nistatina, Clotrimazol	Categoría B
Fluconazol, Miconazol, Itraconazol, Griseofulvina, Flucitosina	Categoría C

ANTIPARASITARIO	
FÁRMACO	*FDA*
Pamoato de Pirantel, Proguanil	Categoría A
Prazicuantel, Cloroquina Quinidina, Crotamiton, Lindano	Categoría B
Mefloquina, Primaquina, Albendazol, Mebendazol, Tiabendazol, Tinidazol, Dietilcarbamazina, Pentamidina, Dapsona, Pirimetamina	Categoría C
Quinina	Categoría D

FÁRMACOS CLASIFICADOS DENTRO DEL GRUPO X		
Ác.Acetohidroxámico	Etretinato	Plicamicina
Ác. Xenodeoxicólico	Goserelina	Quinina
Aminopeptirina	Isotretinoína	Ribavirina
Andrógenos	Leuproleina	Trilostano
Benzofetamina	Lovastatina	Urofilitrofina
Danazol	Metotrexate	Yodo-131
Ergotamínicos	Misoprostol	Penicilamina
Dietilestilbestrol	Nafarelina	

RECUERDE:

Durante el embarazo, la paciente debe huir de la automedicación y el tabaco; y el médico restringir a lo estrictamente necesario los medicamentos prescritos.
En el primer trimestre evitar, si es posible cualquier tipo de medicación.

DOSIS Y ESQUEMAS DE MEDICAMENTOS USADOS EN OBSTETRICIA

OXITOCINA

DOSIS:

i. ESQUEMA DE BAJAS DOSIS
DOSIS INICIAL: 0.5 – 2 Ml / min.
Incrementos cada 40 min: 1-2 mU / min
DOSIS MAXIMA: 20-40 mU / min

ii. ESQUEMA DE ALTAS DOSIS: (PARKLAND)

DOSIS INICIAL: 6 mU/ min
Incrementos 6 mU/ min. Cada 40 minutos; en caso de hiperestimulación se procede a la suspensión; seguida de una reanudación con la mitad de dosis que se estaban infundiendo e el momento de suspender. Luego la dosis se aumenta con incrementos de 3 mU/ min. Cada 40 min.

DILUCION: 1000CC de solución + 1 amp. Pitocin (10U) =10000Mu
1cc= 10mU
20gts= 1cc.
MODELOS:
2gts / min= 1 mU/ min = 0,1 ml / min = 6 ml / hora

4gts /min = 2mU/ min = 0,2 ml / min = 12 ml/ hora

8 gts/ min = 4 mU / min = 0,4 ml / min = 24ml /min

12 gts /min = 6 ml / min = 0,6 ml /min = 36 ml/ min

BEROTEC

INDICACION: Inhibe las contracciones uterinas precoces a partir de la semana 20 del embarazo.

DOSIS: 1 a 4 microgramos por minuto

ESQUEMA SIN BOMBA DE INFUSIÓN

500 ml de Dextrosa al 5% + 1 ampolla de berotec

1 ml = 20 gotas = 1 mcg
2ml = 40 gotas = 2 mcg

ESQUEMA CON BOMBA DE INFUSIÓN

500 ml de Dextrosa al 5% + 2 ampollas de berotec

0.5 ml = 10 gotas = 30 microgotas = 1 microgramo = 30 ml / hora
1 ml = 20 gotas = 60 microgotas = 2 microgramos = 60 ml / hora
2 ml = 40 gotas = 120 microgotas = 4 microgotas = 120 ml / hora

SULFATO DE MAGNESIO (S04Mg)

Presentación: ampollas de 10 ml = al 20 % = 2 g
ampollas de 10 ml = al 25 % = 2.g

Indicaciones:

- Preeclampsia
- Eclampsia
- Uteroinhibición

ESQUEMA RECOMENDADO :

Dosis inicial: 4 g dosis inicial IV lento o IM

Dosis de mantenimiento: Dx al 5% en agua + 15 g 60 ml / h = 20 gotas por minuto

Se debe mantener infusión hasta 24 horas posterior al parto , cesárea o convulsión.

HIDRALAZINA

Preparado comercial: Presentación en ampollas de 20 mg en 1 ml.

