


MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Servicios de Salud



Normas y
Protocolos
para la Atención
de las
Complicaciones
Obstétricas



Gobierno de Nicaragua
Ministerio de Salud
Minsa



Hemorragia Postparto



- Várices.
- Macrosomía.
- Polihidramnios.
- Síndrome hipertensivo gestacional.
- Grandes trayectos a pie.
- Miomatosis uterina.
- Antecedente de coagulopatía.
- Púrpura trombocitopénica.
- Anemia.
- Las mujeres con antecedentes de placenta previa, de incisiones uterinas, tienen incrementado el riesgo de presentar sangrado postparto.
- Embarazo múltiple.

DURANTE EL PERÍODO CERCANO AL PARTO

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

DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- Inducción y conducción con oxitocina.
- Uso excesivo de oxitocina.
- Parto prolongado.
- Parto precipitado.
- Maniobras obstétricas no recomendadas.
- Alumbramiento con maniobras no recomendadas (tracción del cordón, maniobra inadecuada de credé).
- Manipulación excesiva, masajes enérgicos.

Contenido

TEMA: HEMORRAGIA POSTPARTO

Introducción

1. **Nombre del Procedimiento**
2. **Información General del Procedimiento**
 - Especialidad
 - Servicio
 - Nivel de Resolución
 - Fecha de Actualización
3. **Información Específica del Procedimiento**
 - Orientación Clínica Básica
 - Definición del Evento
 - Objetivo
 - Etiología
 - Factores de Riesgo
 - Clasificación
4. **Diagnóstico**
 - Manifestaciones Clínicas
 - Exámenes Complementarios
 - Diagnóstico Diferencial
5. **Tratamiento**
 - Tratamiento Médico
 - Tratamiento Quirúrgico
 - Complicaciones
 - Criterios de Hospitalización
 - Criterios de Referencia
 - Control y Seguimiento
 - Criterios de Alta Médica
6. **Flujograma**
7. **Bibliografía**



- Aplicación de fórceps.
- Agotamiento materno.
- Deshidratación.
- Cesárea.
- Corioamnionitis.
- Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- Administración de anestésicos que provocan hipotonía uterina, ej. Halotane.
- Atención no calificada del parto.
- Personal de salud insuficiente o no entrenado en emergencias obstétricas.
- Insuficiente dotación de recursos materiales en las unidades de salud para la atención de este evento.

- Es fundamental identificar las condiciones que pueden predisponer a hemorragia postparto.
- Las mujeres que no tienen condiciones que pueden predisponer a hemorragia postparto, también pueden presentarlo como una complicación durante la atención del trabajo de parto.
- Las mujeres en general y sobre todo las de lugares distantes deben recibir atención calificada del parto y de ser posible atendidas en unidades de salud y hogares maternos en donde se les pueda brindar manejo activo del tercer periodo del parto.
- Independientemente de los factores de riesgo, toda mujer está expuesta a presentar hemorragia del alumbramiento y postparto

CLASIFICACIÓN

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

Introducción

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

LA HEMORRAGIA PUEDE SER

- **EXTERNA:** es lo más frecuente, la sangre fluye hacia el exterior lo cual facilita el diagnóstico
- **INTERNA:** se colecciona en el interior del útero que se distiende hasta adquirir un volumen mayor de lo normal y la sangre puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos.
- **MIXTO:** al combinarse ambas posibilidades exteriorizándose una parte del sangrado mientras el resto se acumula en el útero.

El flujo de sangre puede ser lento pero en otras ocasiones puede ser masivo que obliga a actuar de inmediato.

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

Cada año son muchas las muertes maternas por esta causa, su evolución depende del sitio en donde se brinde la atención del evento obstétrico, de la calidad del recurso que atiende, de si se encuentra en domicilio o en una unidad de salud y de si ésta tiene la capacidad de atender la Emergencia que representa la hemorragia postparto y de la oportunidad y la calidad de atención que le ofrece el sistema de salud.

Los recursos de salud y el sistema de atención deben estar preparados para brindar una atención preventiva del sangrado como primera prioridad y en segundo lugar ser capaces de controlar el sangrado y dar una respuesta inmediata pues cualquier atraso puede provocar secuelas o muertes maternas.

4. Diagnóstico

Manifestaciones clínicas Hemorragia post parto³

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

Adaptación IMPAC

³ Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrcas y médicos IMPAC (S29)

1. Nombre del Procedimiento

Protocolo para la Atención de la Hemorragia Postparto

2. Información General del Procedimiento


- **Especialidad:** Ginecología y Obstetricia.
- **Servicio:** Ginecología y Obstetricia.
- **Nivel de Resolución:** I y II Nivel de atención.
- **Fecha de Actualización:** Revisar en el año 2009.

3. Información Específica del Procedimiento

Orientación Clínica Básica

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

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



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

ELEMENTOS ESENCIALES PARA EL MANEJO

- Identificar el origen del sangrado.
- Estabilizar hemodinámicamente a fin de prevenir o tratar el shock.
- Controlar el sangrado del canal del parto.
- Estimular la contracción uterina y la remoción de la placenta o restos placentarios.

CONSIDERACIONES:

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

Se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia postparto^{4,5}. Su repercusión está determinada por las condiciones físicas de la parturienta, una mujer con un nivel de hemoglobina normal, tolera una pérdida de sangre que probablemente puede ser mortal para una mujer con anemia considerable.

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

⁴ Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrico, dirigido a personal médico, MINSA, marzo 2001 (93)
⁵ Pautas Generales para la Organización y Normalización de Atención a la Emergencia Obstétrica, MINSA (64)

DEFINICIÓN

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

OBJETIVO

- El protocolo tiene como objetivo establecer la atención que deberá brindarse a la mujer inmediatamente después del parto a fin de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna secundaria a la hemorragia.

ETIOLOGÍA**Causas de Hemorragia Posterior al Nacimiento****ANTES DE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA:**

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

DESPUÉS DE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA

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

FACTORES DE RIESGO¹**DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL**

- Antecedente de hemorragia del alumbramiento
- Primigesta.
- Gran múltipara.

¹ Pautas Generales para la Organización y Normalización de Atención a la Emergencia Obstétrica. Ministerio de Salud. Managua, 64-71.

Frecuencia: La Hemorragia Postparto se Produce en un 13% de Casos⁶**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

- Biometría hemática completa. ■ Tipo y RH.
- Tiempo de sangría.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Tiempo de protrombina.
- Recuento de plaquetas.
- Glicemia. ■ Urea.
- Creatinina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

5. Tratamiento Médico-quirúrgico

Prevención de la Hemorragia Postparto

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto(o postcesárea en el segundo Nivel de Atención) deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer periodo del parto.^{7, 8} (ver Anexo No. 7) cuyos componentes más importantes son:

- Administración inmediata de 10 UI de oxitocina IM en el momento de la expulsión del hombro anterior.
- Pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto del nacimiento.
- Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino.
- Continuar masaje uterino a fin de propiciar la expulsión de la placenta y la formación del globo de seguridad de Pinard.

⁶ Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto, Guía para Obstetras y Médicos IMPAC (5-27)
⁷ Prendiville WJ, Elbourne D, McDonalds S, Carroll G and Wood J. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane review). The Cochrane library. Issue 1 2003. Oxford Update Software

⁸ Prendiville WJ, Elbourne D, McDonalds S. Active versus expectant management in third stage of labour (Cochrane review). The Cochrane library. Issue 1 2003. Oxford Update Software

HALLAZGOS FÍSICOS EN EL SHOCK HEMORRÁGICO

Hallazgo físico	Leve (Clase I)	Moderado (Clase II-III)	Severo (Clase IV)
Piel.	Palidez, extremidades frías, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.	Palidez, extremidades frías, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.	Palidez, extremidades frías y pegajosas, llenado capilar lento, venas subcutáneas colapsadas.
Conciencia.	Normal.	Ansiosa.	Agitada, inquieta/ Confusión, sensibilidad al dolor atenuada.
Frecuencia Cardíaca.	Normal.	Taquicardia.	Taquicardia
Presión Arterial.	Normal.	Hipotensión postural.	Hipotensión supina
Diuresis.	Normal.	Oliguria (< 30 ml/ hora).	Oliguria/ Anuria
Pérdida Sanguínea (%).	500- 1000 ml (10-20%).	1000-2000 ml (20-40%).	> 2000 ml (> 40%)
Frecuencia Respiratoria.	Normal	Taquipnea (30-40 por minuto).	Taquipnea (> 40 por minuto), Bradipnea (< 20 por minuto).

NOTA

El paso de shock en etapa moderada (Clase II-III) a etapa severa (Clase IV) no diagnosticada inicialmente, puede ocurrir rápidamente al menos que se atienda adecuadamente.

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

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

Manejo en el Primer Nivel de Atención para la Hemorragia Postparto

Cuando durante la atención del parto se presenta hemorragia acompañada de signos y síntomas que establecen el diagnóstico de atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención total o parcial de placenta, inversión uterina, rotura uterina, hemorragia tardía postparto, debe estabilizarse y brindarse atención a la paciente independientemente del sitio donde se presenta la complicación obstétrica y posteriormente brindar condiciones para el traslado a la unidad de mayor capacidad resolutive (COE completo) en los casos que así se requiera (rotura e inversión uterina, acretismo placentario, etc).

CONDICIONES PARA EL TRASLADO (VER ANEXO NO. 1)

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

Segundo Nivel de Atención Manejo Intrahospitalario

ATONÍA UTERINA O HIPOTONÍA UTERINA

- Realice masaje uterino externo de forma constante.
- Verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados o se extrajeron completamente.
- Administre oxitocina, 20 UI diluidos en 1,000 ml de solución salina al 0.9% o Ringer, IV a 60 gotas por minuto, modifique según respuesta.
- Si pasados 5 minutos el sangrado y atonía o la hipotonía uterina no cede:
Practique determinación de Hematocrito y Hemoglobina de urgencia, tome muestra de sangre y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfudir sangre total o paquete globular si es necesario.

Vigile signos vitales y prevenga un estado de shock.

Vigile la magnitud del sangrado.

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

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

USO DE LOS MEDICAMENTOS OXITÓCICOS

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

Adaptación y modificación IMPAC

Si la atonía y el sangrado uterino ceden cumplir indicaciones de una vez extraída o expulsada la placenta (ver Anexo No. 12) y hacer revisión del canal del parto.

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

- Compresión bimanual del útero, (ver Anexo 9).
- Compresión de aorta abdominal, (ver Anexo 9).

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

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

- a. Ligadura de arteria uterina y uteroovárica, (ver Anexo 10).
- b. Histerectomía subtotal o total abdominal, (ver Anexo 11).

Desgarro del cuello uterino, la vagina o el perineo

- Examine a la mujer cuidadosamente, identifique el origen del sangrado y descarte hipotonía o atonía uterina y retención parcial de placenta y anexos. Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto, la hemorragia postparto con útero contraído generalmente se deben a un desgarro del cuello uterino o de la vagina.
- Suture los desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo (ver Anexos No. 15 y 16).
- Si el sangrado continúa evalúe el estado de la coagulación realizando la prueba junto a la cama (ver Anexo No. 5). La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos, sugiere coagulopatía.



Retención de Placenta

RETENCIÓN TOTAL DE PLACENTA

- Valore el estado general.
- Controle signos vitales.
- Canalice con bránula número 16 o de mayor calibre y establezca hemodinámicamente. Si existe estado de shock o inestabilidad hemodinámica, administre solución IV de Lactato de Ringer, 1,000 ml a 40 gotas por minuto o infusión rápida, según necesidad (maneje como shock).

- Si la placenta no se ha expulsado después de 15 minutos con manejo activo o 30 minutos sin el mismo:
Administre Oxitocina 10 UI en 1,000 ml de solución salina al 0.9% o ringer a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.
- Estime la cantidad de sangre perdida.
- Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minuto y así lograr la expulsión de la placenta.
- Practique tensión controlada del cordón umbilical en los momentos de contracción uterina.
- Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).
- Si no se logra la expulsión de la placenta proceda a brindar condiciones para una extracción manual de placenta de inmediato, ver Elementos Claves para extracción manual de placenta retenida (condiciones y técnica de la extracción manual de placenta, ver Anexo No. 12).
- Si no se logra extraer manualmente la placenta pensar en acretismo placentario e indicar laparotomía exploradora a fin de realizar histerectomía abdominal total o subtotal.

RETENCIÓN PARCIAL DE PLACENTA. (ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO)

- Si la retención de placenta es parcial y las membranas se desgarran y no se expulsaron completamente, puede no haber sangrado y estar el útero contraído, proceda a extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms y una pinza de Foersters, en caso necesario practique el legrado digital o un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.
- Tener presente la posibilidad de una placenta acreta que durante la extracción sobre todo si es forzada, puede provocar lesiones uterinas o perforación uterina y ser la causa del sangrado, en estos casos, es recomendable la Histerectomía sub total o Total Abdominal.
- Si el sangrado no cede piense en la probabilidad de una coagulopatía.

UNA VEZ EXTRAÍDA O EXPULSADA LA PLACENTA

- Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.
- Mantenga la infusión de oxitocina por 6 horas.
- Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.

- Confirme los valores de Hematocrito y Hemoglobina, transfusión sanguínea si es necesario .
- Indique sulfato o fumarato ferroso.
- Indique antibióticoterapia (ver Anexo No. 12).
- Brindar consejería con dotación de un método anticonceptivo.

Inversión Uterina

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

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

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

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

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

Si no se logra restituir el útero realizar laparotomía exploradora para restitución quirúrgica del útero (ver Anexo No. 17).

Hemorragia Tardía Postparto

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

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

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

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

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

Desgarros Parcial o Total del Útero (rotura uterina). (Ver hemorragias de la segunda mitad del embarazo).

COMPLICACIONES

- Anemia.
- Shock hipovolémico.
- Endometritis.
- Sepsis generalizada.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Sangrado transvaginal con compromiso hemodinámico.
- Retención de placenta.
- Grandes desgarros.
- Partos extrahospitalarios.
- Mujeres con patologías que constituyen factores de riesgo para el sangrado posparto durante su atención (macrosomía, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, etc.).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Carencia de recursos humanos calificados.
- Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.
- Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.
- Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos de un área de salud.

CONTROL Y SEGUIMIENTO

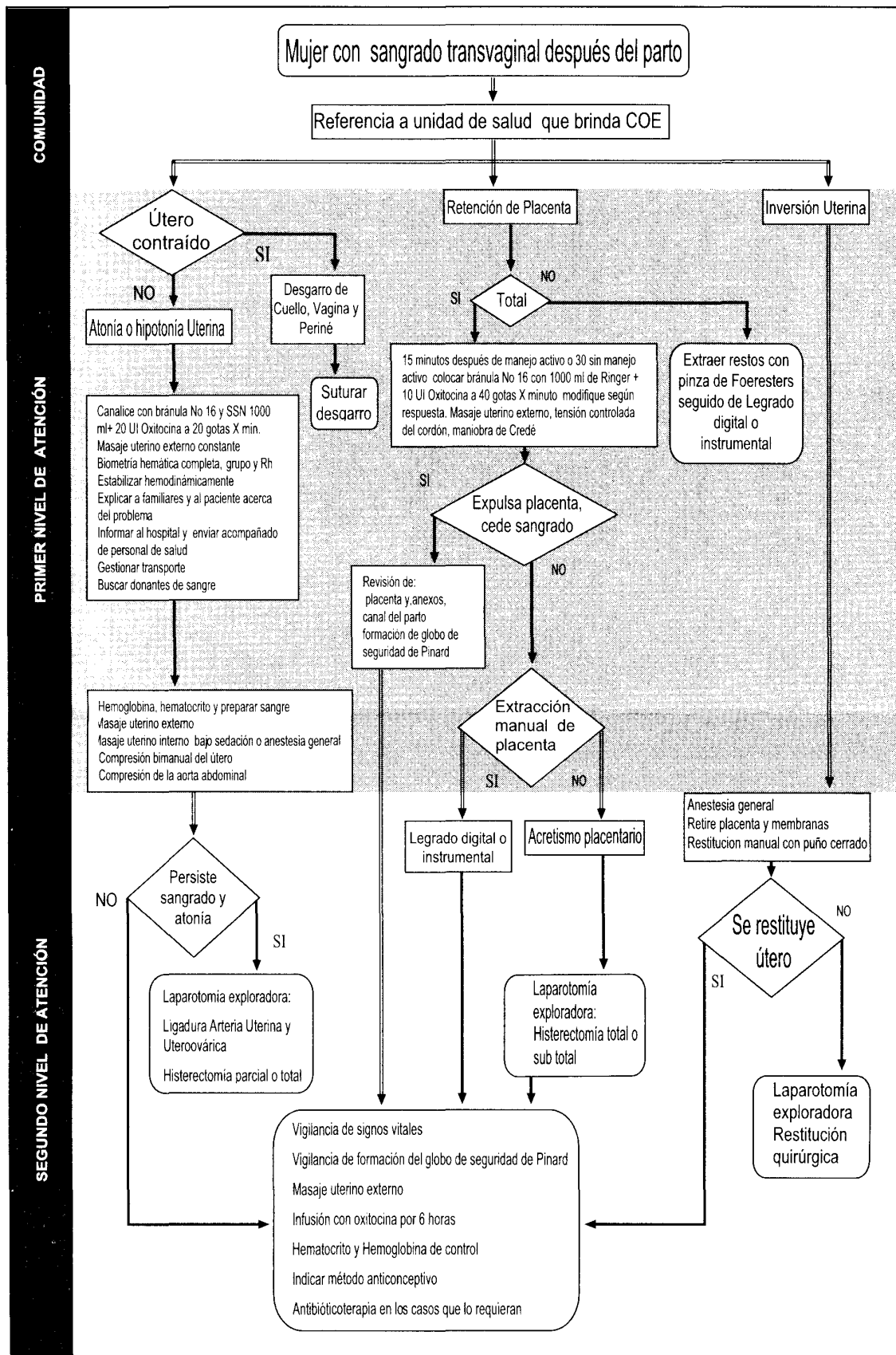
- Vigilancia del sangrado.
- Control estricto de los signos vitales cada 15 minutos por dos horas, luego cada 30 minutos por 4 horas, luego cada 4 horas.
- Control de ingeridos y eliminados.
- Estado de conciencia.
- Administración de tratamiento.
- Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia.
- Consejería y oferta de método de planificación familiar.
- Consejería sobre lactancia materna.
- Dieta adecuada a sus requerimientos.
- Referencia a unidad de salud especializada.
- Retiro de puntos y continuidad del tratamiento.
- Administre dT.
- Administre Sulfato Ferroso.

CRITERIOS DE ALTA MÉDICA

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



HEMORRAGIA POSTPARTO



7. Bibliografía

1. *Anti-shock garment provides resuscitation and homeostasis for obstetric haemorrhage*. Hensleigh PA.2002.
2. Gulmezoglu AM and Hofmayer GJ. *Prevention and treatment of postpartum hemorrhage and Maternal Morbidity and Mortality*. Cap. 20. RCOG Press, London, UK, 2002.
3. MINSA. *Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica*, dirigido a personal médico, 1ª Edición, marzo 2001 p 239.
4. MINSA. *Pautas generales para la Organización y Normatización de Atención a la Emergencia Obstétrica*.
5. Ministerio de Salud, Perú. *Guía de Atención de Emergencias Obstétricas*. Tercera edición, septiembre 2004. Ayacucho, Perú.
6. OMS. *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para obstetras y médicos IMPAC*. Traducción en español, 2002, p 326.
7. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonals S, Carroil G and Wood J. *Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour* (Cochrane review). The Cochrane lybrari, Issue 1 2003. Oxfoed Update Software.
8. Prendiville WJ., Elbourne D., McDonals S. *Active versus expectant management in third stage of labour* (Cochrane review). The Cochrane lybrari, Issue 1 2003. Oxfoed , Update Software.

Sepsis Puerperal

Contenido

TEMA: SEPSIS PUERPERAL

Introducción

1. **Nombre del Procedimiento**
2. **Información General del Procedimiento**
 - Especialidad
 - Servicio
 - Nivel de Resolución
 - Fecha de Actualización
3. **Información Específica del Procedimiento**
 - Orientación Clínica Básica
 - Definición del Evento
 - Objetivo
 - Etiología
 - Factores de Riesgo
 - Clasificación
4. **Diagnóstico**
 - Manifestaciones Clínicas
 - Exámenes Complementarios
 - Diagnóstico Diferencial
5. **Tratamiento**
 - Tratamiento Médico
 - Tratamiento Quirúrgico
 - Complicaciones
 - Criterios de Hospitalización
 - Criterios de Referencia
 - Control y Seguimiento
 - Criterios de Alta Médica
6. **Flujograma**
7. **Bibliografía**



Introducción

Las infecciones ginecoobstétricas se presentan durante la gestación, el puerperio y afectan al aparato genital femenino. Es una de las primeras causas de muerte materna en Nicaragua y se presenta con una frecuencia del 8% de todos los partos¹.

La fiebre, el dolor, el sangrado o exudados vaginales con mal olor y el útero que no involuciona son los signos y síntomas clínicos de las infecciones en el puerperio. Si no se administra tratamiento o es inadecuado, estas infecciones evolucionan desde infecciones localizadas a generalizadas y se propagan por vía hemática o linfática o por contiguidad a órganos vecinos. Las infecciones del embarazo, así como del parto y del puerperio pueden presentar el mismo tipo de complicaciones.

Algunos signos y síntomas pueden estar encubiertos, sobre todo si la mujer estuvo recibiendo antibióticos previamente. La mayoría de los gérmenes son de origen endógeno, por contaminación durante la atención del parto, práctica de procedimientos (tactos repetidos), uso de instrumental contaminado o por el tiempo que dura la atención del evento obstétrico, por estas razones debe hacerse énfasis en las técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del aborto, parto, cesárea y procedimientos quirúrgicos.

