

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS**



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA.

COMPLICACIONES MATERNO, FETALES Y NEONATALES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA.

GISELA FONSECA COROZO

DIRECTORA.

LICDA. MAIRA MONTAÑO

ESMERALDAS, OCTUBRE DEL 2013

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Reglamento de Grado de la PUCESE, previo a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

PRESIDENTE TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

LECTOR 1

LECTOR 2

DIRECTORA DE ESCUELA

DIRECTORA DE TESIS

FECHA

AUTORÍA

Yo, GISELA SORAIDA FONSECA COROZO, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal. En virtud que el contenido de ésta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autor/a” y de la PUCESE.

Gisela Soraida Fonseca Corozo

C.I.:080225519-0

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi hija Mailen Cedeño Fonseca porque ella tuvo que soportar largas horas sin la compañía de su mamá, sin poder entender, a su corta edad, el por qué prefería estar fuera de casa y no acostada y/o jugando con ella. A pesar de ello, cada vez que podíamos, al reunirnos, aprovechamos hermosos momentos, en los que su sola sonrisa me llenaba de ánimo y fuerzas.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis Maestros quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

Un agradecimiento especial a mi asesora Licda. Mayra Montaña por hacer posible esta tesis.

A mis compañeras de clases quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos. En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas, que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo pero sobre todo cariño y amistad.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi hija quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella y por haberme prestado el tiempo que le pertenecía.

A mi tía Martha, a quien quiero como una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A todo el resto de familia y amigos que de una u otra manera me han llenado de sabiduría para culminar y alcanzar mis objetivos.

ÍNDICE

PRELIMINARES

Hoja de aprobación	II
Autoría	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice	VI
Resumen	XI
Abstract	XII

PRIMERA PARTE

Introducción	1
Planteamiento del problema	4
Justificación	8
Objetivo general y específicos	10
Formulación del problema	10
Hipótesis	11

SEGUNDA PARTE

Marco teórico	12
Antecedente	12
Definición de embrazo	14
Definición de complicaciones maternas	14
Diabetes gestacional	15
Pre eclampsia	17
Eclampsia	19
Anemia	20
Embarazo ectópico	20
Definición de líquido amniótico	22
Hidramnios	23
Oligohidramnios	25
Placenta previa	27

Amenaza de parto prematuro	29
Aborto	30
Hemorragia obstétrica	31
Infecciones durante el embarazo	32
Factores determinantes para presentar complicaciones maternas	34
Edad de la madre	34
Peso/ talla de la embarazada	34
Rh sanguíneo	34
Alteraciones estructurales del aparato genital	34
Enfermedades en la madre	35
Sustancias teratogénicas	35
Definición de neonatos	35
Test de apgar	40
Complicaciones neonatales	41
Prematuridad	41
Características físicas del prematuro	41
Sufrimiento fetal	44
Síndrome de distrés respiratorio (sdr)	46
Sepsis neonatal	47
Ruptura prematura de membrana	49
Malformaciones congénitas	50
 TERCERA PARTE	
Metodología	52
Tipo de estudio	52
Tipo de investigación	52
Tipo de diseño	53
Área de estudio	53
Población	53
Universo	53
Muestra	53
Técnica de recolección de datos	54

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Instrumento	54
Criterio de inclusión	55
Criterio de exclusión	55
Plan de análisis y tabulación de datos	55
Fuente de información	55
VARIABLES	55
Procedimiento	57

CUARTA PARTE

Análisis y presentación de los datos estadísticos	58
Cruce de variable	76
Análisis de revisión de historias clínicas	81
Análisis de la guía de observación	87
Discusión	98
Conclusiones	104
Recomendaciones	106
Propuesta	107
Web gráfica	112
Bibliografía	114

QUINTA PARTE

Anexos	
Presupuesto	
Cronograma	
Operacionalización de variables	
Encuestas	
Árbol de problema	
Ficha de observación	