Preparación: De preferencia diluirla en 19 cc de solución salina de tal manera que cada ml contiene 1 mg de hidralazina

SOCIALIZACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS PARA SU APLICACIÓN

Se realizaron talleres presénciales en donde participaron 8 médicos, 4 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería para presentar las guías elaboradas y se recibieron aportes de los participantes.

TALLER DE SOCIALIZACION DE GUIAS

EQUIPO DE INVESTIGACION

EQUIPO DE INVESTIGACION EXPLICANDO LAS ALTERNATIVAS

PERSONAL DEL AREA 7 VALIDANDO LAS GUIAS

EQUIPO DE INVESTIGACION EN TALLER DE VALIDACION DE GUIAS

PERSONAL DE AREA 7

PROYECTO 'MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL ZONA FRONTERIZA DE LA PROVINCIA DE LOJA'

AGENDA DEL CURSO TALLER DE VALIDACION / ADAPTACION / SOCIALIZACION LINEAS GUIAS

DIRIGIDO: Personal de Salud del Área de Macará (5 médicos, 2 enfermeras, 2 auxiliares)

MACARÁ 28-29 MAYO
Docentes y coordinadores:
Dra. Betty Carrión G.
Lic. Mirtha Briceño.
Dra. Ibis Ordoñez
Dra. Tatiana Salcedo

DIA/HORA	CONTENIDOS	METODOLOGIA
Primer Día		
06h00	Salida desde Loja	
10h00-10h15 10h15-10h30 10h30-12h30	Presentación y Explicación de actividades Reconocimiento inicial de Normas del MSP TALLER (Primer Momento- Embarazo Normal)	Aplicación de Encuesta Individual. Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
12h30-14h30	ALMUERZO	
14h30-16h30	TALLER (Segundo Momento Embarazo patológico)	Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
16h30-16h45	RECESO	
16h45-17h30	TALLER (Tercer Momento- Continuación Embarazo patológico y Parto Normal)	Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
Segundo Día		
08h30-10h30	TALLER (Cuarto Momento- Continuación Parto Normal y patológico)	Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
10h30-10h45	RECESO	
10h45-11h30	TALLER (Quinto Momento- Continuación Parto Patológico)	Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
11h30-12h30	TALLER (Sexto Momento- Continuación Parto Patológico) EVALUACIÓN de Evento	Socialización de Propuesta, análisis, discusión, sugerencias y consensos
12h30	ALMUERZO	

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones. (23).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que para disminuir estas tasas se debe hacer la programación de las actividades en los servicios con un reconocimiento previo de la comunidad usuaria de los recursos y de la tecnología disponible. Es decir, hay que efectuar evaluaciones periódicas y considerar los elementos de la estructura, el proceso y los resultados.Sólo así se lograrán servicios acordes con las necesidades de la población que los demanda. (24).

Dentro de esta perspectiva, debemos recordar que:” El proceso de garantía de calidad debe analizar las deficiencias encontradas, la adopción de medidas, a fin de mejorar el desempeño, seguidas de una estructuración de la calidad, realizando mediciones (evaluaciones) para determinar si se ha logrado

avanzar, trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición (estándares de calidad)".
Según Ortiz y Shedeen, las Normas de calidad nos permiten hacer mediciones, evaluar, como se están ejecutando los procesos, y por ende los relacionados con la atención a mujeres. (25).

El contexto de salud reproductiva difiere considerablemente en 4 regiones: Asia (Bangladesh, India y Nepal) Cercano Oriente (Jordania), África (Ghana y Senegal) y América Latina y el Caribe (Perú y Jamaica) . En un estudio comparativo que se realizó entre estos ocho países se determino que el número más ba jo de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos es el de Jamaica que llega a 120, el más alto es el de Nepal es de 1500, se estableció también que nuestro vecino país Perú la mortalidad materna es de 280 por cada 100.000 nacidos vivos, en nuestro país la mortalidad alcanza el 130 a 150 defunciones por cada 100000 nacidos vivos. (26)

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero de Cali, Colombia, para determinar la eficacia y condiciones de eficiencia del programa de atención del parto y posparto. El cumplimiento de las normas de admisión según el análisis de los registros y la observación estructurada fue adecuado en 61% de las usuarias. Los controles indicados durante el trabajo de parto no se realizaron por completo en 100% de las usuarias y las condiciones de eficacia del servicio de obstetricia mostraron un promedio general de 38.2% lo que indicó que la calidad potencial del servicio no fue lo suficientemente adecuada para la atención del parto y posparto. (24).