Los cuidados en estos períodos se deben orientar a utilizar técnicas adecuadas de atención, a determinar las mujeres con riesgo de infección, al uso de antibióticos en forma profiláctica y a instaurar terapias antibióticas que abarquen el espectro de gérmenes que provoquen los procesos infecciosos y que estos antibióticos se administren durante el tiempo necesario.

1. Nombre del Procedimiento

Protocolo para la Atención de la Sepsis Puerperal



¹ Pautas Generales para la Organización y Normalización de la Atención a la Emergencia Obstétrica, MINSA, 2000 p 14

2. Información General del Procedimiento

- **Especialidad:** Ginecología y Obstetricia.
- **Servicio:** Ginecología y Obstetricia.
- **Nivel de Resolución:** II y III Nivel.
- **Fecha de Actualización:** Actualizar en el año 2009.

3. Información Específica del Procedimiento

Orientación Clínica Básica

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

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

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

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

El estandarizar el abordaje clínico de esta complicación contribuirá a reducir las posibilidades de sepsis grave principalmente con el uso de antibióticos profilácticos y el tratamiento oportuno conduciendo a disminuir la morbi-mortalidad materna.

Definición del Evento

Es una infección localizada inicialmente en el tracto genital femenino, que aparece como complicación, después del aborto o del parto. Puede propagarse por continuidad, contigüidad, vía hemática o linfática.

Objetivo

El protocolo tiene como objetivo establecer la atención que deberá brindarse a la mujer cuando se presentan complicaciones de tipo infecciosa después de un aborto, del parto a fin de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna secundaria a la sepsis.

Etiología

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

Los Gérmenes más Frecuentes son:**BACTERIAS GENITALES AERÓBICAS**

- ☛ Streptococcus Alfa y Beta-hemolítico, streptococcus viridans.
- ☛ Staphylococcus coagulasa negativo.
- ☛ Escherichia coli.

BACTERIAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- ☛ Neisseria gonorrhoeae.
- ☛ Chlamydia trachomatis.
- ☛ Mycoplasma genitalis (hominis).
- ☛ Gardnerella vaginalis.

BACTERIAS GENITALES ANAERÓBICAS

- ☛ Peptostreptococcus.
- ☛ Clostridium (C. perfringes)
- ☛ Actinomyces (asociado a DIU.)
- ☛ Peptococcus.
- ☛ Bacteroides fragilis (Anaerobio productor de B-lactamasa).
- ☛ Prevotella (Anaerobio productor de B-lactamasa).



FACTORES DE RIESGO

- Aborto inducido en condiciones no seguras (séptico): durante la atención busque siempre signos de infección o lesión uterina vaginal o intestinal.
- Ruptura Prematura de Membranas (mayor de 6-8 horas).
- Manipulación excesiva del canal del parto (tactos repetidos).
- Inadecuada antisepsia, desinfección y esterilización de los equipos.
- Parto traumático, operatorio, operación cesárea.
- Trabajo de parto prolongado.
- Retención de restos placentarios.
- Desgarros no reparados del canal del parto.
- Extracción manual de placenta.
- Inadecuada asepsia o antisepsia.
- Infección preexistente (infección de vías urinarias por ejemplo).
- Cualquier condición o factor que propicie la infección microbiana: anemia, estado nutricional deficitario, inmunodepresión, hemorragia.
- Cuerpo extraño en región genital.
- Feto muerto con membranas rotas.
- Parto domiciliar.

Clasificación

Infección Pélvica Leve:

GENERALMENTE INFECCIONES LOCALIZADAS

- Vulvitis.
- Dehiscencia de episiorrafia.
- Vaginitis.
- Cervicitis.
- Endometritis.

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

INFECCIÓN PÉLVICA SEVERA

- Infección localizada: endometriitis (afecta endometrio y miometrio).
- Infección puerperal propagada por continuidad o contiguidad, vía linfática o vía hemática:
 - Parametritis.
 - Salpingitis.
 - Ooforitis.
 - Salpingo-ooforitis (anexitis).
 - Absceso pélvico.
 - Peritonitis pélvica.
 - Peritonitis generalizada.
 - Absceso intra-abdominales con septicemia asociada.
 - Septicemia.
 - Tromboflebitis pélvica séptico.
 - Shock séptico.

4. Diagnóstico

Manifestaciones Clínicas**INFECCIÓN PÉLVICA LEVE**

Se presenta de uno a dos días postaborto, postparto o postcesárea, son infecciones localizadas:

VULVITIS PUERPERAL

Se observa en los primeros días del puerperio a nivel de los desgarros de la vulva y periné. Cuando interesan solamente los planos superficiales, se caracteriza por una discreta elevación de la temperatura y dolor localizado en la zona de la herida, la cual se halla recubierta por una placa pseudomenbranosa grisácea.

VAGINITIS PUERPERAL

Es excepcional. Es provocada por el olvido en que se incurre a veces, del tapón de gasa que se coloca en la vagina para facilitar la sutura de las heridas por episiotomía o desgarros.

CERVICITIS PUERPERAL

Se produce como consecuencia de los desgarros del cuello y no constituye un proceso de gran importancia para la puérpera.

ENDOMETRITIS

Infección de restos ovulares y del endometrio, no afecta la capa muscular del útero, es una infección secundaria a un parto o aborto en condiciones sépticas. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección pélvica leve. Se presenta con febrícula (> 37.3 por la mañana y > 37.7 por la tarde), dolor abdominal leve, irritabilidad abdominal, subinvolución uterina y movilización dolorosa del cuello y útero, loquios seropurulentos y mal olientes.

INFECCIÓN PÉLVICA SEVERA

Se presenta tres o más días postaborto, postparto o postcesárea: fiebre de 38.5°C o más, en picos, persistente, escalofríos, malestar general, anorexia, vómitos, dolor abdominal severo, irritabilidad y distensión abdominal, signo de rebote, subinvolución uterina y movilización dolorosa del cuello y útero, dolor y engrosamiento en anexos o en fondo de saco de Douglas, líquidos mal olientes en vía vaginal (loquios) Signos de pre-shock y Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS): taquicardia, taquipnea, hipotensión (presión sanguínea menor de 90/60 mm/hg) alteración del estado mental, distensión abdominal.

ENDOMIOMETRITIS

Infección del endometrio y de las capas musculares del útero, sus signos y síntomas son los de una infección pélvica severa y puede evolucionar hasta un shock séptico. Por la severidad del cuadro debe ser manejada en una unidad hospitalaria.

PARAMETRITIS, SALPINGITIS, OOFORITIS, SALPINGO-OOFORITIS (ANEXITIS)

Son infecciones que rebasan los límites del útero y afectan parametrios entre ambas hojas del ligamento ancho, ligamento útero-sacro y celulitis pelviana difusa alrededor del útero (parametritis), trompas (salpingitis), ovarios (ooforitis), (salpingo-ooforitis), puede evolucionar hacia un absceso pélvico o peritonitis pélvica o generalizada e incluso hacia shock séptico. Los síntomas y signos son los de una infección séptica severa.

Al examen ginecológico, el útero y los anexos son dolorosos, en casos de afectación unilateral el útero está rechazado hacia el lado opuesto al anexo afectado, a veces se palpa masa dolorosa e irregular separada del útero, engrosamiento

de ambos lados del útero que puede subir hasta el fondo uterino, los fondos de saco pueden estar libres o encontrarse líquido libre de reacción peritoneal en el fondo de saco de Douglas.

Absceso pélvico, peritonitis pélvica, peritonitis generalizada, absceso intra-abdominales con septicemia asociada

Es la complicación más frecuente, sobre todo en el período postparto o postaborto no seguro, en donde se han utilizado instrumentos contaminados o se han provocado lesiones en las estructuras pélvicas.

Es una etapa más avanzada de sepsis como continuación o complicación de una parametritis, salpingitis, ooforitis o salpingo-ooforitis (anexitis), donde además de formar un absceso en los genitales internos puede evolucionar a una peritonitis pélvica y esta a su vez a una peritonitis abdominal generalizada, abscesos intraabdominales y bacteriemia.

Los síntomas y signos son los de una infección pélvica severa, hay dolor y distensión abdominal intensa, fiebre en picos, persistente, escalofríos y afectación del estado general.

Al examen ginecológico, el útero es muy sensible y doloroso, hay engrosamiento de anexos, el fondo de saco de Douglas puede contener líquido purulento y estar abombado.

Cuando progresa a una peritonitis pélvica, además del agravamiento de los síntomas, hay ausencia de peristalsis, el signo de rebote es más intenso y se forma un abdomen agudo, en este caso puede conducir a un shock séptico.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA

Es una complicación pélvica severa y se asocia a sepsis por anaerobios, cuando se establece el diagnóstico generalmente es posterior a una sepsis severa y ya se ha iniciado antibioticoterapia.

Sus síntomas no son claros, persistiendo la fiebre en picos hasta de 41 grados centígrados, malestar general, dolor en muslos, pantorrillas y agravamiento de la sepsis. Ocasionalmente dolor intenso en tórax, por complicación de una embolia pulmonar séptica, como único síntoma. El diagnóstico es difícil de establecer y generalmente se realiza por exclusión.

SHOCK SÉPTICO

La tasa de mortalidad del shock séptico es del 40-60 %. Es secundaria a sepsis severa de origen uterino (postaborto, postparto o postcesárea), asociada a disfunción orgánica severa, con alteraciones hemodinámicas y del equilibrio ácido-base. Frecuentemente es una complicación del aborto no seguro, amnionitis, corioamnionitis, endometritis o endomiometritis.

En la fase inicial de vasodilatación la paciente puede estar alerta, taquicárdica, fiebre 39 °C. hipotensa con extremidades calientes (fase hipotensiva caliente), posteriormente en la fase de vasoconstricción esta letárgica, continúa taquicárdica, temperatura menor de 35 °C, hipotensa y las extremidades están pálidas y frías (fase hipotensiva fría).

La hipotensión parece no estar en relación con la magnitud de la pérdida de sangre, la temperatura es de 38.5 °C o más, la cuenta de glóbulos blancos puede estar normal, pero generalmente es elevada, demostrando predominio de formas inmaduras (células en bandas.)

Presenta mal estado general, el estado de conciencia puede estar conservado o agitada, ansiosa, confusa, náuseas y vómitos, palidez de mucosa y tegumentos, disminución de la presión arterial (presión sanguínea igual o menor de 90/60 mm hg, incluso imperceptible), frecuencia cardíaca mayor de 110 por minuto, frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto.

Abdomen: dolor intenso agudo, distensión, rigidez o signo de rebote (abdomen agudo), peristalsis disminuida, @inecológico: útero subinvolucionado, anexos, útero y cuello dolorosos, salida de líquido mal oliente y sanguinolento por vía vaginal.

Puede desarrollarse disfunción multiorgánica (metabólica y multisistémica) expresada por insuficiencia renal, insuficiencia hepática, alteraciones ácido base, Coagulación Intravascular Diseminada (CID) y hemólisis en casos de infección no controlada, reducción de la perfusión de los tejidos con aumento de la hipoxia y acidosis, oliguria, anuria, síndrome de distress respiratorio agudo, insuficiencia cardíaca, colapso respiratorio y coma (fase de shock irreversible).



SEÑALES DE PELIGRO DE SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

Cuando la paciente tiene signos y síntomas de infección severa, debe proceder-se de inmediato a tratarla, para evitar su evolución a shock séptico.

- ☒ Hipotensión.
- ☒ Estado de conciencia alterado (agitación u obnubilación).
- ☒ Fiebre.
- ☒ Distensión abdominal.
- ☒ Abdomen rígido o en tabla.
- ☒ Útero subinvolucionado, doloroso.
- ☒ Dolor uterino intenso.
- ☒ Loquios mal olientes, purulentos o achocolatados.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- ☒ Biometría hemática completa.
- ☒ Creatinina, nitrógeno de urea, glucemia.
- ☒ Pruebas de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, recuento de plaquetas.
- ☒ Pruebas hepáticas.
- ☒ Examen general de orina y urocultivo.
- ☒ Grupo y Rh.
- ☒ Cultivo y antibiograma de exudados vaginales o del foco séptico.
- ☒ Hemocultivo.
- ☒ Radiografía simple de abdomen y de tórax (de pie).
- ☒ Ultrasonografía abdominal y pélvica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ☒ Ingurgitación mamaria.
- ☒ Mastitis, absceso mamario.
- ☒ Malaria. ☒ Dengue.
- ☒ Cistitis.
- ☒ Pielonefritis aguda.
- ☒ Apendicitis aguda.
- ☒ Tifoidea. ☒ Hepatitis.
- ☒ Neumonía.

5. Tratamiento

Manejo Médico y Quirúrgico: Criterios Generales de Manejo

PREVENCIÓN

- Cumplir las normas de bio-seguridad, poniendo en práctica las técnicas de asepsia y antisepsia en la atención del aborto, parto, cesárea y procedimientos quirúrgicos.
- Limitar tactos vaginales, la manipulación y minimizar el trauma de tejidos durante la práctica de procedimientos.

Utilizar Antibióticos Profilácticos en los Sigüientes Casos:

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

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

Medidas Generales**EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (COE BÁSICO)**

- ☒ Identifique y refiera a la mujer que presenta signos de peligro de sepsis puerperal y garantizar su atención inmediata en la unidad de salud más cercana.
- ☒ Canalice una vía intravenosa con 1,000 ml de Solución Salina Normal.
- ☒ Aplique dosis inicial de antibióticos (penicilina cristalina 2 millones UI más Gentamicina 160 mg IV).
- ☒ Aplique dosis de dT según esquema de vacunación 2006.
- ☒ Refiera de inmediato a una unidad hospitalaria con capacidad resolutive.

EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (COE COMPLETO)

- ☒ Nada por vía oral.
- ☒ Mantener vías aéreas permeables.
- ☒ Administrar oxígeno, para mantener una adecuada oxigenación tisular.
- ☒ Medidas de Soporte: Noradrenalina 0.5 a 30 microgramos intravenosa por minuto hasta que la presión sistólica sea no menor de 90 milímetros de mercurio. Con este nivel de presión arterial iniciar Dopamina 5-20 microgramos por minuto y suspender Noradrenalina.
- ☒ Control de signos vitales cada 30 minutos en búsqueda de cambios que alerten hacia la aparición de shock séptico.
- ☒ Monitoreo y cuidado de la función orgánica (riñón, cerebro, corazón).
- ☒ Tome desde un inicio muestras para hemocultivo y de secreciones cervicales y/o herida quirúrgica para cultivo.
- ☒ Iniciar de inmediato terapia antimicrobiana y restitución de líquidos intravenosos.
- ☒ Rápido y efectivo tratamiento de la infección, que incluye la identificación y remoción del foco séptico.
- ☒ Aplique dosis de DT según esquema de vacunación 2006.



I.- Infección Pélvica Leve

VULVITIS, VAGINITIS, CERVICITIS PUERPERALES

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

ENDOMETRITIS

- Dosis inicial o de carga (1ra dosis):
Ampicilina 4 gr IV o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV.
- Dosis de mantenimiento:
Ampicilina 2 gms IV cada 4 ó 6 horas o Penicilina Cristalina 2 millones de unidades internacionales cada 4 ó 6 horas.
Agregar a cada una de las opciones: Gentamicina 80 mg iv cada 12 horas o 160 mg IV diaria (si existen problemas renales o peso menor de 60 kg, administrar 1.5 mg por Kg de peso cada 12 horas).
Si se sospecha anaerobios, agregar Metronidazol: Dosis de carga: 1gm intravenoso. Dosis de mantenimiento: 500 mg intravenosos cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV c/8 horas o Cloranfenicol 1gm IV cada 6 horas (12.5 mg/Kg. de peso IV c/6 hrs).
- Administrar dosis de mantenimiento hasta que remitan signos y síntomas de sepsis y según evolución y criterios clínicos cambiar antibióticos: Amoxicilina cápsula 1gmo vía oral cada 6 horas y Gentamicina IM hasta completar siete días.
Realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU) de preferencia, si no se dispone de este medio realice Legrado Uterino Instrumental (LUI) para evacuar útero y eliminar tejido endometrial séptico, después de 6-8 horas de iniciada la antibioticoterapia y estabilizada hemodinámicamente.

CONDICIONES PARA PRACTICAR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL EN CASO SÉPTICO

- Después de 6-8 horas de iniciada la antibioticoterapia.
- Paciente estabilizada hemodinámicamente.
- Si a las 72 horas de iniciada la antibioticoterapia, no cede el cuadro o se agrava, maneje como endometriometritis.

PROFILAXIS ANTICOAGULANTE

- En todos los casos quirúrgicos sépticos administre anticoagulante profilácticos subcutáneo dos a tres horas antes de la cirugía :
- Enoxaparin (Lovenox): 40 mg subcutaneos diario por siete días o Nadroparin Calcium (fraxiparina) 2850 unidades por día por siete días.

II.- Infección Pélvica Severa**ENDOMIOMETRITIS****MANEJO MÉDICO**

- Estabilizar hemodinámicamente: Canalizar con bránula N° 16 e hidratar con solución salina normal al 0.9%.
- Practicar hemocultivo y cultivo de exudados vaginales o del foco séptico.
- Antibioticoterapia.
- Antibióticos ante la sospecha de sepsis por Gram. (+), Gram. (-) y anaerobios.

DOSIS INICIAL O DE CARGA :

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

DOSIS DE MANTENIMIENTO

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

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

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

A los esquemas anteriores agregar Metronidazol IV, dosis inicial de 15 mg/Kg, (1 gr dosis de carga) luego una dosis de mantenimiento de 7.5 mg/Kg.

(500 mg/dosis), cada 8 horas (máximo 4 gr /día) por 7-10 días.

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

MANEJO QUIRÚRGICO

- El procedimiento quirúrgico debe realizarse después de 6-8 horas de iniciada la antibiótico terapia y estabilizada hemodinámicamente.
- Endometriitis, el proceso infeccioso está confinado al miometrio y hay signos de irritación peritoneal, practique:
 Legrado uterino instrumental (LUI) para evacuar útero y eliminar tejido endometrial séptico, cumpliendo las condiciones en casos sépticos.
- Si los signos y síntomas de sepsis severa persisten o agravan, aún con el esquema de antibióticos y la práctica del legrado uterino, después de 24-48 horas se deberá:
 Cambiar antibióticos en dependencia del resultado sugerido por los reportes de hemocultivo, cultivo de exudados vaginales o de foco séptico.
 Elimine el foco séptico por medio de una laparotomía exploradora, practicando histerectomía total abdominal según hallazgos transoperatorios.
 En los casos de evolución satisfactoria con manejo médico y legrado uterino instrumental, mantener esquema de tratamiento con antibióticos hasta completar 10 días.
- Endometriitis, el proceso infeccioso afecta el útero y hay sospecha de afectación de órganos vecinos y signos de irritación peritoneal:
 Inicie esquema de antibióticos y elimine el foco séptico por medio de una laparotomía exploradora, practicando histerectomía total abdominal en dependencia de los hallazgos transoperatorios.
- Paciente con diagnóstico inicial de aborto séptico o endometriitis, que a pesar de antibioticoterapia y legrado uterino instrumental ha evolucionado, agravándose el proceso séptico que involucra al útero y hay sospecha de afectación de órganos vecinos y signos de irritación peritoneal:
 Administre, esquema de antibiótico y elimine el foco séptico por medio de una laparotomía exploradora, practicando histerectomía total abdominal en dependencia de los hallazgos transoperatorios.

PARAMETRITIS, SALPINGITIS, OOFORITIS, SALPINGO-OOFORITIS (ANEXITIS)

MANEJO MÉDICO

- Estabilizar hemodinámica mente: Canalizar con bránula N° 16 e hidratar con solución salina normal al 0.9%.
- Practicar exámenes de laboratorio complementarios, incluyendo hemocultivo y cultivo de exudados vaginales y del foco séptico.
- Ultrasonido abdominal y pélvico.
- Antibioticoterapia:

DOSIS INICIAL O DE CARGA

- Ampicilina 4 gm IV o Penicilina Cristalina 8 millones unidades internacionales IV.

DOSIS DE MANTENIMIENTO

- Ampicilina 2 gm IV cada 3 horas o Penicilina Cristalina 4 millones unidades internacionales IV cada 4 horas.
- Agregar a ambos esquemas Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas, en presencia de función renal normal y peso mayor de 60 Kg, en caso contrario ajustar de acuerdo a Clearance de Creatinina, o
- Ceftriaxona 1 gm IV cada 12 horas o 2 gm IV en 24 horas.
A los esquemas anteriores agregar Metronidazol IV, dosis inicial de 15 mg/Kg, (1 gr dosis de carga) luego una dosis de mantenimiento de 7.5 mg/kg (500 mg/dosis), cada 8 horas (máximo 4 gr /día) por 7-10 días.
Puede sustituirse Metronidazol por Cloranfenicol 1 gr IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 6 horas.

MANEJO QUIRÚRGICO

- Practique laparotomía exploradora para efectuar histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral y si es posible ambas hojas del ligamento ancho y parametrios hasta llegar a la pared pélvica a fin de dejar la menor cantidad de tejido séptico posible.

ABSCESO PÉLVICO, PERITONITIS PÉLVICA, PERITONITIS GENERALIZADA, ABSCESO INTRA-ABDOMINALES CON SEPTICEMIA ASOCIADA

- Manejo Médico: Es igual a la parametritis o salpingo-ooforitis (anexitis).