N° Tabla Y Gráficos		Pagina
PRESENTACIÓN GRAFICA DE ENCUESTAS		
1	Etnia de las madres	58
2	Edad de las madres que asistieron al área de gineco -obstetricia	59
3	Ocupación de las madres que asistieron al área de gineco -obstetricia	61
4	Estado civil de las madres que asistieron al área de gineco-obstetricia	62
5	Nivel de educación de las madres que asistieron al área de gineco -obstetricia	64
6	Asistencia a los controles prenatales	65
7	Cuantos controles prenatales asistió	66
8	Han presentado complicaciones durante el embarazo	68
9	Recibió consejería del personal de enfermería	69
10	Consumió alguna sustancia tóxicas durante el embarazo	70
11	Participación donde alguna partera	71
12	Lugar de residencia	73
13	Paridad (Primigestas/ Multípara)	74
14	Han presentado abortos	75
15	Cruce de varianza según escolaridad, números de controles y edad	76
16	Cruce de varianza según lugar de residencia y números de controles	77
17	Cruce de varianza según complicación y paridad	78
18	Cruce de varianza según complicaciones y números de controles	79
19	Cruce de varianza según paridad y números de controles	80
PRESENTACIÓN GRÁFICA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLINICAS		
20	Tipo de complicaciones presentadas durante la gestación	81
21	Tipo de parto presentado	83
22	Peso al nacer del neonato	84
23	Complicaciones presentadas en neonatos	85
PRESENTACIÓN GRÁFICA DE OBSERVACIÓN DIRIDAS AL EQUIPO DE SALUD DE GINECO-OBSTETRICIA		
24	Control de signos vitales	87
25	Control de sangrado (loquios)	88
26	Valoración de la altura uterina de las madres	89

27	Utilización de los métodos de barreras por el personal	90
28	Manejo y eliminación de desechos del área de gineco - obstetricia y maternidad	91
29	Muertes maternas, fetales y neonatales del área de gineco - obstetricia y neonatología	92
30	Aplicación de actividades y procedimientos al equipo de salud de acuerdo al manejo de protocolo atención maternal	93
31	Aplicación de actividades y procedimientos al equipo de salud de acuerdo al manejo de protocolo atención neonatal	94

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las causas que determinan la complicaciones materna, fetales y neonatales en el área de gineco-obstetricia y neonatología del hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo durante el primer trimestre del año 2013.

Se utilizó el estudio descriptivo, analítico, prospectivo y retrospectivo lo que permitió detallar los datos obtenidos en las historias clínicas, las encuestas constaban de preguntas abiertas y opciones múltiples, guías de observación aplicadas a gestantes, madres lactantes y personal de salud, permitiendo interpretar los factores que influyen en desarrollar complicaciones antes, durante y después del parto en las usuarias que asistieron a dicha institución.

El 26% de las revisiones de las historias clínicas de las usuarias refieren que durante la gestación presentaron un parto pre término, seguido del (22%) que son las infecciones de vías urinarias, mientras el (19%) rotura prematura de membrana, el (15%) corresponde a otras complicaciones, el (7%) refleja que los abortos prematuros son unas de las causa principales que produce pérdidas de vidas maternas y fetales, el (7%) representa Pre eclampsia, (4%) es considerado diabetes gestacional, eclampsia esto puede estar relacionado a la falta de controles prenatales y al bajo nivel de escolaridad y falta de información.

Se concluyó que los determinantes de las complicaciones materna, fetales y neonatales en el área de gineco-obstetricia y neonatología son en las madres los partos pre términos, infecciones de vías urinarias, anemia, ruptura prematura de membrana, preclampsia, abortos y en neonatos las causas son prematuridad, sufrimiento fetal, síndrome de distress respiratorio, sepsis neonatal, retardo de crecimiento, lo cual estuvo relacionada con las complicaciones presentadas por las madres durante el embarazo, siendo producto la falta de los controles prenatales, caídas, edad cronológica ya sean adolescentes o edad avanzada, estado de salud de la madre.

ABSTRACT

This research aimed to identify the causes that determine the maternal, fetal and neonatal complications in the area of obstetrics and Gynaecology of the Divine Providence of the Canton San hospital Lorenzo during the first quarter of the year 2013.