En nuestra provincia se han realizado estudios con respecto al nivel de conocimiento sobre las normas de la atención del parto en el área N° 5: el 14% de médicos y el 6% del personal paramédico manifiesta conocer sobre estas normas y protocolos, lo que significa que el conocimiento sigue siendo bajo sobre éste tema. (24). Así mismo en los cantones de Amaluza, Saraguro, Catamayo, y Zapotillo no esta en capacidad de resolver las emergencias obstétricas, las respuestas son unánimes para determinar que la falta de

profesionales de especialidad y el equipamiento necesario impiden la resolución de las mismas. Los protocolos en el manejo no son aplicados en la atención de pacientes, a pesar de que los mismos están contemplados en la guía editada por el MSP, y que debe ser considerada obligatoria para ofrecer una atención de mejor calidad. (28)

En el presente trabajo investigativo para cumplir con el primer objetivo se llevaron a cabo revisión de textos y publicaciones, concentrados mensuales de la jefatura de salud de Loja, obtención de datos del INEC.

Se evaluó la capacidad resolutiva y normas propuestas por el MSP, relacionados con el embarazo, parto normal y complicado al personal médico y paramédico, para lo cual se aplico encuestas personales y anónimas y fichas de observación.

Se revisó las guías propuestas por el ministerio, las mismas que sirvieron de base para elaborar la guía y protocolos actualizando datos, implementando gráficos didácticos en base a las necesidades y aportes del personal médico y paramédico de Macará, con el visto bueno de la DPSL.

Respecto al personal : la población estudiada fue de 15 personas, a través de 8 encuestas aplicadas al personal médico, y 7 encuestas al personal paramédico que labora en diferentes unidades operativas y hospital que conforman el área N° 7.

Con respecto a la disponibilidad y conocimiento de las normas propuestas por el MSP, el 50% del personal médico refiere que si dispone y conoce éste manual, mientras que el 85.7% de personal paramédico refiere que si dispone, el 100% refiere que si conoce. A su vez el personal médico en un 62.5% refieren que si aplican las normas y procedimientos. En cambio el personal paramédico el 85.7% lo aplica. De ésta manera se evidencia que el personal de enfermería y auxiliares a diferencia de los médicos se encuentran más informados sobre el manual de normas.

Estas normas y protocolos al ser cumplidos en un 100% permiten un mejor abordaje obstétrico de los casos complicados y no complicados disminuyendo las muertes maternas a través de un manejo clínico adecuado. La ausencia y desconocimiento de éste manual de normas influye en la calidad del servicio que ofrece desde la admisión hasta el control del post parto teniendo presente que su aplicación incrementa la precisión de las decisiones clínicas y en el manejo global de la atención

En lo referente a la evaluación de conocimientos y aplicación de las normas propuestas por el MSP, a cerca de las actividades del primer control prenatal se evidencia que el 50% de médicos tienen conocimiento suficiente, y el paramédico el 57.1% conocimiento parcial. Demostrando de ésta manera que el conocimiento sobre las actividades de un primer control prenatal son deficientes.

En la evaluación del conocimiento para determinar embarazos de alto riesgo el 75% del personal médico y el 57% del personal paramédico tiene conocimientos parciales con respecto al tema. Por lo que deducimos que en ésta área de salud el personal no se encuentra en capacidad para enfrentar embarazos complicados.

El nivel de conocimientos sobre normas para la atención del parto, se pudo poner de manifiesto que el personal médico para el manejo activo de tercer periodo del parto el 87.5% de los médicos tiene conocimientos insuficientes, conocimiento suficiente para la determinación del verdadero trabajo de parto, uso del partograma y en el control del postparto inmediato

Dentro de las actividades que debe cumplir el personal paramédico en la atención del parto el 57.1% tiene conocimientos parciales. Lo que significaría que es bajo el conocimiento sobre el manejo del tercer periodo del parto lo cual es alarmante al no existir programas de capacitación como norma del hospital en que laboran Hay que recalcar que al momento de la realización de ésta investigación no disponían de especialistas en ginecología y obstetricia en éste hospital.