MANEJO QUIRÚRGICO

- Practique laparotomía exploradora para efectuar histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral y si es posibles ambas hojas del ligamento ancho y parametrios hasta llegar a la pared pélvica a fin de dejar la menor cantidad de tejido séptico posible.
- Explore y repare posibles lesiones de órganos vecinos.
- Drenaje de los abscesos interasas y subdiafrágmaticos.
- Practicar lavado peritoneal y de asas intestinales con solución salina normal.
- Dejar drenaje a pared abdominal de espacios subdiafrágmaticos, paravertebrales, de abdomen y de lecho quirúrgico.
- Deje abierta parcialmente la vagina con drenaje y dejar abierta piel y tejido celular subcutáneo para drenaje y evitar formación de absceso. Colocar puntos de retención.

Histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomia bilateral: Recuerde, al practicar esta cirugía la dificultad que presenta la friabilidad del tejido y la posibilidad de lesión de estructuras y órganos vecinos.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA MANEJO MÉDICO

- Antibioticoterapia igual que en la parametritis o salpingo-ooforitis (anexitis) que trate Gram. (+), Gram. (-) y anaerobios.
- Enoxaparin (Lovenox): 1mg por kg de peso subcutánea, cada 12 horas administrado a la misma hora cada día por siete días o
- Nadroparin² Calcium (fraxiparina): Para pacientes entre 4-100 kg con peso, 171 Unidades internacionales por Kg. de peso corporal por día subcutánea por cinco a siete días.
- Este tratamiento se realiza para disminuir la posibilidad de embolismo pulmonar y puede contribuir a mejorar la respuesta de la paciente con infección pélvica al tratamiento establecido³.

SHOCK SÉPTICO

MANEJO MÉDICO

- Estos pacientes deben manejarse en Unidad de Terapia Intensiva.
- Monitoreo del estado de conciencia.
- Biometría hemática completa, glicemia, examen general de orina y urocultivo Grupo y Rh electrolitos séricos, creatinina, nitrógeno de urea, Pruebas hepáticas, Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Recuento de Plaquetas, gasometría, emocultivos y Cultivo y antibiograma de exudados vaginales o del foco séptico.
- Ultrasonido abdomino-pélvico, radiografía de tórax y abdomen, de pie y acostada.
- Hidratar con solución salina normal 0.9% Valorar si el shock es refractario a líquidos intravenosos a fin de administrar vasopresores:
Medidas de Soporte: Noradrenalina 0.5 a 30 microgramos por minuto hasta que la presión sistólica sea no menor de 90 milímetros de mercurio. Con este nivel de presión arterial iniciar Dopamina 5-20 microgramos por minuto y suspender Noradrenalina.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda Foley número 18.

² Thomson- Micromedex. Drugs information for the health care professional USP- DI, desktop series Quarterly 2006.2

³ Perez J. Dellinger RP. Other supportive therapies in sepsis. Intensive Care. 2001

Histerectomía total abdominal más salpingo-ooforectomía bilateral: Recuerde, al practicar esta cirugía la dificultad que presenta la friabilidad del tejido y la posibilidad de lesión de estructuras y órganos vecinos.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA MANEJO MÉDICO

- Antibioticoterapia igual que en la parametritis o salpingo-ooforitis (anexitis) que trate Gram. (+), Gram. (-) y anaerobios.
- Enoxaparin (Lovenox): 1mg por kg de peso subcutánea, cada 12 horas administrado a la misma hora cada día por siete días o
- Nadroparin² Calcium (fraxiparina): Para pacientes entre 4-100 kg con peso, 171 Unidades internacionales por Kg. de peso corporal por día subcutánea por cinco a siete días.
- Este tratamiento se realiza para disminuir la posibilidad de embolismo pulmonar y puede contribuir a mejorar la respuesta de la paciente con infección pélvica al tratamiento establecido³.

SHOCK SÉPTICO

MANEJO MÉDICO

- Estos pacientes deben manejarse en Unidad de Terapia Intensiva.
- Monitoreo del estado de conciencia.
- Biometría hemática completa, glicemia, examen general de orina y urocultivo Grupo y Rh electrolitos séricos, creatinina, nitrógeno de urea, Pruebas hepáticas, Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Recuento de Plaquetas, gasometría, emocultivos y Cultivo y antibiograma de exudados vaginales o del foco séptico.
- Ultrasonido abdomino-pélvico, radiografía de tórax y abdomen, de pie y acostada.
- Hidratar con solución salina normal 0.9% Valorar si el shock es refractario a líquidos intravenosos a fin de administrar vasopresores:
Medidas de Soporte: Noradrenalina 0.5 a 30 microgramos por minuto hasta que la presión sistólica sea no menor de 90 milímetros de mercurio. Con este nivel de presión arterial iniciar Dopamina 5-20 microgramos por minuto y suspender Noradrenalina.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda Foley número 18.

² Thomson-Micromedex. Drugs information for the health care professional USP- DI, desktop series Quarterly 2006.2

³ Perez J. Dellinger RP. Other supportive therapies in sepsis. Intensive Care. 2001

- Colocar catéter para medición de presión venosa central.
- Oxígeno a 6 litros por catéter nasal o soporte ventilatorio mecánico.
- Antibioticoterapia: utilizar antibióticos igual que en la parametritis o salpingo-ooforitis (anexitis) que trate Gram. (+), Gram. (-) y anaerobios.

MANEJO QUIRÚRGICO

- Igual que el de absceso pélvico, peritonitis pélvica, peritonitis generalizada, abscesos intraabdominales con septicemia asociada.
- Previo a la intervención quirúrgica, la paciente debe estar hemodinámicamente estable e iniciada la antibioticoterapia 6 a 8 horas antes.
- La magnitud del procedimiento quirúrgico va a depender del foco séptico, su extensión y los órganos afectados.
- Profilaxis de Tromboembolismo: Fraxiparina.

COMPLICACIONES

- Embolia pulmonar séptica.
- Shock séptico.
- Sepsis severa.
- Lesión de estructuras y órganos vecinos.
- Peritonitis generalizada.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Falla metabólica y multisistémica.
- Absceso pélvico.
- Trombosis de venas profundas.
- Embolia pulmonar.
- Muerte.

SECUELAS DE LA SEPSIS

- Infertilidad.
- Otras derivadas de la cirugía de urgencia (infecciones crónicas, mutilaciones, fistulas, etc.).



CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Presencia de fiebre de 39 a 40 grados centígrados.
- Escalofríos.
- Expulsión de loquios achocolatados o fétidos
- Dolor abdominal pélvico.
- Taquicardia.
- Presencia de un tumor blando doloroso en el borde uterino.
- Loquios purulentos.
- Vómitos ,meteorismo.
- Dolor torácico.
- Dolor en miembros inferiores.
- Disnea y postración.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.
- Carencia de recursos humanos y materiales necesarios para dar respuesta a las demandas de atención.
- Agravamiento del caso.

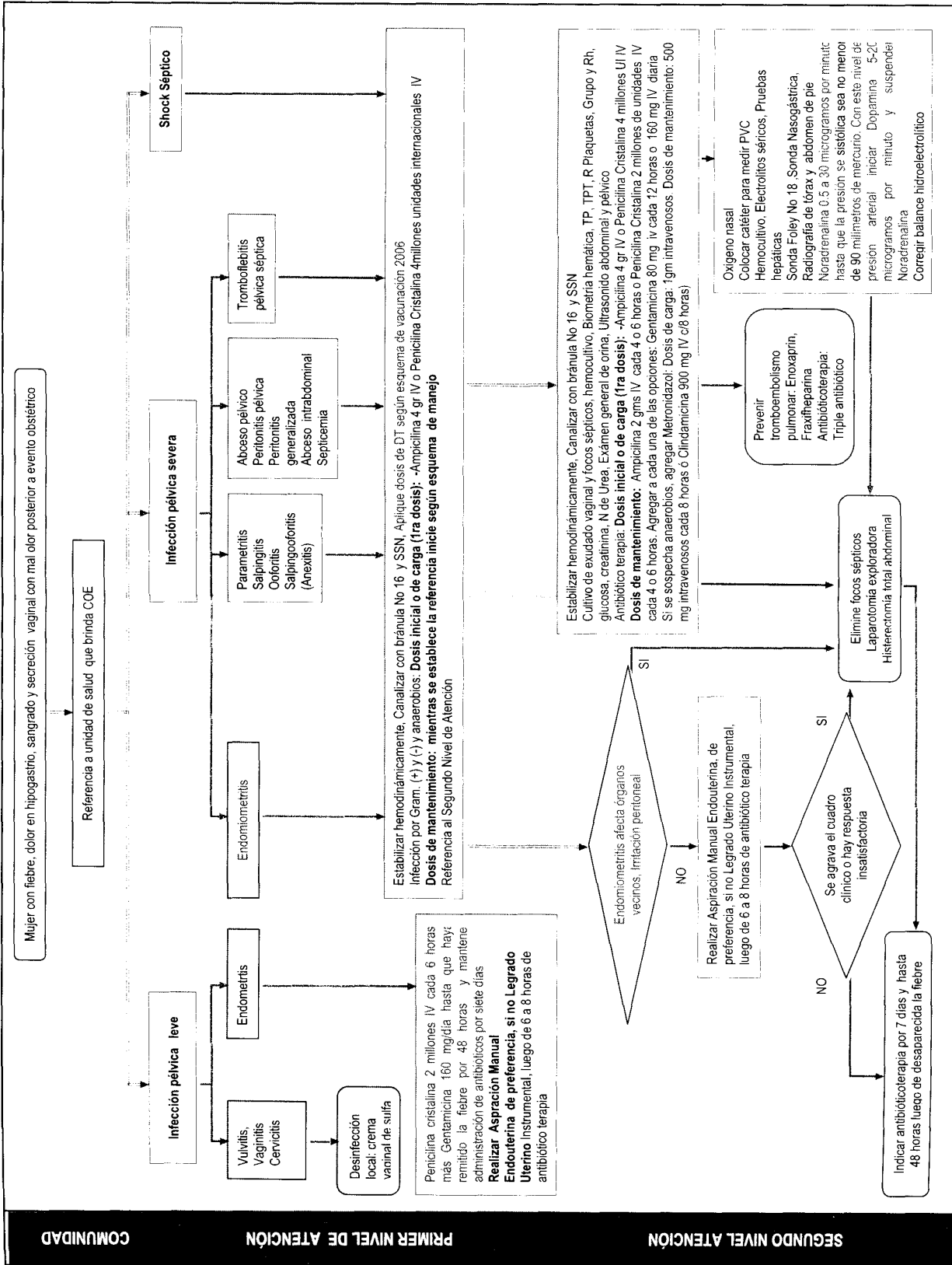
CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Referencia a la unidad de salud correspondiente.
- Referencia a las subespecialidades si el caso lo requiere.
- Tratamiento dietética adecuado.
- Conserjería higiénica sanitaria.
- Continuar con la medicación del hospital.
- Reposo moderado.

CRITERIOS DE ALTA

- Ausencia de fiebre por lo menos 48 horas antes del alta.
- Estado general conservado.
- Signos vitales dentro de los límites normales.
- Herida quirúrgica sana.
- Ausencia de expulsión de exudados fétidos o purulentas.
- Biometría hemática dentro de límites normales.

SEPSIS PUERPERAL



7. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics/ The American College of Obstetricians and Gynaecologist. Guidelines for Perinatal Care. 5 ed. October 2000. pp 183-185.
2. Crowley PA. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomised trials, 1972 to 1994. Am J.
3. Danforth. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. James R. Scott, MD., et al. 1997. México. D.F.
4. Dilip Nathicani, MB, ChB. *Sequential Switch Therapy for Lower Respiratory Tract Infections*. A European Perspective. CHEST / 113 / 3 / March, 1998. Supplement. 211S-218S.
5. Deborah Maine, Murat Z. *Diseño y Evaluación de Programas para Mortalidad Materna*. Centro para la población y salud familiar. Facultad de salud Pública. Universidad de Columbia. 1997
6. *Evaluación de Necesidades en los Servicios de Emergencia Obstétrica en 10 Departamentos de Nicaragua*, UNFPA 2001
7. *Gynaecology and Obstetrics*, Stanford University Medical School, California, USA Guidelines for Perinatal Care. American College of Obstetrician and Gynaecologist 2002.
8. Hardman GJ, et al. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. Goodman y Gilman. Edit. Interamericana. 9a edic. Vol.I. Pp: 1012-1013.
9. Lapinsky SE, Kruczynski K and Slutsky A. *Critical Care in the Pregnant Patient*. Am J Respir Crit Care Med. 1995, Vol. 152.
10. Ministerio de Salud. *Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica*, dirigido a personal médico. 1ª ed. Managua. Marzo 2001. pp 103-118.
11. Ministerio de Salud, *Pautas Generales para la Organización y Normalización de Atención a la Emergencia Obstétrica*. 1ª ed. Managua. Marzo 2001. pp 20, 39-43.
12. Organización Mundial de la Salud. *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para Obstetras y Médicos (IMPAC)*. 1ª ed en español. 2000. pp S117-S123.
13. *Other supportive therapies in sepsis*. Intensive Care. 2001. Medline 27: 116 – 121.
14. Ministerio de Salud, Perú. *Guía de Atención de Emergencias Obstétricas*. Tercera edición Septiembre 2004. Ayacucho Perú.
15. Schwarcz, R, et al. *Obstetricia* 5a Ed. Buenos Aires, 1995. Ed El Ateneo, pp 543-549.
16. Smaill F, Hofmayer GJ. *Profilaxis Antibiótica para la Cesárea*. Biblioteca Cochrane Plus 2006, Número 1.
17. *Tratado de Ginecología de Novak*. D Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi y Paula A. Hillard. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 1998. México.D.F.

**Protocolo de Atención
de la Cesárea**



Contenido

TEMA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA CESÁREA

Introducción

1. **Nombre del Procedimiento**
2. **Información General del Procedimiento**
 - Especialidad
 - Servicio
 - Nivel de Resolución
 - Fecha de Actualización
3. **Información Específica del Procedimiento**
 - Orientación Clínica Básica
 - Definición del Evento
 - Objetivo
 - Etiología
 - Factores de Riesgo
 - Clasificación
4. **Diagnóstico**
 - Manifestaciones Clínicas
 - Exámenes Complementarios
 - Diagnóstico Diferencial
5. **Tratamiento**
 - Tratamiento Médico
 - Tratamiento Quirúrgico
 - Complicaciones
 - Criterios de Hospitalización
 - Criterios de Referencia
 - Control y Seguimiento
 - Criterios de Alta Médica
6. **Flujograma**
7. **Bibliografía**



Introducción

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

La cesárea no debe ser realizada cuando en su indicación privan factores que no son médicos, y que pueden ocasionar perjuicios a la madre y su futura descendencia.

A veces es necesario realizar la cesárea, cuando existen una serie de causas asociadas, y que podrían poner en mayor peligro a la madre si el parto se realiza por vía vaginal, de tal manera que todas estas causas al sumarse, crean una verdadera indicación de consenso.

A veces la indicación puede ser realizada de manera programada, otras veces surge de emergencia, por complicaciones en el embarazo o en el parto, la cesárea debe ser indicada únicamente cuando las condiciones de la madre o del feto la justifican. Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas que la cesárea se ha hecho menos riesgosa para la madre, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y menores traumas obstétricos.

Durante este procedimiento pueden ocurrir complicaciones inmediatas, medias y tardías, entre las inmediatas está la lesión a órganos vecinos, la hemorragia, la herida y lesiones del recién nacido, prolongación de la histerotomía, hematomas, íleo metabólico, cuerpo extraño, complicaciones anestésicas. Entre las medias, las más importantes son las infecciones del útero y cavidad peritoneal, abscesos de herida quirúrgica y eventraciones.

En las complicaciones tardías se pueden observar adherencias útero parietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una obstrucción intestinal mecánica tardía, son frecuentes las diástasis de los rectos, hernias postincisionales, fístulas, dehiscencia de la histerorrafia anterior. El pronóstico materno y fetal de la cesárea se ha ido mejorando con el tiempo, en la actualidad, la cesárea no tiene contraindicaciones, excepto el hecho de no estar indicada correctamente.

1. Nombre del Procedimiento

Protocolo de Atención de la Cesárea

2. Información General del Procedimiento

- **Especialidad:** Ginecología y Obstetricia.
- **Servicio:** Ginecología y Obstetricia.
- **Nivel de Resolución:** II Nivel de Atención.
- **Fecha de Actualización:** Actualizar en el año 2009.

3. Información Específica del Procedimiento

Orientación Clínica Básica

La decisión operatoria debe de encontrarse bien fundamentada y se debe tener un conocimiento exacto de las condiciones del caso para elegir la intervención más adecuada.

Existen dos factores de importancia vital: la madre y el hijo, por lo que se debe de valorar las circunstancias de modo que al favorecer al uno no se perjudique al otro. El médico gineco-obstetra debe estar en capacidad de resolver las complicaciones transquirúrgicas que se presenten durante el procedimiento como: hemorragias, roturas uterinas, lesiones de vejiga e intestino, etc.

Definición del evento

intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto y los productos de la concepción por vía transabdominal, esta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal¹.

Objetivo

El presente protocolo tiene por objeto unificar criterios en la indicación y los procedimientos para la realización de la operación cesárea a fin de contribuir a mejorar la calidad en la atención y evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre y del niño.

¹ Diccionario de Medicina Océano Mosby, 4ta edición versió en español, sin fecha

FACTORES DE RIESGO

CLASIFICACIÓN

**La operación cesárea puede ser realizada de urgencia y programada.
Según el tipo de incisión puede ser:**

- Corporal o clásica (Sanger).
- Segmentaria:
 - Incisión longitudinal (Krönig-Opitz).
 - Incisión transversa Arciforme ((Munro - Kerr).
 - Incisión transversal(Kehrer-Frank).
- Según la insicion en piel: Laparotomía longitudinal y transversal (Pfannenstiel).
 - El tipo de insicion dependerá de:
 - La experiencia del cirujano.
 - La preferencia personal del cirujano.
 - La urgencia del procedimiento.

4. Diagnóstico

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREA

LAS INDICACIONES DE CESÁREA PUEDEN SER: ABSOLUTAS Y RELATIVAS

ABSOLUTAS

- Desproporción feto pélvica.
- Placenta previa oclusiva total y parcial.
- Inminencia de rotura uterina.
- Rotura uterina.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Antecedente de cesárea corporal previa.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Hidrocefalia.



- Transverso.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Macrosomía fetal.
- Presentación de cara y mentón.
- Usuaría con VIH/ SIDA positivo.
- Herpes genital en fase activa.
- Cáncer cervicouterino invasor.
- Dos o más cesáreas anteriores.

En estos casos la cesárea es la única técnica a tener en cuenta para la terminación del parto².

RELATIVAS

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también otra opción, estos casos deberán ser bien analizados antes de tomar una decisión: Cesárea previa, si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, y si la mujer ha dado a luz anteriormente a un niño de tamaño normal por vía vaginal, debe permitirse el parto vaginal bajo observación cuidadosa.

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se analizaran aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales, puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que éstas al juntarse crean una verdadera indicación en conjunto.

A veces la indicación se puede prever con anticipación, y la operación puede realizarse de manera programada, otras veces surge de manera súbita, ocasionada por accidentes en el embarazo o en el parto.



² Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003

El mejor momento para efectuar la cesárea, es cuando se ha iniciado el trabajo de parto, en el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. Las técnicas actualmente utilizadas para la realización de la cesárea es la Segmentaria transperitoneal (técnica de Munro Kerr), la incisión puede ser mediana infraumbilical, o bien transversal o de Pfannenstiel.

**Las Indicaciones Pueden ser:
Maternas, Fetales, Materno-Fetales y Ovulares**

LAS CAUSAS MATERNAS PUEDEN SER

PATOLOGÍAS LOCALES

- Distocias óseas.
- Distocias dinámicas.
- Distocias de partes blandas.
- Tumores previos rotura uterina.
- Cesárea anterior.
- Plastias vaginales previas.
- Herpes genital.

PATOLOGÍAS SISTÉMICAS

- Preeclampsia.
- Hipertensión crónica grav.
- Nefropatía crónica.
- Tuberculosis pulmonar.



CAUSAS FETALES

SITUACIONES VICIOSAS

- Situación pelviana.³
- Situación transversa.
- Situación de frente.
- Situación de cara.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Retardo del crecimiento fetal intrauterino.
- Enfermedad hemolítica grave.
- Muerte habitual del feto.

MATERNO FETALES

- Desproporción feto pélvica.
- Parto detenido.
- Partos múltiples.

OVULARES

- Placenta previa.
- Desprendimiento normo placentario.
- Procidencia de cordón.

Los Criterios para la Indicación de Cesárea se Relacionan con las Complicaciones del Embarazo o del Parto:

- Se debe terminar el embarazo por vía abdominal si existe una contraindicación para la inducción.
- El expulsivo representa un riesgo para la madre, el feto o ambos.
- Existe una distocia mecánica o dinámica
- Cuando durante el embarazo o el parto se presenta una complicación que obligue a la extracción urgente del feto.³
- Los casos de VIH/SIDA deberá interrumpirse su embarazo vía cesárea a las 38 semanas de gestación.

³ Ricardo L. Schwarcz, Carlos a. Diverges, A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2004

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría Hemática.
- Tipo y Rh.
- Pruebas cruzadas.
- VIH, Previo consentimiento informado.
- Glucosa.
- Orina.
- Tiempo de sangría y coagulación.
- Tiempo de protombina.

5. Tratamiento Quirúrgico

- Revise las indicaciones.
- Verifique si el feto está vivo escuchando la frecuencia cardíaca fetal y examine para determinar la presentación fetal.
- Revise los principios de la atención quirúrgica.
- Canalice utilizando cánula número 16 o de mayor calibre si es necesario.
- Administre Solución Salina normal o Lactato de Ringer, si la mujer está en Schok, evite usar sustitutos del plasma, no hay evidencia que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal.
- Determine si está indicada una incisión vertical alta:
- Situación transversa del feto (con la espalda del bebé hacia abajo), en cuyo caso no se puede realizar una incisión del segmento uterino inferior que no plantee riesgos.
- Malformaciones fetales (gemelos unidos).
- Fibromas grandes sobre el segmento inferior.
- Un segmento inferior sumamente vascularizada a causa de una placenta previa.
- Carcinoma del cuello uterino.

Si la cabeza del bebé está encajada profundamente en la pelvis, como por ejemplo, en el parto obstruido, solicite apoyo y prepare la vagina para rechazar la presentación por vía vaginal hacia arriba y realice la extracción del feto.⁴



⁴ Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. Guía para médicos y Obstetras. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial. Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Diaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003

Técnica para Realización de la Cesárea (ver Anexo No. 1)

PROBLEMAS DURANTE LA CIRUGÍA

- Si el útero está atónico, continúe infundiendo oxitocina y administre Ergometrina 0.2 mg IM y, estos medicamentos se pueden administrar juntos o uno a continuación del otro.
- Transfunda según la necesidad.
- Pida a un asistente que aplique presión sobre la aorta con los dedos para reducir el sangrado hasta que se pueda encontrar el origen del mismo y detenerlo.
- Si el sangrado no se controla, realice la ligadura de las arterias uterinas y utero-ovaricas o una histerectomía.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Si se produce sangrado, realice masaje al útero para expeler la sangre y los coágulos sanguíneos. La presencia de coágulos inhibe las contracciones uterinas eficaces.
- Administre Oxitocina 20 unidades en 1,000 cc de solución salina o ringer lactato a 60 gotas por minuto, y Ergometrina 0.2 mg IM.
- Si se presenta un útero de Couvelaire mantenga en observación para detectar si hay atonía uterina, si la atonía persiste maneje como útero atónico (ver hemorragia postparto).
- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre maneje como sepsis (ver manejo de la sepsis puerperal).
- Analgésicos por dolor.
- Complicaciones.



MATERNAS

- Hemorragia.
- Distensión abdominal.
- Infecciones.
- Útero de Couvelaire.
- Atonia uterina.
- Dehiscencia de heridas.
- Embolismo pulmonar.
- Daño a los órganos abdominales.

FETALES

- Trastornos respiratorios del recién nacido.
- Trauma obstétrico.

CRITERIOS DE REFERENCIA ENTRE UNIDADES DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL

- Carencia de recursos humanos, materiales, equipos y medicamentos para dar respuesta a las complicaciones.
- Carencia de sangre y sus derivados.
- Carencia de unidad de cuidados intensivos.

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Control de signos vitales cada 30 minutos durante las primeras dos horas y luego se continuará según indicación médica.
- Control de ingeridos y eliminados.
- Control del sangrado transvaginal.
- Control de la herida quirúrgica.
- Control de la involución uterina.
- Contrarreferencia a la unidad de salud de su área de adscripción.
- Consejería y aplicación de un método anticonceptivo.
- Consejería sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido.



CRITERIOS DE ALTA

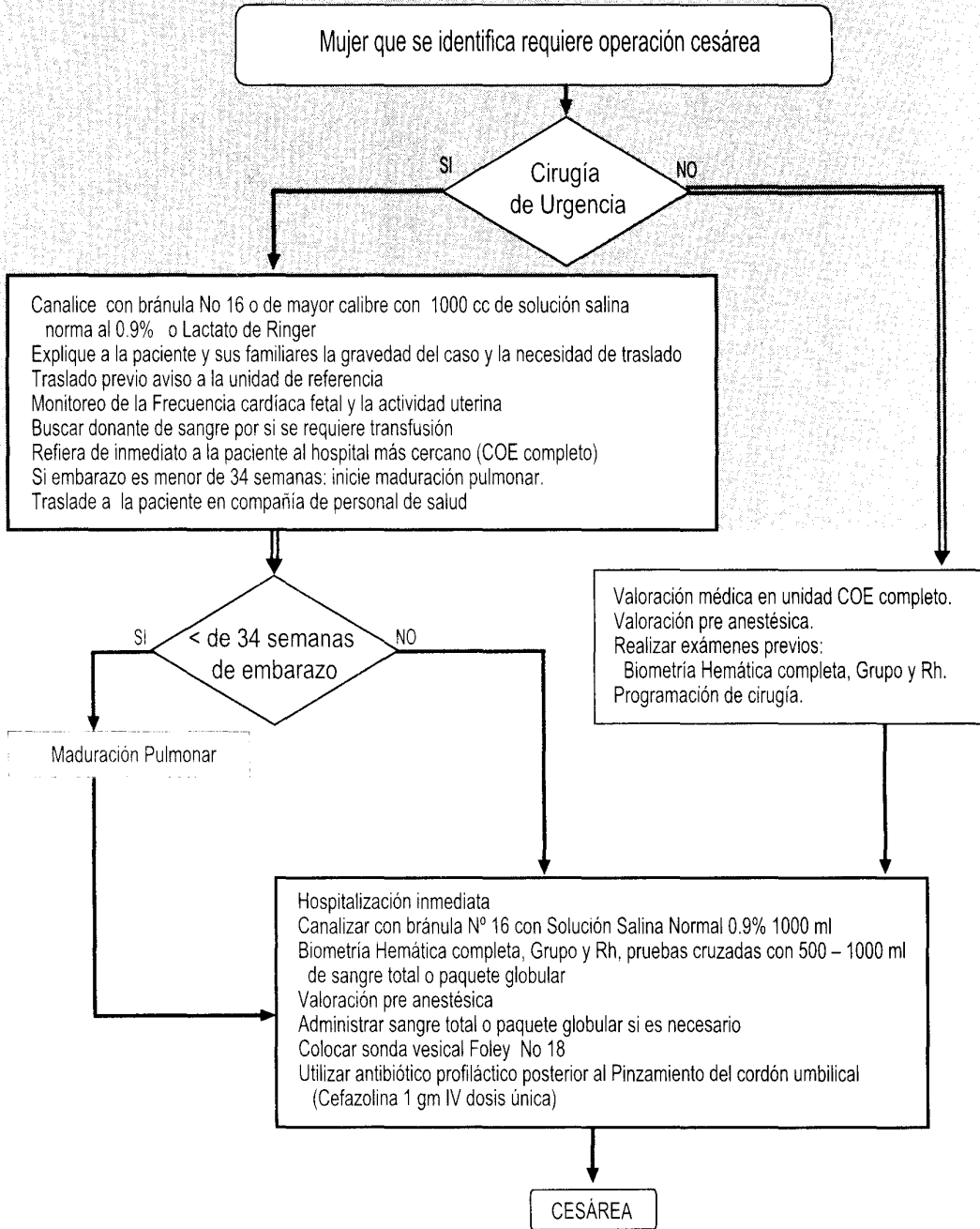
- Signos vitales estables.
- Ausencia de fiebre por lo menos durante las 24 horas anteriores.
- No signos de infección de herida.
- Eliminación de heces, gases y orina de forma espontánea.
- Ingesta de dieta general.
- Deambulación por sus propios medios.



OPERACIÓN CESÁREA

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



7. Bibliografía

1. *Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas*. UNICEF. 2004
2. Matthews Mathai. Rasad Sanghvi. Richard J. Guidotti. Integrated Management of pregnancy and Childbirth. *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto*. Guía para Obstetras y Médicos. OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial. 2002
- 3 Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. *Obstetricia*. Quinta Reimpresión. Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2004
- 4 Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de Regulación. *Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos*. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
- 5 Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia. *Protocolos para la atención obstetricia*. Managua. Marzo 2001



**Protocolos para la Atención de las
Complicaciones Obstétricas**

ANEXOS



La Referencia de Pacientes

ANEXO No. 1

La referencia es un proceso mediante el cual se transfiere la responsabilidad del cuidado de una paciente desde la comunidad a una unidad del Primer Nivel de Atención (Puesto, Centro de Salud sin camas, Centro de Salud con camas -COE básico-) y de esta a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive (Hospital COE Completo) para la solución del problema.

Para realizar una referencia a otra unidad de salud de mayor complejidad debemos tener en consideración las condiciones en que se envía a la paciente tratando de garantizar su seguridad y prever cualquier contingencia durante el traslado y estar preparado para afrontarla.

Debido a que las complicaciones obstétricas no se pueden predecir el establecimiento tiene que estar preparado para tratarlas eficazmente y en caso de que sea necesario contar con un Plan de Referencia, conocer su flujo correspondiente y las acciones administrativas que desarrollará.

A. PLAN DE REFERENCIA

Todo establecimiento tiene que contar con un plan de referencia estructurado conjuntamente con la comunidad (Plan de Parto), el cual debe contemplar:

- Disponibilidad de medio de transporte las 24 horas del día (de preferencia ambulancia).
- Reserva suficiente de combustible para la referencia.
- Si el establecimiento de salud no cuenta con vehículo, solicitar a otras instituciones, como Policía, Cruz Roja, Ejército, consejos comunitarios u otros.
- Personal que ayudará a transportar a la paciente.
- Disponibilidad de conductor las 24 horas del día.
- Disponibilidad de medios de comunicación (radio, teléfono, telégrafo) las 24 horas.
- Insumos y equipos que utilizará en la referencia (maletín de referencia, que incluya el presente Protocolo de Atención).

B. COORDINACION PREVIA

- ☒ Referir a las unidades de salud según los flujos de referencia establecidos por el SILAIS.
- ☒ **Comunicar a la paciente y familiares la necesidad de la referencia y obtener consentimiento informado. Se les debe comunicar:**
 - Su estado de salud y los riesgos que representa.
 - Los motivos para referirla a otro establecimiento.
 - Los gastos que va a originar la referencia y quiénes van a asumirla (el usuario, el SILAIS u otro).
 - La importancia y resultados de la misma.
 - Forma en la que se realizará la referencia.
 - Los requisitos para su atención en el establecimiento al cual es referido.
 - Identificar al familiar adulto que acompañará en la referencia, idealmente que esté en condiciones de apoyar y de donar sangre si es necesario.
- ☒ Comunicar previamente el traslado al establecimiento de referencia mediante cualquier medio (teléfono, radio, telégrafo).
- ☒ Completar la hoja de referencia, de forma concisa y clara: Datos generales, resumen clínico, exámenes, diagnóstico presuntivo, tratamiento administrado y el motivo de la referencia.
- ☒ Llevar el carné de atención prenatal.

C. CONDICIONES DEL TRASLADO

- ☒ Paciente canalizada de preferencia en brazo izquierdo con bránula número 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia dos vías seguras.
- ☒ La reposición de líquidos se hará en dependencia del sangrado a fin de mantener el equilibrio hemodinámico utilizando Solución Salina Normal al 0.9% o Lactato de Ringer.
- ☒ Oxígeno a razón de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal.
- ☒ El personal de salud (preferiblemente médico/a) tiene que ir al lado de la paciente, monitorizando sus signos vitales, evitando que se infiltre la vía y atendiendo cualquier necesidad que se presente.
- ☒ La persona de salud que acompañe tiene que poseer capacidad técnica resolutive, para que pueda atender cualquier complicación que se presente durante la referencia.



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

D. INSUMOS Y EQUIPO (MALETÍN DE REFERENCIA)

- Tensiómetro, estetoscopio, termómetro.
- Guantes para examen o atención de parto.
- Fetoscopio, martillo de reflejos, tubo de mayo o baja lenguas envuelto en tela.
- Equipo de atención de parto.
- Reloj y linterna (con sus respectivas baterías).
- Expansores plasmáticos: varios frascos de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer.
- Mascarilla para administrar oxígeno en el trayecto.
- Ambú, laringoscopio, tubos endotraqueales.
- Bránulas (número 16 o de mayor calibre), equipo de venoclisis, algodón, clamp para cordón umbilical, alcohol, adrenalina, atropina, corticoides, hidralazina, sulfato de magnesio, oxitocina, jeringas descartables.
- Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.

E. LA AMBULANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DEBE CONTAR CON:

- Camilla para la paciente.
- Tanque de oxígeno, manómetro y sus aditamentos.
- Porta sueros.
- Asiento para el personal que acompaña.

SEÑALES DE PELIGRO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
ANEXO No 2

HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	Aborto Embarazo Ectópico Embarazo Molar	Mujer con embarazo < de 20 semanas Sangrado Vaginal. Dolor pélvico abdominal. Distensión abdominal. Irritación peritoneal. Palidez marcada. Fiebre. Secreción fétida por vagina. Desmayos o pérdida del conocimiento, en especial en la posición erguida o al cambiar de posición. Expulsión de vesículas y altura uterina mayor de lo esperado para la edad gestacional.
HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	Placenta previa Desprendimiento Prematuro de Placenta normoinsera (DPPNI) Rotura uterina	Mujer con embarazo > de 20 semanas Sangrado vaginal profuso con o sin dolor abdominal. Taquicardia materna. Hipotensión arterial. Taquipnea. Útero tetánico o leñoso (aumento del tono). Alteración de la frecuencia cardiaca fetal. Palidez marcada, cianosis, alteraciones del sensorio, frialdad distal (signos de shock).
SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL	Preclampsia Moderada Preclampsia Grave Eclampsia	Mujer con embarazo > de 20 semanas Aumento de la presión arterial. Cefalea intensa. Escotomas. Acúfenos o tinnitus. Edema generalizado y/o incremento de peso exagerado o inadecuado (>2kg por mes). Epigastralgia (signo de Chaussier). Convulsiones o pérdida del conocimiento. Disminución de la percepción de movimientos fetales. Ictericia. Coluria. Proteinuria.



SEÑALES DE PELIGRO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
ANEXO No 2

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">TRABAJO DE PARTO OBSTINADO PARTO</p>	<p>Desproporción cefalopélvica Hipodinamia Fase expulsiva prolongada</p>	<p>Mujer en trabajo de parto La curva real de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana (en la hoja del partograma). Detención de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas. Detención de la dilatación o el descenso de la presentación fetal. Formación de un anillo de contracción doloroso en el útero que se puede evidenciar al examen clínico. Duración del parto mayor de 12 hrs. Hiperdinamia uterina. Trabajo de parto prolongado. Signos de sufrimiento fetal.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">HEMORRAGIA POSPARTO</p>	<p>Atonía Uterina Retención de placenta Acretismo placentario Desgarros de cérvix, vagina y periné Inversión uterina</p>	<p>Mujer con sangrado transvaginal después del parto Sangrado vaginal abundante. Taquicardia materna. Hipotensión arterial. Taquipnea. Shock hipovolémico. Ausencia del globo de seguridad de Pinard.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SEPSIS</p>	<p>Endometritis Endometriometritis Absceso pélvico Septicemia</p>	<p>Mujer con antecedente de haber tenido un evento obstétrico Líquidos mal olientes. Fiebre alta pos aborto, post parto o post cesárea. Dolor uterino intenso y/o subinvolución uterina. Escalofríos. Signos de sepsis: Hipotensión, Estado de conciencia alterado (agitación u obnubilación). Fiebre, distensión abdominal, Abdomen rígido o en tabla.</p>

Técnica de Medición de la Tensión Arterial

ANEXO No. 3

- Tomarla en brazo dominante utilizando tensiómetro y estetoscopio.
- Asegurarse de que la persona no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada.
- Medir la tensión arterial de la paciente en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas.
- Para una nueva toma confirmatoria subsecuente, verifique que el tensiómetro marque cero.
- La escala del esfigmomanómetro debe estar a la altura del corazón de la paciente y a nivel de los ojos del examinador.
- Los tubos de entrada y salida de aire del manguito constituyen su centro y debe estar ubicado encima del trayecto de la arteria humeral.
- Colocar el brazalete alrededor del brazo inmediatamente por encima del pliegue anterior del codo, dejando espacio suficiente para que alcance la campana del estetoscopio ubicado sobre la arteria humeral.
- Inflar el brazalete hasta una presión de 180 mm/hg.
- Abrir la válvula y desinflar a razón de 2 mm/hg. por latido de la arteria humeral.
- No desinflar rápidamente pues da lecturas incorrectas
- Al disminuir gradualmente la tensión aparece un sonido continuo y regular (ruidos de Korotoff) que corresponde a la tensión sistólica.
- Al continuar el descenso de la presión del brazalete, llega un momento en que desaparecen los ruidos o latidos y esto constituye la tensión diastólica.
- Repita la toma de la presión arterial dos o tres veces, promedie los valores y tómelo como los valores de la presión arterial.

TENSIÓN ARTERIAL MEDIA

Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres ($2PD+PS/3$). Este es el método más efectivo para la determinación de la presión arterial.



Fármacos Utilizados en el Tratamiento del Síndrome Hipertensivo Gestacional

ANEXO No. 4

Difenilhidantoina Sódica (Fenitoína)

Si la convulsión persiste aún con el uso de Sulfato de Magnesio inicie dosis de impregnación de 10 mg x kg de peso aplicado en un lapso de 20 minutos. Repetir 2 horas después en dosis de 5 mg x kg de peso aplicado en un lapso de 20 minutos.

Dosis de mantenimiento: Transcurridas 12 horas desde la aplicación de la segunda dosis, administrar 200 mg cada 8 horas IV por dos dosis.

Hidralazina

La Hidralazina actúa directamente sobre la musculatura lisa vascular. El efecto vasodilatador periférico de la Hidralazina resulta en una reducción de la presión sanguínea arterial (más la diastólica que la sistólica); reducción de la resistencia vascular periférica y un incremento en la frecuencia cardíaca, el volumen latido y el gasto cardíaco.

Dosis de 10 mg cada 6 h por 2 a 4 días, incrementando a 25 mg/día hasta completar la primera semana, y posteriormente aumentar la dosis de manera escalonada (por incrementos de 50 mg) hasta un máximo de 200 mg al día. Por vía IM o IV se utiliza sólo en casos de emergencia, la dosis recomendada es de 20-40 mg que puede repetirse si es necesario.

Contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a la Hidralazina, enfermedad de las arterias coronarias, valvulopatía mitral reumática.

Las reacciones adversas más frecuentes son cefalea, náuseas, vómitos, taquicardia y en dosis elevadas lupus eritematoso sistémico.

Labetalol

Si P/A diastólica > 110 mm HG (la meta es mantenerla entre 90-100 mm de HG):

En el caso de no disponer de Hidralazina administre Labetalol 10 mg. IV. Si después de 10 minutos la presión no mejora, administre 20 mg IV (se puede aumentar la dosis a 40 mg y luego hasta 80 mg si no se obtiene respuesta satisfactoria después de 10 minutos de administrada cada dosis).

Alfa Metildopa

Su principal efecto antihipertensivo resulta de la conversión a, alfa metilnorepinefrina, un falso neurotransmisor y potente agonista α_2 -adrenérgico que actúa estimulando los receptores alfa adrenérgicos a nivel central. Es el antihipertensivo de elección en la mujer embarazada.

Dosis: 250-500 mg cada 8 horas (máximo 3,000 mg/d). Las reacciones adversas más frecuentes son somnolencia, hipotensión ortostática, náuseas, cefalea, anemia hemolítica y aumento de las transaminasas, sobre todo durante los primeros meses de tratamiento.



Prueba de Coagulación Junto a la Cama

ANEXO No. 5

Evalúe el estado de la coagulación mediante esta prueba de coagulación junto a la cama.

- Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo de vidrio pequeño, limpio y sin anticoagulante (aproximadamente 10 mm x 75 mm).
- Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
- Después de 4 minutos, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que los coágulos sanguíneos y el tubo se puedan poner boca abajo.
- La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.



Diagnóstico y Evolución del Trabajo de Parto

ANEXO No. 6

A. EL DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE PARTO SE ESTABLECE CUANDO:

	Borramiento	Dilatación	Actividad uterina
Primíparas	100%	3 cm.	3-4 contracciones en 10 minutos. De 40-45 segundos de duración.
Multíparas	50%	3- 4 cm.	3-4 contracciones en 10 minutos. De 40-45 segundos de duración.

B. EVALÚE EL GRADO DE ENCAJAMIENTO Y DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN

- ☒ Si se trata de una presentación cefálica, de vértice, tomar como referencia en el polo fetal el diámetro biparietal (DBP) y como referencia materna los planos de Hodge.

Grado de encajamiento de la presentación	Planos
Abocada	Si el DBP está por encima del I plano de Hodge.
Fija	Si el DBP se insinúa con I plano de Hodge.
Encajada	Si el DBP está a nivel del I plano de Hodge.
Profundamente encajada	Si el DBP está por debajo del I plano y llega al II plano de Hodge.
	Si el DBP está a nivel de las espinas ciáticas, III o IV plano de Hodge.

- ☒ Durante el descenso se produce la rotación Interna y la presentación avanza hasta el IV plano de Hodge.



C. IDENTIFIQUE EL TIPO DE SITUACIÓN, PRESENTACIÓN, POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN DEL FETO

- Mediante las maniobras de Leopold determine: la situación, presentación, posición, actitud y encajamiento.
- Mediante el tacto vaginal determine: la presentación, la variedad de presentación, la posición y la variedad de posición, el grado de encajamiento, grado de descenso, el grado de rotación, características de las membranas y de la pelvis.

D. EVALÚE EL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO:

- Una vez confirmado que está en trabajo de parto. El progreso se evalúa mediante el tacto vaginal y la información derivada y obtenida del Partograma.
- Evalúe el final de la Fase Latente mediante el progreso del borramiento (50 %) y dilatación (4 cm.).
- Evalúe la Fase Activa mediante el progreso del borramiento, dilatación, descenso de la presentación.