El empleo de medicación tales como la oxitocina, analgésicos e hidratación durante la atención del parto del personal médico y paramédico es excelente únicamente en el 13..3% y parcial en el 46.7%. se deja notar que existe un parcial conocimiento sobre las normas para la atención del parto y por ende el incumplimiento de los estándares maternos.

El 66.7% del personal médico y paramédico refiere que no disponen de insumos, recursos humanos técnicos y físicos para la atención de un embarazo y parto complicado, y disponen en parte el 26.7%.

Para asegurar su cumplimiento las normas deben difundir de modo oportuno y deben permitir cambios y ajustes sugeridos por todo el personal; además se debe suministrar insumos, servicios y recursos humanos que contribuyan a mejorar la calidad de atención de cada unidad operativa y del hospital

CONCLUSIONES

Al analizar el presente trabajo de investigación se puede concluir:

1.- Se realizó un diagnóstico de salud para conocer la realidad del área de Macará en el cual pusimos énfasis en características de la población, vivienda salubridad, niveles de atención, salud reproductiva, costumbres y producción.

2.- En la evaluación de conocimientos sobre las normas y protocolos del MSP año 2000 se concluyó:

-La ausencia del manual de normas que rige el manejo de la usuaria en el servicio de obstetricia para el Nivel I de atención influye en la calidad del servicio que ofrece desde la admisión para el parto hasta el control del posparto. La existencia de documentos escritos incrementa la precisión y la objetividad en las decisiones clínicas, pues dan mayor respaldo y menor responsabilidad individual en los diagnósticos, en la selección de tratamientos y en el manejo global de la atención.

- El personal paramédico tiene un mejor conocimiento que los médicos sobre el manual de normas propuestas por el MSP.

- Falta de conocimiento acerca de normas para el control prenatal tanto en el personal médico y paramédico.

- Los médicos tienen un nivel de conocimiento insuficiente sobre normas para la atención del parto, llamando la atención que en su mayoría desconocen como se realiza el manejo activo del tercer periodo de parto. El personal paramédico tiene déficit de conocimientos sobre el tema.

- No se cumple con la administración de medicación durante el parto según establece la norma.

- El área de salud N° 7 no dispone de materiales ni recursos humanos para hacer frente a una complicación del embarazo y parto.

3.- Se elaboró una guía didáctica de fácil manejo y comprensión con datos actualizados y poniendo énfasis en las sugerencias que el personal de salud realizó.

4..- Se realizó un taller de sociabilización en la cual se presentó las guías elaboradas para su validación, las mismas que luego fueron editadas e impresas por el departamento de publicaciones conjuntamente con el MSP, y entregadas a las diferentes áreas de salud de nuestra provincia.

RECOMENDACIONES

Para poder mejorar la capacidad resolutiva, tomando en cuenta que los resultados obtenidos fueron en mayor parte por el desconocimiento de las normativas y su aplicación se propone que el Ministerio de Salud de mayor difusión y acceso al manual en todas las Áreas de Salud de nuestra provincia.. Y a su vez realice un monitoreo permanente con el fin de que éstas se cumplan.

Para asegurar su cumplimiento, las normas deben difundir de modo oportuno y deben permitir cambios y ajustes sugeridos por todo el personal; además, se debe establecer un sistema de monitoreo permanente del servicio de obstetricia que permita corregir resultados como los que se hallaron en este estudio.

Que el personal médico y paramédico especialmente los médicos generales se instruyan y pongan en práctica las normativas como parte de su labor diaria, ayudando de esta manera a una adecuada atención de eventos normales e identificar y prevenir las complicaciones.

Ponemos a su consideración la guía de normas actualizadas, para que sean sociabilizadas y difundidas, además para que sirvan de respaldo para el manejo oportuno y preciso de las pacientes obstétricas

Que el presente trabajo de investigación sirva como punto de partida para que la Universidad en unidad con el MSP, continuemos trabajando de manera permanente en la capacitación y actualización de las normativas y así disminuir la morbimortalidad materna-infantil.

RESUMEN

El propósito del presente trabajo investigativo fue realizar un diagnostico de salud del área N° 7, evaluar la capacidad resolutiva y técnica de las normas propuestas por el MSP, relacionadas con el embarazo, parto normal y complicado, revisar y elaborar las guías sobre la atención del embarazo y parto normal y complicado, y validarlas para su edición final.