Manejo Activo del Tercer Período del Parto

ANEXO No. 7

Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en domicilio o en una unidad de salud del primero o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien hemorragia postparto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto.

- El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo se incluyen:
 - Administración inmediata de oxitocina.
 - Pinzamiento y sección inmediata del cordón umbilical.
 - Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino.
 - Masaje uterino posterior a la extracción de la placenta.
- Administración inmediata de oxitocina en el momento de la expulsión del hombro anterior o inmediatamente después del primer minuto del nacimiento del bebé.
 - Administre 10 UI. de oxitocina intramuscular (IM) que produce contractilidad uterina a los 2 a 3 minutos después de aplicada la inyección, persistiendo el efecto por 2 a 3 horas.
- Pinzamiento y sección del cordón umbilical en el primer minuto después del nacimiento.
 - Inmediatamente después del nacimiento, pince y corte el cordón umbilical. Palpe el fondo uterino para investigar contracciones uterinas, vigile el sangrado transvaginal.
- Tensión controlada del cordón umbilical acompañado de masaje uterino.



TÉCNICA DE TENSIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL

- Tensione con una mano de manera controlada y firme el cordón umbilical pinzado en el momento de la contracción uterina, evaluando continuamente el grado de adherencia de la placenta a la pared uterina.
- Con la otra mano explore el abdomen y ejerza contracción del cuerpo uterino y determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si este no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esta última maniobra previene la inversión del útero.
- Establezca la tensión controlada del cordón, cuando se presente contracción uterina y repítala con cada contracción uterina y cuando considere que la placenta ha llegado al segmento inferior del útero (signo de desprendimiento y descenso de la placenta).
- Antes de los 3 minutos después de aplicada intramuscularmente la oxitocina, no tensione el cordón, espere los signos de desprendimiento (descenso del cordón, pequeño sangrado transvaginal significativo del desprendimiento y la presencia de contracción uterina).
- Si a los quince minutos de aplicada la oxitocina IM no se ha desprendido ni expulsado la placenta considerar una retención de placenta.

Nunca aplique tensión al cordón umbilical, sin determinar la contracción uterina por encima del pubis con la otra mano.

- Una vez expulsada la placenta, ayude al nacimiento de las membranas, permitiendo que el peso de la placenta por gravedad efectúe tracción sobre las membranas o realice rotación de la placenta sobre las membranas que permitan su desprendimiento y expulsión. (Maniobra de Dublín).
- Practique periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Debe orientarse a la paciente a fin de que continúe practicándose el masaje uterino.

Inducción y Conducción del Trabajo de Parto

ANEXO No. 8

La inducción y la conducción del trabajo de parto se realizan en respuesta a diferentes indicaciones, pero los métodos son los mismos.

Inducción del trabajo de parto: estimulación del útero para iniciar el trabajo de parto.

Conducción del trabajo de parto: estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la fuerza de las contracciones.

Se considera que se ha establecido un patrón de trabajo de parto adecuado cuando hay tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración.

Si las membranas están intactas, la práctica recomendada, tanto en la inducción como en la conducción del trabajo de parto, es realizar primero la rotura artificial de las membranas. En algunos casos, esto es todo lo que se requiere para inducir el trabajo de parto. La rotura de las membranas, sea espontánea o artificial, a menudo desencadena la siguiente serie de acontecimientos:

- Se expele el líquido amniótico.
- Se reduce el volumen uterino.
- Se producen prostaglandinas, las que estimulan el trabajo de parto.
- Se inician las contracciones uterinas (si la mujer no está en trabajo de parto) o se tornan más fuertes (si ya está en trabajo de parto).

ROTURA ARTIFICIAL DE LAS MEMBRANAS

Nota: En las zonas de alta prevalencia de infección por el VIH, es prudente mantener las membranas intactas durante el mayor tiempo posible para reducir la transmisión perinatal del VIH.

- Escuche y anote la frecuencia cardíaca fetal.
- Pida a la mujer que se acueste de espaldas con las piernas flexionadas, los pies juntos y las rodillas separadas.
- Provisto de guantes sometidos a desinfección de alto nivel o estériles, examine con una mano el cuello uterino y compruebe la consistencia, la posición, el borramiento y la dilatación.
- Con la otra mano, inserte un amniótomo o una pinza Kocher en la vagina.
- Guíe la pinza o el amniótomo hacia las membranas a lo largo de los dedos en la vagina.

- Apoye dos dedos contra las membranas y rómpalas con delicadeza con el instrumento que sostiene en la otra mano. Permita que el líquido amniótico drene lentamente alrededor de los dedos.
- Observe el color del líquido (claro, verdoso, sanguinolento). Si hay meconio espeso, sospeche sufrimiento fetal.

Después de la rotura artificial de las membranas, escuche la frecuencia cardíaca fetal durante una contracción y después de ella. Si la frecuencia cardíaca fetal es anormal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal. Si no se prevé el parto dentro de las 18 horas, administre antibióticos profilácticos para ayudar a reducir la posibilidad de una infección por estreptococo del grupo B en el recién nacido:

- Penicilina G 4 millones de unidades IV como dosis inicial, y luego 2,5 millones de unidades IV cada 4 horas hasta el momento del parto, o
- Ampicilina 2 g IV como dosis inicial, y luego 1 g IV cada 4 horas hasta el momento del parto.
- Si no hay signos de infección después del parto, interrumpa los antibióticos.

Si no se inició antes la infusión de oxitocina y si no se establece un trabajo de parto adecuado 1 hora después de la rotura artificial de las membranas, inicie la infusión de oxitocina. Si se induce el trabajo de parto debido a una enfermedad grave de la madre (por ejemplo sepsis o eclampsia), inicie la infusión de oxitocina al mismo tiempo que la rotura artificial de las membranas.

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO

El resultado satisfactorio de la inducción del trabajo de parto está relacionado con el estado del cuello uterino al comienzo de la inducción. Para evaluar el estado del cuello uterino, se realiza un examen del mismo y se asigna una puntuación basada en los criterios del Score de Bishop que aparecen en el Cuadro Siguiente:

Si el cuello uterino es favorable (tiene una puntuación de 6 o más), generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto sólo con oxitocina.

Si el cuello uterino es desfavorable (tiene una puntuación de 5 o menos), madúrelo antes de la inducción utilizando prostaglandinas o un catéter de Foley).

CALIFICACIÓN DE BISHOP

Calificación	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5+
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80+
Altura de la presentación	-3	-2	-1/0	1+
Consistencia	Dura	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	

OXITOCINA

Utilice la oxitocina con extrema precaución porque la hiperestimulación puede producir sufrimiento fetal y, excepcionalmente, rotura uterina. Las mujeres múltiples se encuentran en mayor riesgo de sufrir una rotura uterina.

Mantenga bajo observación cuidadosa a las mujeres que reciben oxitocina.

La dosis eficaz de oxitocina varía enormemente según la mujer de la que se trate. Administre con precaución la oxitocina en los líquidos IV (dextrosa o solución salina normal), aumentando gradualmente la velocidad de infusión hasta que se establezca un trabajo de parto adecuado (tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración). Mantenga esta velocidad hasta el momento del parto. El útero debe relajarse entre una contracción y otra.

Cuando la infusión de oxitocina haya producido un patrón de trabajo de parto adecuado, mantenga la misma velocidad hasta el parto.

Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y verifique la frecuencia cardíaca fetal.
Revise las indicaciones.

Asegúrese de que esté indicada la inducción, porque una inducción fallida generalmente conduce a una cesárea.



- Asegúrese de que la mujer esté acostada sobre su lado izquierdo.
- Registre los siguientes hallazgos en un partograma cada 30 minutos.
- Velocidad de infusión de la oxitocina (véase abajo);
Nota: Los cambios en la posición del brazo pueden alterar la velocidad de flujo.
- Duración y frecuencia de las contracciones;
- Frecuencia cardíaca fetal. Escúchela cada 30 minutos, siempre inmediatamente después de una contracción. Si la frecuencia cardíaca fetal es menos de 100 latidos por minuto, detenga la infusión y maneje como sufrimiento fetal.

Nunca se debe dejar solas a las mujeres que reciben oxitocina.

Infunda oxitocina 2.5 unidades en 500 ml de dextrosa (o solución salina normal) a 10 gotas por minuto lo cual equivale aproximadamente a 2.5 mUI por minuto (mayor detalle en la página 0).

- Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezca un buen patrón de contracciones (contracciones de más de 40 segundos de duración que ocurren tres veces en el lapso de 10 minutos).
- Mantenga esta velocidad hasta que finalice el parto.
- Si se produce hiperestimulación (una contracción de más de 60 segundos de duración), o si hay más de cuatro contracciones en 10 minutos, detenga la infusión y relaje el útero utilizando tocolíticos:
terbutalina 250 mcg IV lentamente en un lapso de 5 minutos;
o salbutamol 10 mg en 1 L de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 10 gotas por minuto.
- Si a una velocidad de infusión de 60 gotas por minuto no se producen tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración:
Aumente la concentración de oxitocina a 5 unidades en 500 ml de dextrosa (o solución salina normal) y regule la velocidad de infusión a 30 gotas por minuto (15 mUI por minuto).
Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o se alcance la velocidad máxima de 60 gotas por minuto.
- Si todavía no se ha establecido el trabajo de parto utilizando la concentración más alta de oxitocina:
En las multigrávidas y en las mujeres con cicatrices de cesáreas previas, la inducción ha fracasado; realice una cesárea.

En las primigrávidas, infunda la oxitocina a una concentración mayor (incremento rápido, (ver página 0)

Infunda oxitocina 10 unidades en 500 ml de dextrosa (o solución salina normal) a 30 gotas por minuto.

Aumente la velocidad de infusión en 10 gotas más por minuto cada 30 minutos hasta que se establezcan buenas contracciones.

Si no se establece un buen patrón de contracciones a una velocidad de 60 gotas por minuto (60 mUI por minuto), realice una cesárea.

No use 10 unidades de oxitocina en 500 ml (es decir 20 mUI/ml) en las multigrávidas ni en mujeres con una cesárea previa.



Velocidades de infusión de oxitocina para la inducción del trabajo de parto (Nota: 1 ml= 20 gotas)

Tiempo desde la inducción (horas)	Concentración de oxitocina	Gotas por minuto	Dosis aproximada (mUI/minuto)	Volumen administrado	Volumen total administrado
0.00	2,5 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (5 mUI/ml)	10	3	0	0
0.50	La misma	20	5	15	15
1.00	La misma	30	8	30	45
1.50	La misma	40	10	45	90
2.00	La misma	50	13	60	150
2.50	La misma	60	15	75	225
3.00	5 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (10 mUI/ml)	30	15	90	315
3.50	La misma	40	20	45	360
4.00	La misma	50	25	60	420
4.50	La misma	60	30	75	495
5.00	10 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (20 mUI/ml)	30	30	90	585
5.50	La misma	40	40	45	630
6.00	La misma	50	50	60	690
6.50	La misma	60	60	75	765
7.00	La misma	60	60	90	855

Aumente la velocidad de infusión de oxitocina sólo hasta el momento en que se establezca un trabajo de parto adecuado y luego mantenga la infusión a esa velocidad.

Incremento rápido para la primigrávida: velocidades de infusión de oxitocina para la inducción del trabajo de parto (Nota: 1 ml= 20 gotas)

Tiempo desde la inducción (horas)	Concentración de oxitocina	Gotas por minuto	Dosis aproximada (mUI/minuto)	Volumen administrado	Volumen total administrado
0.00	2,5 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (5 mUI/ml)	15	4	0	0
0.50	La misma	30	8	23	23
1.00	La misma	45	11	45	68
1.50	La misma	60	15	68	135
2.00	5 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (10 mUI/ml)	30	15	90	225
2.50	La misma	45	23	45	270
3.00	La misma	60	30	68	338
3.50	10 unidades en 500 ml de dextrosa o solución salina normal (20 mUI/ml)	30	30	90	428
4.00	La misma	45	45	45	473
4.50	La misma	60	60	68	540
5.00	La misma	60	60	90	630

PROSTAGLANDINAS

Las prostaglandinas son sumamente eficaces para la maduración del cuello uterino durante la inducción del trabajo de parto.

Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer y verifique la frecuencia cardíaca fetal. Registre los hallazgos en un partograma.

- Revise las indicaciones.
- La prostaglandina E2 (PGE2) está disponible en varias formas (pesario de 3 mg o gel de 2-3 mg). La prostaglandina se coloca en posición alta en el fondo del saco posterior de la vagina y se puede repetir después de 6 horas, si se requiere.

Monitoree las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal en todas las mujeres que están bajo inducción del trabajo de parto con prostaglandinas.

Interrumpa el uso de las prostaglandinas e inicie la infusión de oxitocina si:

- Se rompen las membranas.
- El cuello uterino ha alcanzado la maduración.
- Se ha establecido un trabajo de parto adecuado.
- O, han transcurrido 12 horas.

MISOPROSTOL

- Utilice el misoprostol para madurar el cuello uterino sólo en situaciones estrictamente determinadas como por ejemplo:
- Preeclampsia grave o eclampsia cuando el cuello uterino es desfavorable y no hay posibilidad de realizar inmediatamente una cesárea de menor riesgo o el bebé es demasiado prematuro para sobrevivir.
- Muerte fetal en útero, si la mujer no ha entrado en trabajo de parto espontáneo después de 4 semanas y las plaquetas están disminuyendo.

Coloque misoprostol 25 mcg en el fondo de saco posterior de la vagina. Repita después de 6 horas, si se requiere.

Si no hay ninguna respuesta después de dos dosis de 25 mcg, aumente a 50 mcg cada 6 horas.

No use más de 50 mcg a la vez y no exceda las cuatro dosis (200 mcg).

No administre oxitocina dentro de las 8 horas de haber usado misoprostol. Monitoree las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal.

CATÉTER DE FOLEY

El catéter de Foley es una alternativa eficaz a las prostaglandinas para la maduración del cuello uterino y la inducción del trabajo de parto. Sin embargo, debe evitarse en las mujeres con cervicitis o vaginitis obvias.

Si hay antecedentes de sangrado o rotura de las membranas o infección vaginal obvia, no utilice un catéter de Foley.

- Revise las indicaciones.
- Inserte con delicadeza en la vagina un espéculo sometido a desinfección de alto nivel.
- Sostenga el catéter con pinzas sometidas a desinfección de alto nivel e introduzca con delicadeza a través del cuello uterino. Cerciórese de que el manguito inflable del catéter esté más allá del orificio interno.
- Infle el manguito con 10 ml de agua.
- Enrosque el resto del catéter y colóquelo en la vagina.
- Deje adentro el catéter hasta que comiencen las contracciones, o al menos durante 12 horas.
- Desinfele el manguito antes de retirar el catéter y prosiga luego con la oxitocina.

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA

- Revise las indicaciones.
- Infunda la oxitocina según se describe para la inducción del trabajo de parto.
- Nota: No utilice el incremento rápido para la conducción del trabajo de parto.



Maniobras para el Control del Sangrado Uterino

ANEXO No. 9

A -Compresión Bimanual del Útero

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica.
- El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente, vigilando sus funciones vitales y reacciones.
- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico.

ACTIVIDADES PREVIAS

- Equipo descartable para infusión intravenosa, soluciones intravenosas.
- Guantes estériles.
- Lubricante y antiséptico local.
- Ropa de atención del parto.
- Jabón y agua.

PRECAUCIONES

- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

PROCEDIMIENTO INICIAL

- Observe si hay signos de shock.
- Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje uterino externo o compresión bimanual externa o que sostenga el útero.
- Coloque una vía segura y pasar solución salina o Ringer a chorro (esto ayudará a prevenir el shock).
- Introduzca una mano en la vagina y forme un puño.

- Coloque el puño en el fondo del saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

COMPRESIÓN
BIMANUAL DEL ÚTERO
A1



B- COMPRESION DE LA AORTA ABDOMINAL

Otra alternativa consiste en comprimir la aorta

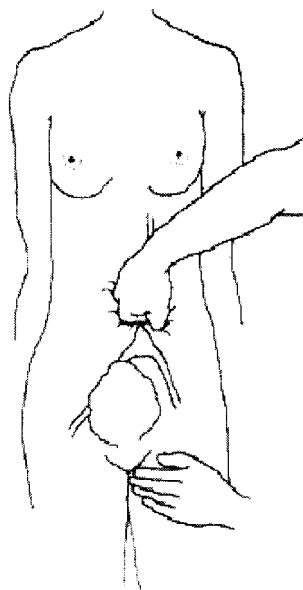
- Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal.
- El punto a comprimir queda por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
- Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el periodo del postparto inmediato.
- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.



- Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada.
- Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.
- Si el sangrado continúa, a pesar de la compresión, practique laparotomía exploradora y realice la ligadura de las arterias uterinas y uteroovárica.

COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL
Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL

A2



Ligadura de Arterias Uterinas y Útero Ováricas

ANEXO No. 10

- Inicie una infusión IV (dos, si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.
- Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una nodisección.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.
ampicilina 2 g IV; o cefazolina 1 g IV.

ABRA EL ABDOMEN

- Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (fascia).
- Realice una incisión vertical de 2–3 cm en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos de la pared abdominal.
- Utilice los dedos para realizar una abertura del peritoneo cerca del ombligo.
- Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo con objeto de visualizar completamente el útero. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- Hale del útero para exponer la parte inferior del ligamento ancho.
- Palpe para detectar las pulsaciones de la arteria uterina cerca de la unión del útero y el cuello uterino.
- Utilice una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol) con una aguja grande; pase la aguja alrededor de la arteria y a través de 2–3 cm. del miometrio (músculo uterino) a la altura donde se haría una incisión transversa en el segmento uterino inferior anude la sutura firmemente.
- Coloque las suturas lo más cerca posible del útero, puesto que el uréter se encuentra por lo general a sólo 1 cm. lateralmente de la arteria uterina.



Histerectomía Postparto

ANEXO No. 11

DEFINICIÓN

Es la extirpación quirúrgica del útero ya sea por vía abdominal como por vía vaginal.

La histerectomía postparto puede ser subtotal, a menos que estén afectados el cuello uterino y el segmento uterino inferior. La histerectomía total puede ser necesaria en el caso de un desgarro del segmento inferior que se extienda hasta penetrar en el cuello uterino, o cuando hay sangrado después de una placenta previa.

INDICACIONES

- Atonía uterina refractaria al tratamiento médico.
- Rotura uterina: cuando no se desea fertilidad o la lesión es demasiado extensa para repararla.
- Inversión uterina, cuando la misma es refractaria a la reposición manual.
- Placenta acreta.
- Daño extenso del útero, que generalmente se presenta en las localizaciones cornuales o cervicales en donde se produce estallido del útero en un embarazo ectópico.

COMPLICACIONES

- Absceso de cúpula.
- Hematoma de cúpula.
- Lesión vesical.
- Infección de herida quirúrgica.

PROCEDIMIENTO

- Inicie una infusión IV (dos, si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo, Dextrán). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.

- Si no puede canalizarse una vena periférica, realice una venodisección
Administre una dosis única de antibióticos profilácticos
Ampicilina 2 g IV; Ó - cefazolina 1 g IV.

Si hay una hemorragia incontrolable después de un parto vaginal, tenga presente que la rapidez es decisiva.

PARA ABRIR EL ABDOMEN:

- Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (fascia).
- Realice una incisión vertical de 2–3 cm. en la aponeurosis. Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos (músculos de la pared abdominal).
- Utilice los dedos para realizar una abertura del peritoneo cerca del ombligo. Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo con objeto de visualizar completamente el útero. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.

SI EL PARTO FUE POR CESÁREA, PINCHE LOS SITIOS SANGRANTES A LO LARGO DE LA INCISIÓN UTERINA:

- En caso de sangrado masivo, pida a un asistente que aplique presión sobre la aorta con los dedos, en el abdomen inferior. Esto reducirá el sangrado intraperitoneal.
- Prolongue la incisión de la piel, si fuera necesario.

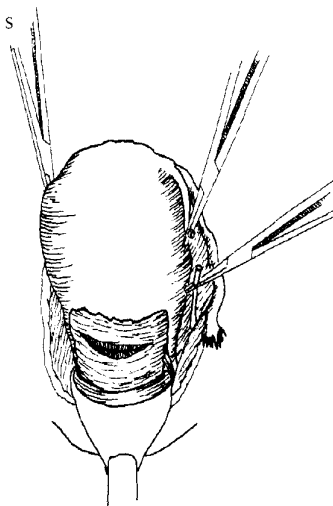
HISTERECTOMÍA SUBTOTAL (SUPRACERVICAL)

- Levante el útero sacándolo del abdomen y hale con delicadeza para mantener la tracción.
- Pince en dos lugares y corte los ligamentos redondos con tijeras (Figura A3). Pince y corte los pedículos.
- Pero ligue después de que haya ocluido las arterias uterinas para ahorrar tiempo.



SECCIÓN DE LOS
LIGAMENTOS REDONDOS

A3

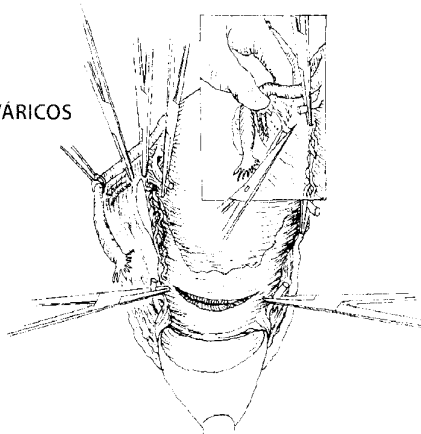


- Desde el borde del ligamento redondo cortado, abra la hoja anterior del ligamento ancho.
- Realice una incisión hasta el punto en el que el peritoneo vesical se repliega sobre la superficie uterina inferior en la línea media o el peritoneo incidido en una cesárea.
- Use dos dedos para empujar la hoja posterior del ligamento ancho hacia adelante, inmediatamente por debajo de la trompa y el ovario, cerca del borde uterino. Con unas tijeras, haga un orificio del tamaño de un dedo en el ligamento ancho. Pince en dos lugares y corte la trompa, el ligamento ovárico y el ligamento ancho a través del orificio en el ligamento ancho (Figura A-4).

Los uréteres están cerca de los vasos uterinos. El uréter debe ser identificado y estar expuesto para evitar lesionarlo durante la cirugía o incluirlo en una sutura.

SECCIÓN DE LA TROMPA
Y DE LOS LIGAMENTOS OVÁRICOS

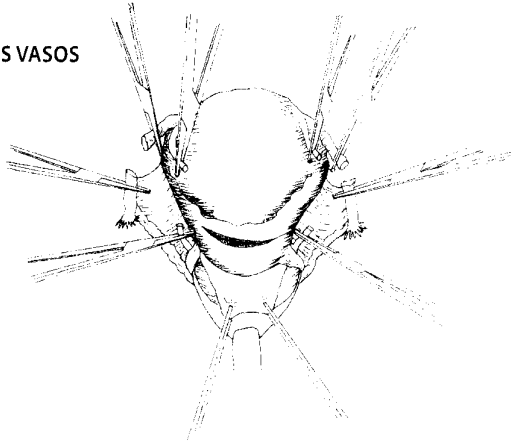
A-4



- Con unas tijeras, seccione la hoja posterior del ligamento ancho hacia abajo en dirección a los ligamentos úterosacros.
- Sujete el borde del pliegue vesical con pinzas comunes o una pinza pequeña. Usando los dedos o las tijeras, diseque la vejiga hacia abajo separándola del segmento uterino inferior. Dirija la presión hacia abajo pero hacia adentro, en dirección al cuello uterino y el segmento uterino inferior.
- Localice la arteria y la vena uterinas a cada lado del útero. Palpe para detectar la unión del útero y el cuello uterino.
- Pince en dos lugares los vasos uterinos en un ángulo de 90°, a cada lado del cuello uterino. Corte y ligue en dos lugares con sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol) (Figura A-5).

SECCIÓN DE LOS VASOS UTERINOS

A-5

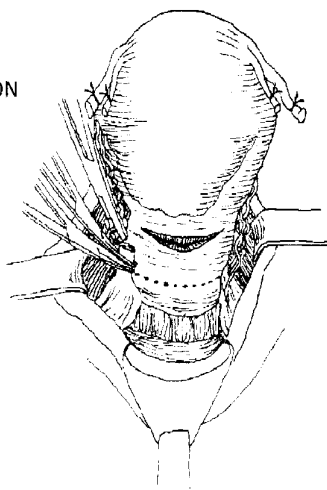


- Observe cuidadosamente para detectar si hay más sangrado. Si las arterias uterinas se han ligado correctamente, el sangrado debería detenerse y el útero debería verse pálido.
- Vuelva a los pedículos pinzados de los ligamentos redondos y tuboováricos, y líquelos con una sutura de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Con unas tijeras, ampute el útero por encima del nivel en el que se han ligado las arterias uterinas
- (Figura A-6).



LÍNEA DE AMPUTACIÓN

A-6



- Cierre el muñón del cuello uterino utilizando suturas interrumpidas de catgut cromado 1 (o vicryl).
- Inspeccione con cuidado el muñón del cuello uterino, las hojas del ligamento ancho y cualquier otra estructura del piso pélvico para detectar si hay sangrado.
- Si persiste un sangrado ligero o se sospecha un trastorno de la coagulación, coloque un drenaje a través de la pared abdominal. No coloque un drenaje a través del muñón del cuello uterino, ya que puede causar una infección postoperatoria.
- Asegúrese de que no haya sangrado. Extraiga los coágulos utilizando una compresa.
- En todos los casos, verifique que no haya lesión en la vejiga. Si se identifica lesión repárela.
- Cierre la aponeurosis (fascia) con una sutura continua de catgut cromado 1 (o Vicryl 1).
- Observación: No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.
- Si hay signos de infección, tapone el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas sueltas de catgut 0 (o poliglicol). Cierre la piel con una sutura retardada después de que haya pasado la infección.
- Si no hay signos de infección, cierre la piel con suturas verticales de nailon (o seda) 2/0 y coloque un apósito estéril.

HISTERECTOMÍA TOTAL

Para la histerectomía total son necesarios los siguientes pasos adicionales:

- Empuje la vejiga hacia abajo para liberar los 2 cm. superiores de la vagina.
- Abra la hoja posterior del ligamento ancho.
- Pince, ligue y corte los ligamentos úterosacros.
- Pince, ligue y corte los ligamentos cardinales, que contienen las ramas descendentes de los vasos uterinos. Este es el paso crítico de la operación:
Sujete el ligamento verticalmente con una pinza de dientes grandes (por ejemplo, una pinza Kocher);
Coloque la pinza a 5 mm al lado del cuello uterino y corte el ligamento cerca del cuello uterino, dejando un muñón medial respecto de la pinza por razones de seguridad.
Si el cuello uterino es largo, repita el paso dos o tres veces, según la necesidad.

Los 2 cm. superiores de la vagina deberían ahora estar libres de anexos.

- Recorte la vagina lo más cerca posible del cuello uterino, pinzando los puntos sangrantes a medida que aparezcan.
- Coloque suturas hemostáticas angulares, que incluyan a los ligamentos redondos, cardinales y úterosacros.
- Coloque suturas continuas en el manguito vaginal para detener la hemorragia.
- Cierre el abdomen (de igual manera que en el caso anterior) después de colocar un drenaje en el espacio extraperitoneal, cerca del muñón del cuello uterino.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.
Ampicilina 2 g IV cada 6 horas.
MÁS gentamicina 5 mg/Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Administre analgésicos.
- Si no hay signos de infección, retire el drenaje abdominal después de 48 horas si no está drenando.



HISTERECTOMÍA TOTAL

Para la histerectomía total son necesarios los siguientes pasos adicionales:

- Empuje la vejiga hacia abajo para liberar los 2 cm. superiores de la vagina.
- Abra la hoja posterior del ligamento ancho.
- Pince, ligue y corte los ligamentos úterosacros.
- Pince, ligue y corte los ligamentos cardinales, que contienen las ramas descendentes de los vasos uterinos. Este es el paso crítico de la operación:
Sujete el ligamento verticalmente con una pinza de dientes grandes (por ejemplo, una pinza Kocher);
Coloque la pinza a 5 mm al lado del cuello uterino y corte el ligamento cerca del cuello uterino, dejando un muñón medial respecto de la pinza por razones de seguridad.
Si el cuello uterino es largo, repita el paso dos o tres veces, según la necesidad.

Los 2 cm. superiores de la vagina deberían ahora estar libres de anexos.

- Recorte la vagina lo más cerca posible del cuello uterino, pinzando los puntos sangrantes a medida que aparezcan.
- Coloque suturas hemostáticas angulares, que incluyan a los ligamentos redondos, cardinales y úterosacros.
- Coloque suturas continuas en el manguito vaginal para detener la hemorragia.
- Cierre el abdomen (de igual manera que en el caso anterior) después de colocar un drenaje en el espacio extraperitoneal, cerca del muñón del cuello uterino.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.
Ampicilina 2 g IV cada 6 horas.
MÁS gentamicina 5 mg/Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Administre analgésicos.
- Si no hay signos de infección, retire el drenaje abdominal después de 48 horas si no está drenando.



Extracción Manual de la Placenta

ANEXO No.12

DEFINICIÓN

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional de salud realiza para tratar la retención de la placenta y la hemorragia postparto causada por esta y evitar una muerte materna.

INDICACIONES

Retención de la placenta por más 15 minutos con manejo activo y 30 minutos sin manejo activo luego de producido el nacimiento.

CONTRAINDICACIONES

- Acretismo placentario.
- Falta de capacitación del personal de salud para realizar el procedimiento.
- Falta de condiciones físicas y de insumos para realizar el procedimiento.

COMPLICACIONES

- Cuando no se ha identificado apropiadamente el acretismo y se procede a realizar la extracción placentaria se produce una hemorragia masiva que puede llevar al shock y a la muerte.
- Inversión uterina.

CONDICIONES PARA EL PROCEDIMIENTO

Consentimiento informado, debido a que en ocasiones el procedimiento no se realiza en condiciones de analgesia profunda, la mujer puede percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle cómo se realizará el procedimiento y especialmente, cuáles van a ser dichas molestias.

Los familiares deben estar informados de la complicación que ocurre y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de la paciente.

PRECAUCIONES

- Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre.
- Use una bata con mangas largas.
- Sobre ésta póngase los guantes estériles, cubriendo los puños de su ropa.

ELEMENTOS CLAVES PARA EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA

- Canalizar con bránula número 16 o de mayor calibre y estabilizar hemodinámicamente (soluciones o sangre).
- Administrar oxitocina.
- Tome muestra de sangre (Hematocrito y Hemoglobina) y prepare para hacer pruebas cruzadas y trasfudir sangre total si es necesario.
- Brinde apoyo emocional y aliento.
- Si tiene condiciones para una anestesia general de urgencia practicarla, si no hacer sedación con 10 mg de diazepam diluidos en 10 ml de agua destilada y pasar IV lento.
- Asepsia y antisepsia local.

ANALGESIA

- Administre Meperidina 100 mg por vía IV lentamente
- Diazepam 10 mg IV. lentamente (no los mezcle en la misma jeringa).

ANTIBIÓTICOS

- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos.
Ampicilina 2 g IV más metronidazol 500 mg IV.
o Cefazolina 1 g IV más metronidazol 500 mg IV.
- Si hay signos de infección, administre antibióticos.
- Ampicilina 2 gm IV cada 6 horas.
- Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso IV cada 24 horas(160mg IV diario).
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Si existe fiebre 72 horas después de dar inicio a los antibióticos reevalúe a la paciente y revise el diagnóstico.

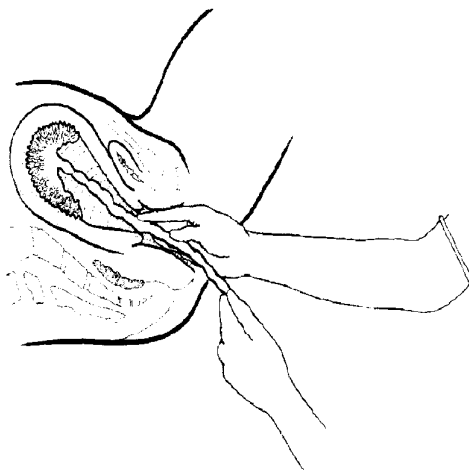
PROCEDIMIENTO

- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Con una mano, hale el cordón umbilical con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo estériles, introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina (Figura A-7).



INTRODUCCIÓN DE UNA MANO
EN LA VAGINA A LO LARGO
DEL CORDÓN UMBILICAL

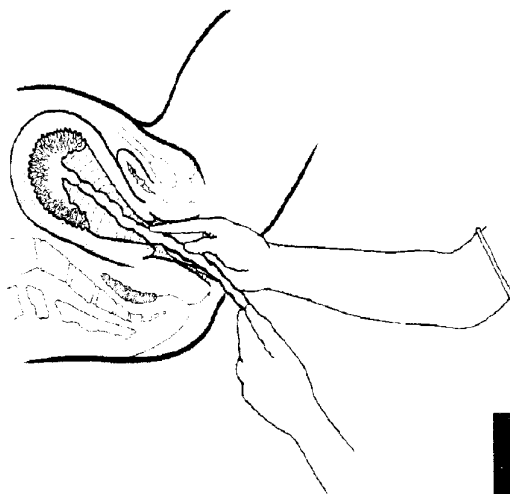
A-7



- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contra tracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina (Figura A-8).
- Nota: Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición normal.
- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- Si el cordón umbilical fue desprendido previamente, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina.

SE SOSTIENE EL FONDO
DEL ÚTERO MIENTRAS
SE DESPRENDE LA PLACENTA.

A-8



- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.
- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- Si la placenta no se separa de la superficie del útero mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, sospeche una placenta acreta y proceda con una laparotomía y posible histerectomía total o subtotal dependiendo de las condiciones de la paciente.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta (Figura A-9).
- Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.

RETIRO DE LA MANO DEL ÚTERO

A-9



- Palpe el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que ha extraído todo el tejido placentario.
- Administre oxitocina 20 unidades en 1 litro de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a razón de 60 gotas por minuto.
- Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.
- Si hay sangrado profuso continuo, administre ergometrina 0.2 mg IM.
- Examine la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que está íntegra. Si falta algún lóbulo o tejido placentario, explore la cavidad uterina para extraerlo.
- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina o repare la episiotomía.

PROBLEMAS

- Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible hacer entrar toda la mano en el útero.
- Extraiga la placenta en fragmentos utilizando dos dedos, una pinza foersters o una cureta gruesa.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Observe a la mujer estrechamente hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.
- Palpe el fondo del útero para asegurarse de continúa contraído.
- Verifique para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- Continúe la infusión de líquidos IV con oxitocina por 6 horas más.
- Transfunda según la necesidad.

Dilatación y Legrado Posterior al Aborto

ANEXO No. 13

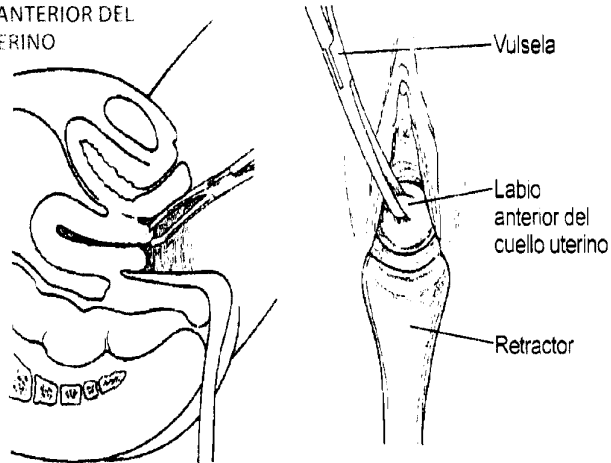
La dilatación y legrado sólo debe utilizarse si no hay posibilidad de realizar la aspiración manual endouterina y debe ser el método preferido de evacuación del útero.

PROCEDIMIENTO

- Brinde apoyo emocional y aliento, y administre Meperidina IM o IV antes del procedimiento. Si no contara con este fármaco utilice sedación: Diazepam 10 mg intravenoso, diluido en 10 ml de agua destilada y aplicarlo lentamente o bloqueo paracervical). En los lugares en donde sea posible administre anestesia general.
- Antes del procedimiento, administre oxitocina 10 unidades IM para aumentar la firmeza del miometrio y reducir así el riesgo de una perforación.
- Realice un examen pélvico bimanual para evaluar el tamaño y la posición del útero y la condición de los fondos de saco.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino (especialmente al orificio del cuello uterino).
- Verifique en el cuello uterino la presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo. Si hay productos de la concepción en la vagina o el cuello uterino, extraígalos utilizando una pinza de ojo (Foersters).
- Sujete con delicadeza el labio anterior del cuello uterino con un tenáculo de un solo diente (pinza de pozzi). Nota: En el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de ojo en lugar del tenáculo puesto que es menos probable desgarrar el cuello uterino con la tracción y no requiere el uso de lidocaína para ser colocada.
- Si va a utilizar un tenáculo para sujetar el cuello uterino, primero inyecte una solución de lidocaína al 0.5%, 1 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino expuesto por el espéculo (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 y 12 de las manecillas del reloj).
- Se requiere dilatación solamente en los casos de aborto fallido o cuando algunos productos de la concepción retenidos han permanecido en el útero por varios días:
 - Introduzca con delicadeza la cánula o cureta más gruesas.
 - Utilice dilatadores graduados sólo si la cánula o cureta no pasan. Comience con el dilatador más pequeño y termine con el más grande que le asegure una dilatación adecuada (usualmente 10–12 mm).
 - Tenga cuidado de no desgarrar el cuello uterino o realizar una perforación uterina.

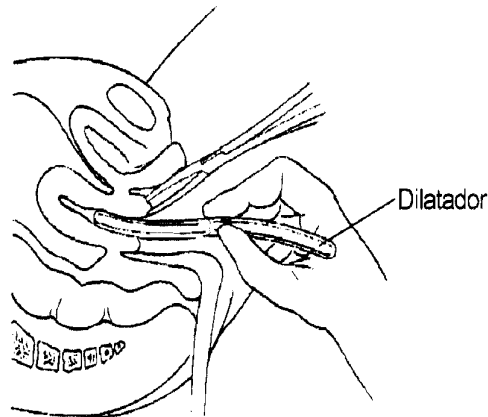
INSERCIÓN DE UN RETRACTOR Y SUJECCIÓN DEL LABIO ANTERIOR DEL CUELLO UTERINO

A-10

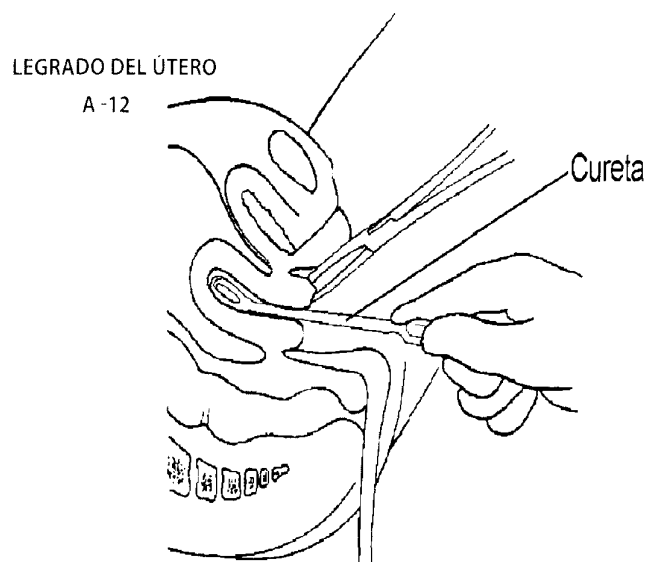


DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO

A-11



- Pase con delicadeza una sonda uterina a través del cuello uterino para evaluar la longitud y dirección del útero.
- En el embarazo, el útero es muy blando y puede lesionarse fácilmente durante este procedimiento.
- Evacúe el contenido del útero con una pinza de ojo o una cureta grande (Figura A-12). Legre con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza.



- Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.
- Examine el material evacuado. Envíe el material para su examen histopatológico, si el diagnóstico no es claro.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Administre paracetamol 500 mg vía oral según la necesidad.
- Aliente a la mujer a que coma, beba o camine lo que desee.
- Si fuera posible, ofrezca otros servicios de salud, incluyendo profilaxis del tétanos, orientación o un método de planificación familiar.
- Dé el alta a los casos no complicados después de 1-2 horas.
- Aconseje a la mujer que esté pendiente de la aparición de signos o síntomas que requieran atención inmediata:
 - cólicos prolongados (más de unos pocos días).
 - sangrado prolongado (más de 2 semanas).
 - sangrado mayor que el de la menstruación normal.
 - dolor severo o que aumenta.
 - fiebre, escalofríos o malestar general.
 - sensación de desmayo.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

ANEXO No. 14

INDICACIONES

Aborto inevitable, diferido, séptico antes de las 12 semanas, aborto incompleto, embarazo molar o hemorragia postparto tardía debida a la retención de fragmentos placentarios. En los embarazos mayores de 12 semanas se debe procurar la expulsión del producto de la concepción y luego practicar el procedimiento.

CONTRAINDICACIONES

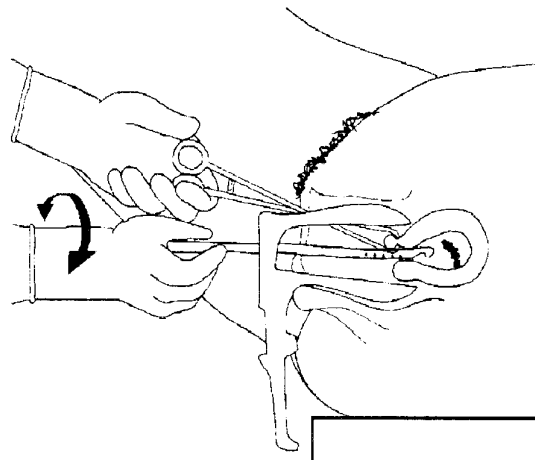
- Sospecha o confirmación de un embarazo.
- Existencia o sospecha de infección cervical, uterina o pélvica inflamatoria aguda.
- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

PROCEDIMIENTO

- Brinde apoyo emocional y aliento y administre paracetamol 30 minutos antes del procedimiento. Administrar sedación (Diazepam 10 mg intravenoso, diluido en 10 ml de agua destilada, lento o bloqueo paracervical).
- Prepare la jeringa para la aspiración manual endouterina (AMEU):
 - Arme la jeringa.
 - Cierre la válvula de paso.
 - Hale del émbolo hasta que se articulen las trabas.
- Nota: En el caso de un embarazo molar, tenga tres jeringas listas para usar porque es probable que el contenido uterino sea abundante.
- Aún si el sangrado es leve, antes del procedimiento administre oxitocina 10 unidades IM o Ergometrina 0.2 mg IM, para aumentar la firmeza del miometrio y reducir así el riesgo de una perforación.
- Realice un examen pélvico bimanual para evaluar el tamaño y la posición del útero y la condición de los fondos de saco.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino (especialmente al orificio del cuello uterino).
- Verifique en el cuello uterino la presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo. Si hay productos de la concepción en la vagina o el cuello uterino, extraígalos utilizando una pinza de ojo.
- Sujete con delicadeza el labio anterior del cuello uterino con un tenáculo de un solo diente.