Se realizó un estudio descriptivo –transversal en el Cantón Macará Provincia de Loja año 2008, para el diagnóstico de salud se revisaron datos existentes en la jefatura de salud de Loja, INEC, y múltiples textos publicados.

Para determinar la capacidad resolutiva y aplicación de las normas para la atención del embarazo, parto normal y complicado se realizo encuestas personales y anónimas sobre los conocimientos, y fichas de observación directas que fueron realizadas por las investigadoras.

Se revisó las guías y protocolos ya establecidas por el MSP del Ecuador, se actualizaron datos con la finalidad elaborar una propuesta bajo el visto bueno de la DPSL, se realizó un taller de validación de la guía en la cual participaron el personal médico y paramédico del área N° 7, representantes del departamento de investigaciones de la UNL área de la salud, representantes del MSP, y las atoras , en este taller se obtuvieron sugerencias y opiniones que fueron tomadas en consideración para la elaboración de la guía final para su edición y distribución.

Podemos concluir que la capacidad resolutiva del personal de salud de ésta área es insuficiente, y al no contar con materiales y recursos humanos se dificulta la atención de un embarazo y parto complicados. Por lo cual es necesario la difusión de nuestra guía que servirá como importante método de apoyo y aprendizaje.

SUMMARY

The purpose of the present investigative work was to carry out an I diagnose of health of the area N° 7, to evaluate the resolutory capacity and technique of the norms proposed by the MSP, related with the pregnancy, normal and complicated childbirth, to revise and to elaborate the guides on the attention of the pregnancy and normal and complicated childbirth, and to validate them for its final edition.

He/she was carried out a descriptive study-traverse in the Canton he/she will Rot County of Loja year 2008, for the diagnosis of health existent data were revised in the headquarters of health of Loja, INEC, and multiple published texts.

To determine the resolutory capacity and application of the norms for the attention of the pregnancy, normal and complicated childbirth one carries out personal and anonymous surveys on the knowledge, and direct observation records that were carried out by the investigators.

It was already revised the guides and protocols settled down by the MSP of the Ecuador, data were upgraded with the purpose to elaborate a low proposal the seen good of the DPSL, he/she was carried out a shop of validation of the guide in the one which participarón the medical personnel and paramedic of the area N° 7, representatives of the research department of the UNL area of the health, representatives of the MSP, and you choke them, in this shop suggestions and opinions were obtained that were taken in consideration for the elaboration of the final guide for their edition and distribution.

We can conclude that the resolutory capacity of the personnel of health of this area is insufficient, and when not having materials and human resources it is hindered the attention of a pregnancy and complicated childbirth. Reason why it is necessary our guide's diffusion that it will serve as important support method and learning.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
NIVEL DE POST-GRADO
ESPECIALIDAD: GINECO-OBSTETRICIA

Medico(a).
Un equipo de trabajo preocupado por mejorar la calidad de atención de las pacientes embarazadas y la atención del parto en la zona de frontera de nuestra provincia solicitamos a Ud. contestar la siguiente encuesta.

¿Conoce Ud. a cerca de las Normas y Procedimientos de la Maternidad Gratuita relacionado con el Embarazo, parto y puerperio normal y complicado que mantiene el Ministerio de Salud?

Si NO

¿Existe el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención del Embarazo, parto y puerperio normal y complicado en el Área donde Ud. labora?

Si No

Aplica Ud. las normas establecidas por el MSP.

Si No

¿Conoce Ud. cuantos controles prenatales son los mínimos eficientes considerados como norma por el MSP?

……..
¿Qué actividades comprende un primer Control prenatal?
……
……
……

Llena Ud. el carnet materno en la consulta prenatal?

Si No

Porque……
.

Cuales son los exámenes de laboratorio que incluyen un primer control prenatal?

……
……
……

¿Qué actividades comprende un Control prenatal subsecuente?

……
……
……
……

Conoce cual es el esquema de vacunación antitetánica.

SI NO

Indique el esquema…….

Que patologías considera Ud. para determinar que un embarazo es de alto riesgo?

……
……

Como establece Ud que una paciente embarazada esta anémica?

……

Que usa Ud para prevenir las malformaciones del Tubo Neural y cuando utiliza?

……

Cuales son los periodos del parto?