- Nota: En el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de ojo en lugar del tenáculo puesto que es menos probable desgarrar el cuello uterino con la tracción y no requiere el uso de lidocaína para ser colocada.
- Si va a utilizar un tenáculo para sujetar el cuello uterino, primero inyecte una solución de lidocaína al 0.5%, 1 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino expuesto por el espéculo (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 y 12 de las manecillas del reloj).
- Se requiere dilatación solamente en los casos de aborto fallido o cuando algunos productos de la concepción retenidos han permanecido en el útero por varios días:
 - Introduzca con delicadeza la cánula o cureta más gruesas;
 - Utilice dilatadores graduados sólo si la cánula o cureta no pasan. Comience con el dilatador más pequeño y termine con el más grande que le asegure una dilatación adecuada (usualmente 10–12 mm) (Figura A-11).
 - Tenga cuidado de no desgarrar el cuello uterino o crear una perforación uterina.
 - Mientras aplica una tracción ligera al cuello uterino, inserte la cánula a través del cuello uterino en la cavidad uterina hasta apenas pasar por el orificio del cuello uterino (Figura A-13). (A menudo, girar la cánula mientras se aplica una presión ligera ayuda a que la punta de la cánula pase por el canal cervical).

INSERCIÓN DE
LA CÁNULA
A-13



Empuje lentamente la cánula hacia la cavidad uterina hasta que toque el fondo, pero no más de 10 cm. Mida la profundidad del útero por los puntos visibles en la cánula y luego retire un poco la cánula.

Conecte la jeringa de AMEU, ya preparada, a la cánula sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula con una mano y la jeringa con la otra.

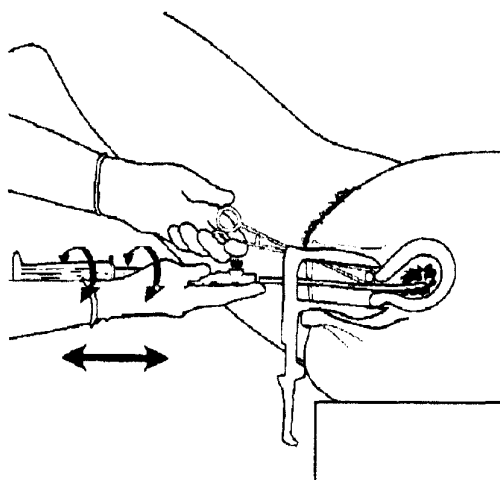
Libere la válvula o válvulas de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.

Evacúe el contenido restante haciendo girar con delicadeza la jeringa de un lado al otro (de la posición de las 10 a la de 12 de las manecillas del reloj) y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina (Figura A-14).

Nota: Para evitar que se pierda la succión, no retire la abertura de la cánula más allá del orificio del cuello uterino. Si se pierde el vacío, o si se ha llenado más de la mitad de la jeringa, vacíela por completo y luego restablezca el vacío.

Nota: Evite sujetar la jeringa por las trabas del émbolo mientras se establece el vacío y la cánula está en el útero. Si las trabas del émbolo se sueltan, el émbolo puede volver a deslizarse accidentalmente dentro de la jeringa, empujando nuevamente el material hacia adentro del útero.

EVACUACIÓN DEL
CONTENIDO DEL ÚTERO
A-14



- Verifique para detectar signos de finalización del procedimiento:
- En la cánula hay espuma roja o rosada, pero no se observa más tejido.
- Al pasar la cánula sobre la superficie del útero evacuado se siente una sensación de aspereza.
- El útero se contrae alrededor de la cánula (la comprime).
- Retire la cánula. Separe la jeringa y coloque la cánula en una solución para su descontaminación.
- Con la válvula abierta, vacíe el contenido de la jeringa de AMEU en un tamiz empujando el émbolo.

Nota: Coloque la jeringa vacía en una bandeja o envase sometido a desinfección de alto nivel hasta tener la certeza de que se ha completado el procedimiento.

- Retire el tenáculo y el espéculo, y luego realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.
- Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para:
 - Determinar la cantidad y presencia de los productos de la concepción.
 - Asegurarse de que la evacuación es total.
 - Verificar que no haya un embarazo molar (raro).

Si fuera necesario, tamice y enjuague el tejido para extraer el exceso de coágulos de sangre; luego colóquelo en un envase con agua limpia, solución salina o ácido acético débil (vinagre) para examinarlo. Las muestras de tejido también pueden enviarse al laboratorio para su examen histopatológico, si el diagnóstico no es claro.

- Si no se ven productos de la concepción:
 - Todos los productos de la concepción pueden haber sido eliminados antes de que se realizara la AMEU (aborto completo).
 - La cavidad uterina puede estar aparentemente vacía, pero puede no haberse vaciado por completo repita la evacuación.
 - El sangrado vaginal puede no haber sido causado por un aborto incompleto (por ejemplo, sangrado intermenstrual, tal como se observa con los anticonceptivos hormonales o fibromas uterinos).
 - El útero puede ser anormal (es decir, puede haberse insertado la cánula en el lado sin embarazo de un útero doble).



Nota: La ausencia de los productos de la concepción en una mujer con síntomas de embarazo plantea la sólida posibilidad de un embarazo ectópico.

- Inserte con delicadeza un espéculo en la vagina, y busque el sangrado. Si el útero todavía está blando y su tamaño no ha disminuido o si hay sangrado persistente y vigoroso, repita la evacuación.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Administre paracetamol 500 mg vía oral, según la necesidad.
- Aliente a la mujer a que coma, beba o camine lo que desee.
- Si fuera posible, ofrezca otros servicios de salud, incluyendo profilaxis del tétanos (dT), orientación o un método de planificación familiar y vacuna Anti D en mujeres rh negativo no sensibilizadas.
- Dé el alta a los casos no complicados después de 1–2 horas.
- **Aconseje a la mujer que esté pendiente de la aparición de signos o síntomas que requieran atención inmediata:**
 - cólicos prolongados (más de unos pocos días).
 - sangrado prolongado (más de 2 semanas).
 - sangrado mayor que el de la menstruación normal.
 - dolor severo o que aumenta.
 - fiebre, escalofríos o malestar general.
 - sensación de desmayo.

Reparación de los Desgarros del Cuello Uterino

ANEXO No. 15

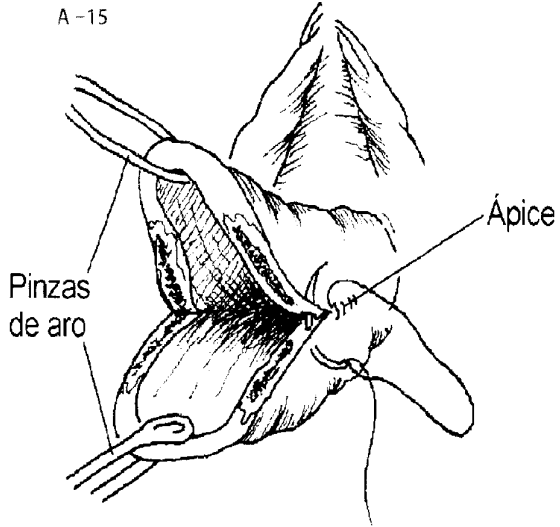
PROCEDIMIENTO

- Inicie una infusión IV (dos, si la mujer está en shock) utilizando una bránula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Administre líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a una velocidad apropiada para el estado o la afección de la mujer.
- Si la mujer está en shock, evite utilizar sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.
- Aplique una solución antiséptica a la vagina y el cuello uterino.
- Brinde apoyo emocional y aliento. La mayoría de los desgarros del cuello uterino no requieren anestesia. Para los desgarros que son largos y extensos, administre Meperidina y Diazepam IV lentamente (no los mezcle en la misma jeringa).
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Sujete con delicadeza el cuello uterino con pinzas de ojo. Aplique las pinzas en ambos lados del desgarro y hale suavemente en diversas direcciones con objeto de visualizar completamente el cuello uterino. Puede haber varios desgarros.
- Cierre los desgarros del cuello uterino con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol) comenzando medio centímetro por encima del ángulo (parte superior del desgarro), en el cual se encuentra con frecuencia el origen del sangrado (Figura A-15).
- Si una sección larga del borde del cuello uterino está desgarrada, refuércela por debajo con una sutura continua de catgut cromado 0 (o poliglicol).
- Si el ápice es difícil de alcanzar y de ligar, es posible que se lo pueda sujetar con pinzas arteriales o de aro. Deje las pinzas colocadas durante 4 horas. No persista en sus esfuerzos de ligar los puntos de sangrado, ya que tales esfuerzos pueden aumentar la pérdida de sangre. Luego:
Después de 4 horas, abra las pinzas parcialmente pero no las retire.
Después de 4 horas más, retire por completo las pinzas.

Para reparar un desgarro del cuello uterino que ha penetrado más allá de la bóveda o cúpula vaginal puede ser necesario realizar una laparotomía.



REPARACIÓN DE UN DESGARRO DEL CUELLO UTERINO



REPARACIÓN DE LOS DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

- Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:
- Los desgarros de primer grado involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
- Los desgarros de segundo grado involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
- Los desgarros de tercer grado involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
- Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

Nota: Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable, pero no es lo ideal.

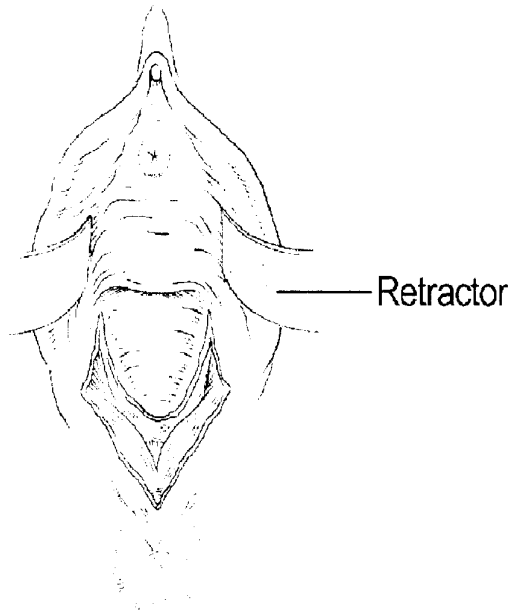
REPARACIÓN DE LOS DESGARROS DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO

La mayoría de los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.

- Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaina .Si fuera necesario, use bloqueo pudendo .
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y el cuello uterino (Figura A-16).
- **Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo, inspeccione para asegurarse de que no haya ningún desgarro de tercer o cuarto grado:**
 - Coloque un dedo enguantado en el ano.
 - Levante con delicadeza el dedo e identifique el esfínter.
 - Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Si el esfínter no está lesionado, proceda con la reparación.

EXPOSICIÓN DE UN DESGARRO PERINEAL

A-16



Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro.
Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.

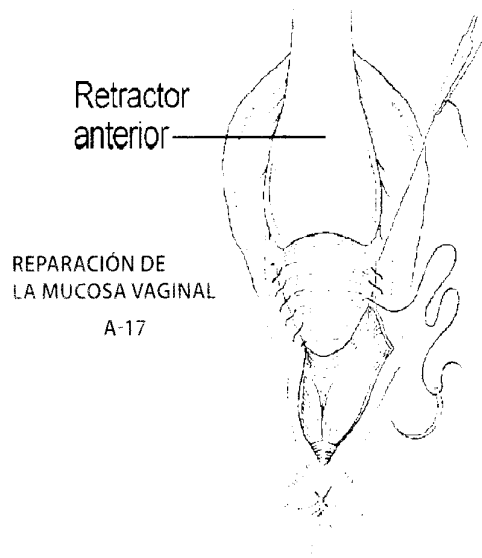
Nota: Si se van a necesitar más de 40 ml de solución de lidocaína para la reparación, agregue adrenalina a la solución.
Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.

Nota: aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína.
Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.

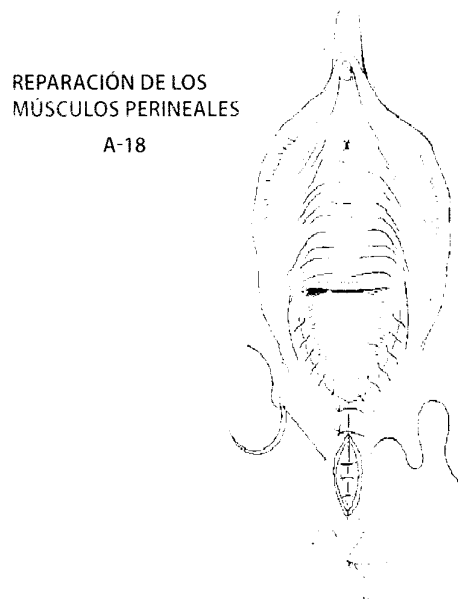
Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

**REPARE LA MUCOSA VAGINAL CON UNA SUTURA CONTINUA 2-0
(FIGURA A-17):**

- Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal.
Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal;
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal;
- Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través del desgarro perineal y anude.

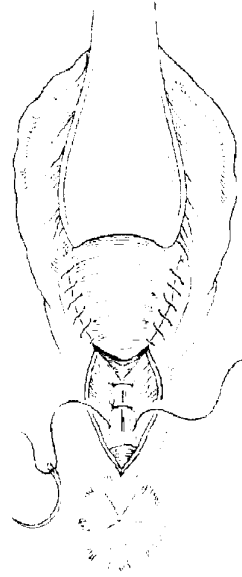


- Repare los músculos perineales utilizando suturas con puntos separados 2-0 (Figura A-18). Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.



- Repare la piel utilizando puntos separados (o subcuticulares) 2-0, comenzando en la abertura vaginal (Figura A-19).
- Si el desgarro fue profundo, realice un examen rectal. Asegúrese de que no haya suturas en el recto.

REPARACIÓN DE LA PIEL
A-19



Reparación de los Desgarros Perineales de Tercero y Cuarto Grado

ANEXO No. 16

Nota: Si un desgarro del esfínter anal no se repara correctamente, la mujer puede sufrir pérdida de control de las evacuaciones y gases intestinales. Si no se repara un desgarro en el recto, la mujer puede sufrir una infección y una fístula rectovaginal (evacuación de heces a través de la vagina).

REPARE EL DESGARRO EN LA SALA DE OPERACIONES.

- Brinde apoyo emocional y aliento. Use bloqueo pudendo, raquianestesia. Excepcionalmente, si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando infiltración local con lidocaína (véase arriba) y Meperidina y Diazepam IV lentamente (no los mezcle en la misma jeringa).
- Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- Examine cuidadosamente la vagina, el cuello uterino, el perineo y el recto.
- Para inspeccionar si el esfínter anal está desgarrado:

Coloque un dedo enguantado en el ano y levante ligeramente.

Identifique el esfínter, o la ausencia del mismo.

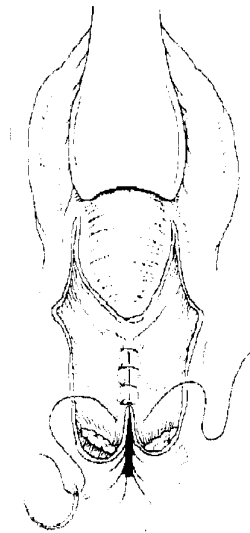
- Palpe la superficie del recto y busque con cuidado para detectar si hay algún desgarro.
- Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Aplique una solución antiséptica al desgarro y elimine cualquier materia fecal, si la hubiere.
- Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.
- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- Nota: aspire (hale el émbolo) para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína.

- Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.

Coloque el anestésico tempranamente para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

- Repare el recto utilizando suturas separadas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm. entre ellas para Juntar la mucosa (Figura A-20).
- Recuerde: Suture a través del músculo (no a través de la mucosa).
- Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
- Aplique una solución antiséptica al área con frecuencia.

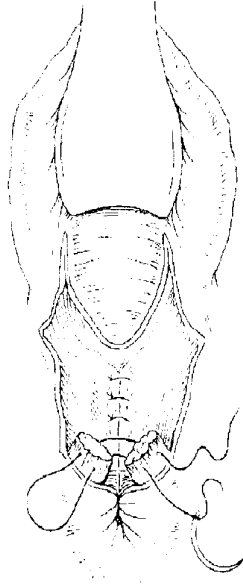
CIERRE DE LA PARED
MUSCULAR DEL RECTO
A-20



SI EL ESFINTER ESTÁ DESGARRADO:

- Sujete cada extremo del esfínter con una pinza de Allis (el esfínter se retrae cuando está desgarrado). El esfínter es resistente y no se va a desgarrar al hacer tracción con la pinza (Figura A-21).
- Repare el esfínter con dos o tres puntos separados con catgut 0 o Vicryl 0.

SUTURA DEL ESFINTER ANAL
A 21



- Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.
- Examine el ano con un dedo enguantado para asegurar que la reparación del recto y del esfínter sea correcta. Luego cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- Repare la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Si hay un desgarramiento de cuarto grado, administre una dosis única de antibióticos profilácticos:
- Dieta líquida y blanda.
- Ampicilina 500 mg vía oral más Metronidazol 400 mg vía oral.
- Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida.
- Evite la administración de enemas y los exámenes rectales durante 2 semanas.
- Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible.

TRATAMIENTO DE LOS CASOS DESCUIDADOS

- Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal. Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable. En estos casos se indica un cierre primario retardado.
- En el caso de desgarros de primero y segundo grado, deje la herida abierta.
- En el caso de desgarros de tercero y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas. Cierre el músculo y la mucosa vaginal y la piel perineal 6 días más tarde previa resección y reactivación de los bordes.

COMPLICACIONES

- Si se observa un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida.
- Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida:

Si la infección es leve, no se requiere antibióticos.

Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:

Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.

Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis (fasciitis necrotizante), administre una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas:

Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas.

Más gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario).

Más metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:

Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.

Más metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.

Nota: La fasciitis necrotizante requiere un debridamiento quirúrgico amplio. Realice una sutura diferida 2–4 semanas más tarde (dependiendo de la resolución de la infección).

La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter. Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando la incontinencia persiste, debe realizarse la cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

La fístula rectovaginal requiere cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

Corrección de la Inversión Uterina

ANEXO No.17

- La corrección de este problema debe realizarse de inmediato, caso contrario se corre el riesgo de que el anillo de constricción del útero se torne más rígido y el útero aumente de volumen con más sangre.
- Si la mujer tiene dolor severo, administre Meperidina IM o IV lentamente o no más de 100 mg o administre Morfina 0.1 mg/ Kg. de peso corporal IM.
- No administre oxitócicos antes de corregir la inversión.
- Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.
- Ampicilina 2 gm IV + Metronidazol 500mg IV.
- Cefazolina 1 gm. IV + Metronidazol 500mg IV.
- Si hay signos de infección administre antibióticos igual que una metritis.
(Ampicilina 2gm IV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/ Kg. de peso corporal IV cada 24 horas (160 mg IV diario)+ Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas).
- Si se sospecha necrosis, realice histerectomía vaginal. Para ello puede ser necesario referir a la paciente a una unidad de mayor resolución.

PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Póngase guantes antes de entrar en contacto con la piel, mucosas, sangre u otros fluidos.
- Use barreras protectoras si prevé salpicaduras y derrames de cualquier fluido orgánico.
- Administre analgésico y Diazepam IV lentamente. Si fuera necesario utilice anestesia general.
- Realice limpieza cuidadosa del útero con solución antiséptica.
- Aplique compresión al útero invertido con un campo estéril y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.



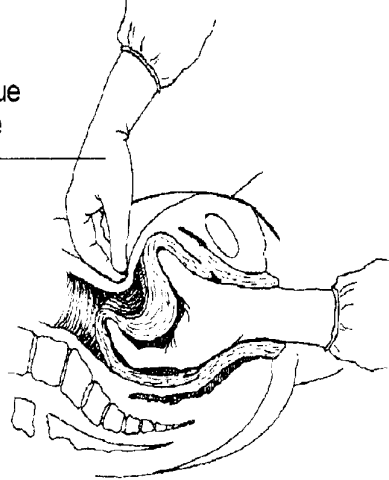
CORRECCIÓN MANUAL

- Bajo asepsia y antisepsia, primero retire la placenta y membranas.
- Provisto de guantes estériles, introduzca la mano dentro de la vagina sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Otra forma es con el puño cerrado, empujar la parte invertida del útero a través del cuello a fin de volverlo a su posición normal (Figura A-22)
- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección

REPOSICIÓN MANUAL DE LA INVERSIÓN UTERINA

A-22

Mano que sostiene el útero



Si no se logra la corrección, proceda a la corrección manual bajo anestesia general.

CORRECCIÓN MANUAL BAJO ANESTESIA GENERAL

- Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición manualmente bajo anestesia general usando Halothane, con el propósito de lograr la relajación del útero.
- Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal.
- Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.

CORRECCIÓN ABDOMINOVAGINAL

Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección Abdominovaginal bajo anestesia general:

- Abra el abdomen, realizando una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (Fascia).
- Realice una incisión vertical de 2-3 cm. en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.
- Realice apertura del peritoneo cerca del ombligo. Prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
- Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- Dilate con los dedos el anillo de contricción del cuello.
- Coloque el tenáculo a través del anillo del cuello uterino y sujete el fondo invertido.
- Aplique una tracción continua ligera al fondo del uterino, mientras el ayudante intenta la corrección manual por vía vaginal.
- Si la tracción fracasa, realice una incisión en el anillo del cuello uterino en la parte posterior y repita los pasos de dilatación digital, tenáculo y tracción.
- Si la corrección da resultado, cierre el abdomen, asegurándose de que no haya sangrado, cierre la aponeurosis con sutura continua utilizando catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicryl).

No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.



- Si hay signos de infección, taponee el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas separadas de Catgut crómico o ácido poliglicólico (Vicril).
- Cierre la piel posteriormente a que haya pasado la infección.
- Si no hay signos de infección cierre la piel con suturas de Nylon 3/0 y coloque un apósito estéril.

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Una vez corregida la inversión, infunda Oxitocina 20 unidades en 500ml de solución salina al 0.9% IV a 10 gotas por minuto.
- Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de la infusión a 60 gotas por minuto.
- Si el útero no se contrae después de la infusión, administre Ergometrina 0.2 mg.
- Administre una dosis de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión.
 - Ampicilina 2 gm IV + Metronidazol 500 mg IV. ó
 - Cefazolina 1 gm. IV + + Metronidazol 500 mg IV.
- Garantice la vigilancia postoperatoria si utilizó la corrección combinada abdominovaginal.
- Si hay signos de infección o la mujer tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas
 - Ampicilina 2 gm IV cada 6 horas.
 - Gentamicina 5 mg/ k de peso IV cada 24 horas (160 mg IV diario).
 - Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Administre analgésicos.

INDICADORES
Anexo No 18

INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO	FUENTE DE VERIFICACIÓN	VALOR DE REFERENCIA	PERÍODO DE EVALUACIÓN
1. Necesidad satisfecha de Asistencia Obstétrica de Emergencia	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos COE	Total de complicaciones obstétricas atendidas en unidades que brindan COE x 100 Total de nacimientos anuales esperados en el área X 0.15	Numerador: Registro de complicaciones de la unidad o del SILAIS Denominador: Estimaciones poblacionales realizadas por el MINSA	100%	Trimestral y anual
2. Porcentaje de usuarias con complicaciones obstétricas que reciben tratamiento según Protocolos de atención del MINSA	Proporción de mujeres con complicaciones del embarazo que recibieron tratamiento según protocolos	No. de casos por tipo de complicación que recibieron tratamiento según protocolos de Atención de la complicación Obstétrica del MINSA x 100 No. de complicaciones por tipo de complicación en el mismo período	Numerador: Expedientes clínicos Denominador: Registro de complicaciones de la unidad o del SILAIS	100%	Trimestral y anual
3. Porcentajes de profesionales capacitados y que utilizan el protocolo de atención	Proporción de profesionales que además de conocer el protocolo lo utilizan en la práctica clínica	No de profesionales que utilizan el protocolo para la atención de la complicación obstétrica x 100 Total de profesionales capacitados en el uso del protocolo de la complicación obstétrica	Numerador: Información obtenida de los procesos de auditoría médica del Expediente clínico Denominador: Registro del personal capacitado en el uso del protocolo	100%	Trimestral y anual
4. Porcentaje de fallecidas por causa obstétrica directa que recibieron tratamiento según protocolos de atención del MINSA	Proporción de fallecidas que recibieron atención obstétrica según protocolos del MINSA	No de muertes maternas por causa obstétrica directa que recibieron tratamiento según protocolos de atención x 100 Total de fallecidas por causa obstétrica directa	Numerador: Auditorías médicas del Expediente clínico de muertes maternas Denominador: Análisis de casos de muertes maternas del área	100%	Trimestral y anual
5. Tasa de letalidad de Complicaciones obstétricas	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas a un establecimiento que fallecen	Total de muertes por complicaciones obstétricas directas (por causas seleccionadas) en unidades que brindan COE completo x 100 Total de casos complicados por causa obstétrica directa seleccionados en unidades que brindan COE completo	Numerador: Expedientes clínicos Denominador: Registro de complicaciones de la unidad o del SILAIS	Maximo 1%	Trimestral y anual



Principales Causas de Complicaciones Obstétricas y su Código

SEGÚN CIE-10

ANEXO No. 19**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS** **CÓDIGO****HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

Amenaza de aborto	(O20.0)
Aborto inevitable	(O05.0)
Aborto incompleto	(O03.4)
Aborto retenido	(O02.1)
Aborto séptico	(O08.0)
Aborto Inducido	(O06)
Embarazo Ectópico	(O00.9)

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Placenta previa	(O44)
Desprendimiento prematuro de placenta	(O45)
Rotura uterina	(O71)

SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada	(O11)
Preeclampsia	(O14. 9)
Eclampsia	(O15. 9)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	CÓDIGO
TRABAJO DE PARTO OBSTRUIDO O DETENIDO	
Desproporción céfalo pélvica	(O33.9)
Situación transversa	(P03.1)
Presentaciones anormales que obstruye el trabajo de parto	O64.9)
HEMORRAGIA POSTPARTO	
Útero atónico	(O62.2)
Retención de placenta	(O72.0)
Retención parcial de placenta (alumbamiento incompleto)	(O72.2)
Inversión uterina	(O71.2)
Hemorragia postparto tardía	(O72.2)
Rotura uterina	(O72.1)
SEPSIS PUERPERAL	
Salpingitis,	(N70. 0)
Endometritis	(O85)
Absceso pélvico	(N73. 9)
Septicemia	(O85)



Cesárea

ANEXO No. 20

Técnica para la Realización de la Cesárea

INCISIÓN VERTICAL

- Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta la aponeurosis.
- Realice una incisión vertical de 2 a 3 cm en la aponeurosis.
- Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.

INCISIÓN DE PFANNENSTIEL

Identifique un punto de la línea media aproximadamente 3 ó 4 cm por encima de la sínfisis del pubis. A este nivel, realice una incisión transversal, ligeramente curva de aproximadamente 10 a 15 cm de ancho.

- Continúe la incisión a través del tejido graso subcutáneo hasta el nivel de la aponeurosis. Tenga cuidado de no tocar las venas superficiales grandes en el borde lateral del músculo recto.
- Realice una incisión de 3 cm a través de la aponeurosis cruzando la línea media para exponer el músculo subyacente
- Sostenga el borde de la aponeurosis con una pinza y extienda la incisión de la aponeurosis de lado a lado utilizando tijeras.
- Sujete el borde superior de la aponeurosis con pinzas Kocher y separe el músculo de la superficie inferior de la aponeurosis mediante una disección roma o cortante. Repita el procedimiento con el borde inferior de la aponeurosis.
- Utilice los dedos o las tijeras para abrir los músculos rectos.
- Si la cesárea se realiza bajo anestesia local, no utilice una incisión Pfannenstiel.

INGRESO EN LA CAVIDAD PERITONEAL

- Utilice los dedos para realizar la abertura del peritoneo. Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo con objeto de visualizar completamente el útero. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.

- Coloque un separador vesical sobre el pubis.
- Use una pinza para levantar el peritoneo laxo que cubre la superficie anterior del segmento uterino inferior y corte con tijeras.
- Extienda la incisión colocando las tijeras entre el útero y la serosa laxa, y corte cerca de 3 cm a cada lado transversalmente.
- Use dos dedos para empujar la vejiga hacia abajo del segmento uterino inferior. Vuelva a colocar el separador vesical sobre el pubis y la vejiga.

ABERTURA DEL ÚTERO

- Utilice un bisturí para hacer una incisión transversal de 3 cm en el segmento inferior del útero. Debe estar cerca de 1 cm por debajo del nivel en el que se cortó la serosa vesical uterina para poder empujar la vejiga hacia abajo.
- Ensanche la incisión colocando un dedo en cada borde y tirando con delicadeza hacia arriba y lateralmente al mismo tiempo.
- Si el segmento uterino inferior está compacto y estrecho, extienda la incisión en forma de medialuna usando las tijeras en lugar de los dedos para evitar la extensión de los vasos uterinos.

Es importante ensanchar la incisión uterina lo suficiente para que se pueda extraer la cabeza y el cuerpo del bebé sin desgarrar la incisión.

EXTRACCIÓN DEL BEBÉ Y DE LA PLACENTA

- Para extraer al bebé, coloque una mano dentro de la cavidad uterina entre el útero y la cabeza del bebé.
- Con los dedos, sujete y flexione la cabeza.
- Levante con delicadeza la cabeza del bebé a través de la incisión, teniendo cuidado de no extender la incisión hacia abajo, en dirección al cuello uterino.
- Con la otra mano, presione con delicadeza el abdomen por encima de la parte superior del útero para ayudar a que salga la cabeza.
- Si la cabeza del bebé está encajada profundamente en la pelvis o la vagina, pídale a un asistente que introduzca una mano en la vagina y empuje la cabeza del bebé hacia arriba por la vagina, a continuación levante la cabeza y extraígalas.
- Una vez extraído, aspire la boca y la nariz del bebé.
- Extraiga los hombros y el cuerpo.
- Administre oxitocina 20 unidades en 1,000 cc de solución salina normal a 60 gotas por minuto durante dos horas.
- Pince y corte el cordón umbilical.



- Entréguele el bebé a un asistente para su atención inicial.
- Administre el quimioproláctico dosis única, después de haber pinzado y cortado el cordón.
Ampicilina 2 gm IV.
Cefazolina 1 gm IV.
- Mantenga una tracción ligera del cordón umbilical y aplique masaje al útero a través del abdomen.
- Extraiga la placenta y las membranas.

CIERRE DE LA INCISIÓN UTERINA

- Si durante la cesárea se ve un útero de Couvelaire, (hinchado e infiltrado de sangre), ciérrelo de la manera habitual y observe estrechamente a la mujer en el período posterior al procedimiento para detectar si hay atonía uterina.
- Sujete las esquinas de la incisión uterina con pinzas.
- Sujete el borde inferior de la incisión con pinzas. Asegúrese de no haber tomado al mismo tiempo la vejiga.
- Observe con cuidado para detectar si hay alguna extensión de la incisión uterina.
- Repare la incisión y cualquiera extensión de la misma con una sutura continua en punto de ojal utilizando Catgut crómico número 0, o bien ácido poliglicólico.

CIERRE DEL ABDOMEN

- Observe con cuidado la incisión uterina antes de cerrar el abdomen. Asegúrese de que no haya sangrado y de que el útero esté firme. Utilice una compresa para extraer cualquier coágulo de dentro del abdomen.
- Examine con cuidado para detectar si hay lesiones en la vejiga y, si las hubiere, repárelas.
- Cierre la aponeurosis con una sutura continua de catgut crómico número 0.
- No es imprescindible cerrar el peritoneo vesical ni el abdominal.
- Si hay signos de infección, taponee el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas sueltas de Catgut o Acido Poliglicolico. Cierre la piel con una sutura retardada después de que haya pasado la infección.
- Si no hay signos de infección, cierre la piel con suturas de Nylon o seda 3/0 y coloque un apósito estéril.
- Presione con delicadeza el abdomen por encima del útero para extraer los coágulos del útero y la vagina.



Gobierno de Nicaragua
Ministerio de Salud

Lic. Margarita Gurdían L.
Ministra

Acuerdo Ministerial No. 394- 2006

IV

Que la Dirección General de Regulación para la Salud mediante misiva de fecha trece de Diciembre del año dos mil seis, solicita a la Dirección General de Asesoría Legal, modificar el título del documento aprobado mediante Resolución Ministerial indicada en el Considerando III de la presente Resolución Ministerial.

Por tanto, esta Autoridad

ACUERDA:

UNICO: Reformase el Acuerdo Ministerial No. 369-2006, de fecha veintiuno de Noviembre del año dos mil seis, en su parte considerativa, considerando V, y acuerda párrafo primero, los que deberán de leerse así: "V Que el Ministerio de Salud, como Órgano Rector del Sector Salud, por mandato del Arto.4 de la Ley No.423 "Ley General de Salud" y en cumplimiento a la facultad dada al mismo en el Arto.2 de dicha Ley, antes mencionado, es necesario dictar y aprobar los documentos denominados: **"Normas y Protocolos de Atención de las Complicaciones Obstétricas. PRIMERO:** Se aprueba los documentos denominados: **"Normas y Protocolos de Atención de las Complicaciones Obstétricas,** que forman parte integrante del presente Acuerdo Ministerial".

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la Ciudad de Managua, a los trece días del mes de Diciembre del año dos mil seis.


MARGARITA GURDIAN LÓPEZ
MINISTRA DE SALUD

MINISTRA
DE SALUD

Glosario

- ATRÉSIA:** Ausencia de una apertura, conducto o canal normal del organismo como el ano, la vagina o el conducto auditivo externo
- BRADIPNEA:** Frecuencia respiratoria anormalmente lenta (menor de 14 respiraciones por minuto en reposo).
- CIANOSIS:** Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.
- CULDOCENTESIS:** Procedimiento diagnóstico que se realiza mediante la inserción de una aguja larga y delgada a través del fondo de saco posterior de la vagina, justo por debajo del cuello uterino y se toma una muestra de cualquier líquido que se encuentre en ese espacio.
- DECIDUA:** Tejido epitelial del endometrio que tapiza el útero, especialmente el que recubre el huevo durante la gestación y se elimina durante el puerperio, aunque se refiere también al que se elimina con la menstruación.
- DIVERTÍCULO:** Herniación sacular a través de la pared muscular de un órgano tubular. Puede localizarse en el estómago, el intestino delgado y sobre todo en el colon.
- ESCOTOMA:** Área de parcial o total ceguera en un campo visual normal o relativamente normal.
- HIPERPLASIA:** Es el aumento en la producción de células en un órgano o tejido normales. Un exceso de tejido normal.
- SÍNDROME DE SHEEHAN:** Es una condición que puede presentarse si una hemorragia uterina produce colapso circulatorio, produciendo necrosis en la hipófisis (muerte de tejido de la hipófisis) e hipopituitarismo en el período del postparto y se caracteriza por la pérdida de las funciones tiroidea y de las gónadas, pérdida de la menstruación, senilidad prematura, reducción del metabolismo, síntomas psíquicos, caquexia, pérdida de peso, atrofia de la piel, reducción de la resistencia a las infecciones y shock.
- SÍNDROME DE HELLP:** Complicación de la hipertensión inducida por el embarazo que se caracteriza por hemólisis, niveles elevados de enzimas hepáticas y un recuento bajo de plaquetas. Las mujeres con el síndrome HELLP pueden tener problemas de sangrado, problemas hepáticos y problemas con la presión sanguínea que pueden hacerle daño tanto a la madre como al bebé.
- TAQUIPNEA:** Aceleración anómala de la frecuencia respiratoria (mayor de 14 respiraciones por minuto en reposo) que se observa por ejemplo con las fiebres.
- TINNITUS:** Término médico que hace referencia a la "audición" de ruidos en los oídos cuando no hay una fuente sonora externa. Algunos de los sonidos percibidos pueden ser suaves o fuertes y se puede escuchar como ruidos silbantes, soplos, zumbidos, siseos, rugidos y sonidos pulsátiles.



**Normas y Protocolos para la Atención de
las Complicaciones Obstétricas**

VALIDACIÓN

**ENFERMERAS OBSTETRAS PARTICIPANTES
EN PROCESO DE VALIDACIÓN**

NOMBRE	SILAIS DE PROCEDENCIA	NIVEL DE ATENCION
Lic. Deonicia Orozco vargas	Chontales	Primer Nivel de Atención
Lic. María Moradel Téllez	Managua	Primer Nivel de Atención
Lic. María Baltodano Puerto	Carazo	Primer Nivel de Atención
Lic. Otilia Wilis Alvarado	RAAN	Escuela de Enfermería
Lic. Lidia Mejía Carrillo	Managua	Segundo Nivel de Atención
Lic. Norma Rojas Jeantschke	RAAS	Primer Nivel de Atención
Lic. Luisa Requene Leiva	Chontales	Primer Nivel de Atención
Lic. Miriam Gosden James	RAAN	Segundo Nivel de Atención
Lic. Ana Rodríguez Torrez	Managua	Segundo Nivel de Atención
Lic. Carmen Castrillo Reyes	Chontales	Segundo Nivel de Atención
Lic. Perla Martínez Sirias	León	Politécnico de la Salud
Lic. Blanca Briones Parrilla	La Trinidad	Primer Nivel de Atención
Lic. Teresa Castro Olivás	Managua	Politécnico de la Salud
Lic. Verónica Palacios Jarquín	Managua	Segundo Nivel de Atención
Lic. Marbelia Simons Chavarría	RAAS	Segundo Nivel de Atención
Lic. Magdial Escorcía Torrez	La Trinidad	Segundo Nivel de Atención
Lic. Alba Hernández Murguía	RAAS	Segundo Nivel de Atención
Lic. Erminda Rose Garth	RAAN	Escuela de Enfermería
Lic. Ana Mercado Sanders	RAAN	Primer Nivel de Atención
Lic. María Machado Vásquez	León	Politécnico de la Salud
Lic. Carmen Solórzano	La Trinidad	Escuela de Enfermería
Lic. Luisa Castilla Espinoza	Chontales	Segundo Nivel de Atención
Lic. María Teresa González	Carazo	Politécnico de la Salud
Lic. Daniela Mayorga	Managua	Segundo Nivel de Atención
Lic. Fátima Jarquín	Carazo	Politécnico de la Salud
Lic. Ruth Morales Rodríguez	RAAS	Primer Nivel de Atención
Lic. Leuvad Tercero Altamirano	León	Politécnico de la Salud
Lic. Julia Medina Palma	Managua	Politécnico de la Salud
Lic. Sofía Chang Baltodano	Carazo	Segundo Nivel de Atención
Lic. Feliciano Rojas López	León	Politécnico de la Salud

**PERSONAL GINECO-OBSTÉTRA PARTICIPANTE
EN PROCESO DE VALIDACIÓN
ESTELÍ**

NOMBRE	SILAIS DE PROCEDENCIA	INSTITUCION
Dr. Albino Gonzáles Rojas	León	Hospital de León
Dr. Carlos Canales	Ocotol	Hospital de Nueva Segovia
Dr. Felipe Porraz Díaz Nueva	Segovia	Hospital de Nueva Segovia
Dr. Florida Alma Rivas B.	Estelí	Hospital la Trinidad
Dr. Harold Rugama López	Matagalpa	CARE
Dr. Hilario García Ríos	Somoto	Hospital de Somoto
Dr. Iván Blandón García	Chinandega	Hospital de Chinandega
Dr. Jamileth Sánchez Baltodano	Estelí	Hospital de la Trinidad
Dr. José Manuel Cantillano	Somoto	Hospital de Somoto
Dr. Luis Amador Salgado	Matagalpa	Hospital de Matagalpa
Dr. Martha Mercado	León	Hospital de León
Dr. Maura Marín Martínez	Matagalpa	Hospital de Matagalpa
Dr. Omar Palacios Alegría	Estelí	Hospital de Estelí
Dr. Rafaela Vindell Ponce	Boaco	Hospital de Boaco
Dr. Oscar Flores Mejía	Managua	SONIGOB
Dr. Leonardo Contreras Osorio	Managua	OPS/UNFPA
Dr. Roberto Montenegro	Chinandega	Hospital de Chinandega

**PERSONAL GINECO-OBSTÉTRA PARTICIPANTE
EN PROCESO DE VALIDACIÓN
MANAGUA**

NOMBRE	SILAIS DE PROCEDENCIA	INSTITUCION
Dr. Alfredo Borge Palacio	Managua	Hospital Alemán Nicaraguense
Dr. Carlos Dinarte Mendoza	Carazo	Hospital Ticuantepe
Dr. Carlos Verdecia Salgado	Puerto Cabezas	Hospital Puerto Cabezas
Dr. Cesar Rodríguez Bonilla	Managua	QAP
Dr. Eddy Rose Barbosa	Granada	Hospital de Granada
Dr. Eduardo Romero	Carazo	Hospital de Carazo
Dr. Francisco Del palacio P.	Managua	Hospital Alemán Nicaraguense
Dra. Gilma Áreas Linares	Managua	Hospital Velez Paiz
Dr. Halima Ruiz Rojas	Masaya	Hospital de Masaya
Dr. Vania Gutiérrez Zeledón	Jinotega	Hospital de Jinotega
Dr. José Antonio Delgado L.	Chontales	Hospital Juigalpa
Dr. José Medrano	Managua	PROFAMILIA
Dr. Marcia Urroz García	Managua	Hospital Fernando Velez Paiz
Dr. Maria Hernández Mendiola	Granada	Hospital Granada
Dr. Maribel Hernández Muñoz	Managua	Hospital Fernando Velez Paiz
Dr. Oneyda Chavarria Delgado	Rio san Juan	Hospital Rio San Juan
Dr. Rebeca Duarte Duarte	Chontales	Hospital Chontales
Dr. Leonardo Contreras Osorio	Managua	OPS/ UNFPA
Dr. Oscar Flores Mejía	Managua	SONIGOB
Dr. Vicente Miranda Vanegas	RAAS	Hospital Bluefields

**PERSONAL PARTICIPANTE
EN PROCESO DE VALIDACIÓN**

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Wilmer Beteta López Integral a la Mujer y Adolescencia	Coordinador Programa de Atención
Dra. Flor de María Cardoza Amador a la Mujer y Adolescencia	Programa de Atención Integral
Lic. Ana Cecilia Silva Ramírez a la Mujer y Adolescencia	Programa de Atención Integral
Dr. Jorge Orochena Santana	Segundo Nivel de Atención
Dr. Evert Dávila José	CIMED
Lic. Nubia Orozco Hernández	Dirección de Regulación
Dra. Alma Fabiola Morales Salinas	OPS/OMS
Lic. Enriqueta Rodríguez Tercero	Politécnico de la Salud