……
……
……

Como considera Ud si una paciente se encuentra en verdadero trabajo de parto?

……

……

……

Que valora Ud. a través del tacto vaginal?

……

……

……

Que valora al tacto vaginal para considerar que una pelvis es adecuada para el parto?

……

……

……

Que medicación Ud. usa en la atención del parto normal?

……

……

Cuenta con la medicación necesaria para la atención del parto en su unidad operativa?

……

……

Realiza Ud. episiotomía?

No Si en que casos……

Como se realiza el manejo activo del tercer periodo del parto?

……

……

……

Como Ud. Establece que un parto es complicado?

……

……

Que se valora en el partograma?

……

……

Que valoramos en el posparto inmediato

……

……

……

Que complicaciones a tenido Ud. en la atención del parto y posparto inmediato.

……

……

……

Cuenta Ud. con insumos y recursos humanos, físicos y técnicos para atender una complicación del embarazo y parto?

……

……

……

Por su colaboración gracias.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
NIVEL DE POST-GRADO
ESPECIALIDAD: GINECO-OBSTETRICIA

PERSONAL PARAMEDICO: ENFERMERAS –AUXILIARES DENFERMERIA

Un equipo de trabajo preocupado por mejorar la calidad de atención de las pacientes embarazadas y la atención del parto en la zona de frontera de nuestra provincia solicitamos a Ud. contestar la siguiente encuesta.

¿Existe el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención del Embarazo, parto y puerperio normal y complicado en el Área donde Ud. labora?

Si No

¿Conoce Ud. a cerca de las Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva que mantiene el Ministerio de Salud?

Si NO

Aplica Ud. las normas establecidas por el MSP.

Si No

¿Conoce Ud. cuantos controles prenatales son los mínimos eficientes considerados como norma por el MSP?

……..

Que formularios deben incluir en una historia clínica de una paciente embarazada primera consulta?

……
……
Solicita Ud. la presentación del carnet materno previo a la consulta médica?

Si No

Realiza la postconsulta

Si No

Porque……
.

¿Qué actividades comprende un primer Control prenatal?
……
……
……
Cuáles son los exámenes de laboratorio que incluyen un primer control prenatal?
……
……
……
Que actividades específicas cumple una enfermera en la atención del embarazo.
……
……
Conoce cuál es el esquema de vacunación antitetánica en las pacientes embarazadas.

Si No

Indiíquelo……

Que patologías considera Ud. para determinar que un embarazo es de alto riesgo?

……
……

Cómo establece Ud que una paciente embarazada esta anémica?

……

Cuáles son los periodos del parto?

……

Cómo considera Ud. si una paciente esta en verdadero trabajo de parto?

……
……

Que medicación Ud. usa en la atención del parto normal?

……
……

Cuenta con la medicación necesaria para la atención del parto en su unidad operativa?

……
……

Que actividades específicas cumple una enfermera en la atención del parto.

……
……

Como Ud. Establece que un parto es complicado?

……
……

Que valoramos en el posparto inmediato

……
……
……

Cuenta Ud con los insumos, recursos humanos, técnicos y físicos para hacer frente a un embarazo y parto complicado

……
……
……..

Por su colaboración gracias.

GUÍA DE OBSERVACIÒN DE MATERIALES, SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTARTO NORMAL Y COMPLICADO

SALA DE PARTOS	EXISTE		NO EXISTE
	ADECUADO	INADECUADO	
Instrumental de parto.			
Ropa para parto.			
Equipo de revisión de cérvix			
Equipo de Legrado.			
Lámpara cuello de Ganso			
Mesa Ginecológica.			

CUADRO DE OBSERVACION DE MATERIALES EN SALA DE PARTOS, POSTPARTO, Y CONSULTA

OTROS	EXISTE		NO EXISTE
	ADECUADO	INADECUADO	
Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud Reproductiva.			
Balanza.			
Estetoscopio			
Tensiómetro			
Jeringuillas 3, 5, 10, 20 cc			
Guantes quirúrgicos			
Llave de 3 vías			
Sondas Foley Nro 16 o 14.			
Tanques de Oxigeno.			
Monitor cardiopulmonar			
Maquina de Anestesia.			
Laboratorio Clínico (Exámenes minino indispensables)			

CUADRO DE MEDICACIÓN INDISPENSABLE PARA LA ATENCIÓN DE PARTO, POSTPARTO Y CONSULTA.

MEDICAMENTOS	EXISTE		NO EXISTE
	ADECUADO	INADECUADO	
Oxitocina			
Methergin			
Expansores de volumen (L/R, SS 0.9%, Haemacel)			
Xilocaina al 2% sin epinefrina			
Misoprostol.			
Sulfato de Magnesio.			
Bicarbonato de Calcio			
Fenoterol (Berotec)			
Nipedipina.			
Hidralazina.			
Indometacina.			
Ampicilina.			
Sulfato Ferroso			
Ac. Fólico.			
Betametazona o Dexametasona			
Diclofenac Sódico.			

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Normas y Procedimientos para la atención de la salud reproductiva. MSP Año 2000

2. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C. "Ginecología y Obstetricia" 3ª Edición. Méndez editores S.A. de C.V. Mayo de 1998. Pág. 85 – 101.

3. Scott – DiSaian – Hamimond "Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth" 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana México 1994 Pág. 127 – 162.

4. Secretaria de Salud Yolanda Senties Echeverria (Dir. General de Atención Materno Infantil) "Proyecto de norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación de servicios" 1993 Pag. 62 – 63.

5. Ralih C. Benson, M.D. "Manual de Ginecología y obstetricia" 7ª Edición. El manual moderno, S.A. de C.V. México 1985 Pag 105 – 128.

6. w w w. mujer total.com/ editorial / pres / salud. w w w. fertilab. Net.

7. Williams. “OBSTETRICIA” 21ª edición 2002. Pag. 368-387.

8. Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Editorial .

9. Panamericana, Buenos Aires Argentina. 1987. Friedman AE. Cuadros de trabajo de parto con índices de riesgo. Clin Obstet Ginecol. Marzo, 1973; (1): 172-183.

10. Benson R. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 1979. Editorial El Manual Moderno S.A. Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina. 1987.

11. Carrera JM. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Daxeus, Salvat Editores S.A.

12. Barcelona, España, 1986. **Tecnologías de Parto Apropiadas" – OMS**

13. 1999-2008 Planeta Mamá

14. wwwginecologomx.com

15. Sharma S, El-Rafey H. Postpartum hemorrhage. In: James DK, Mahomed K, Stone P, van Wijngaarden W, Hill LM editors. Evidence-Based Obstetrics. London: Saunders; 2004. p.381-384

16 .A Textbook of postpartum hemorrhage. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Sapiens Publishing.Dunkow. UK. 2006. Accesible en:http://www.sapienspublishing.com/medicalpublications.php?view=1#1.

17. González Rodríguez G, García Sardiña A, Hernández Hernández D, Hernández Cabrera J, Suárez Ojeda R. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica. RCOG [en línea] 2003 [18 de octubre de 2005]; 29(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin04103.htm

18. Gomez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000;26(2):99-114.

19. Valdez G, Oyarzun E. Síndromes hipertensivos del embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, de. Obstetricia 3ra edición. Chile: publicaciones técnicas Mediterráneas, 1999:594-621.

20. Buchbinder A, Sibai BM, Caritis S, et al.Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe
gestational hypertension than in mild preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:66-71.

21. Isler CM, Barrilleaux PS, Magann EF, et al A prospective,Randomized trial comparing the efficacy of dexamethasone and betamethasone for the treatment of antepartum HELLP (hemolysis, elevated
liver enzymes, and low platelet count) syndrome. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1332-7.

22. Embarazo y parto de alto riesgo. Gilbert Harmon. 3ra edición .2003. Pag.692-702.

23. Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Sistema Nacional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México 1992.

24. Pabón H, evaluación de los Servicios de Salud, Editorial XYZ, Cali 1985.

25.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Washington D.C 1986. Pag. 4-5

26. Bureau. 1997. Hoja Población Mundial

27. Pérez Marlene, Carrión Ximena. Capacidad resolutiva y aplicación de normativas para la atención del parto en las unidades de salud del MSP, Hospital de Cariamanga período Nov.2007- Abril 2008. Pag 23.

28. Santorum Catherine…. Capacidad resolutiva en Emergencias Obstétricas en los hospitales de Amaluza, Saraguro, Cata mayo, Zapotillo y Loja del MSP de la provincia de Loja año 2007. Pags. 28-45