We used the descriptive, analytical, prospective and retrospective study which allowed to detail the data obtained in the medical records, surveys which consisted of open-ended questions and multiple-choice, observation guides applied to pregnant women, nursing mothers and health personnel, allowing to interpret the factors that influence to develop complications before, during and after childbirth in women who attended this institution.

26% Of revisions to the medical histories of users referred that during gestation they presented a pre delivery term, followed by the (22%) than are urinary tract infections, while the (19%) premature rupture of membrane (15%) corresponds to other complications, the (7%) reflects that premature abortions are one of the main causes that produces loss of maternal and fetal life(7%) represents Pre eclampsia (4%) is considered gestational diabetes, eclampsia, this may be related to lack of prenatal and the low level of schooling and lack of information.

It was concluded that the maternal, fetal and neonatal complications determinants in the area of obstetrics and neonatology are: birth mothers pre terms, infections urinary tract, premature rupture of membrane, preeclampsia, abortions and in neonates causes are: prematurity, fetal distress, respiratory distress syndrome, neonatal sepsis/delay of growth, which was related to complications presented by

mothers during pregnancy being also the lack of prenatal checks, chronological age, State of health.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una condición fisiológicamente natural, que puede ocurrir en toda mujer en edad fértil. Existen determinadas circunstancias y factores como los: geográficos, sociales, biológicos y/o culturales, que podrían modificar y alterar los eventos fisiológicos que se producen durante una gestación, afectando su curso y la evolución materna, fetal y neonatal¹ alterando la culminación positiva del mismo.

Las complicaciones maternas, fetales y neonatales son indicadores importantes en la salud de la mujer.

Conforme han ido pasando los años el concepto de salud ha evolucionado, desde una simple vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones más amplias que tienen que ver con las condiciones de vida de los individuos, las poblaciones y sus posibilidades de desarrollo económico y social.

Las muertes maternas, fetales y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerable en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. Existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo que todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido.

¹ http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2012_I/Art3_Vol12_N1.pdf

Es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un sinónimo de bienestar físico, mental y social, es decir, amplía la dicotomía salud/enfermedad, para conceptualarla como las condiciones que favorecen la realización como individuo y como proyecto social.

Las complicaciones neonatales se relacionan con la prematuridad. La inmadurez pulmonar y neurológica, entre otras, hacen que hayan complicaciones que pueden llegar hasta la muertes neonatal y/o maternas. Actualmente, debido al desarrollo de la ecografía y de la medicina perinatal pueden diagnosticarse muchas complicaciones fetales características de este tipo de gestaciones, como: prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento intrauterino o el síndrome de transfusión feto-fetal.² Esto hace que en algunos casos sea posible el tratamiento intrauterino con mejoría probada en el pronóstico neonatal, y en otras ocasiones con renovación en la información a los padres para que puedan tomar las decisiones y actitudes que consideren oportunas en relación con la gestación.

Se evidenció que el espacio físico del área de gineco-obstetricia, neonatología y sala de parto funciona como una sola área, realizando diferentes actividades que promueven el hacinamiento entre gestantes en labor de parto, partos y RN atendidos como sala de neonatología; predisponiéndolos a riesgos de infecciones nosocomiales en madres y neonatos, como también la no aplicación de normas y protocolos de atención. La falta de recursos tecnológicos, humanos y financieros se suman a los factores que dificultan la atención con calidad a las usuarias.

Una vez culminado este proceso investigativo el que se efectuó con la finalidad de identificar causas que predisponen a desarrollar complicaciones en la madre, fetos y neonatos que son atendidos en el área de gineco-obstetricia y neonatología del hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo durante el primer trimestre del año 2013.

En la presente investigación se consideró como hipótesis “Las complicaciones maternas, fetales y neonatales disminuiría si el personal de salud se enfocara en fomentar y aplicar las normas y protocolos de atención en materno neonatal”

² <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132d.pdf>

A través de la investigación cuanti y cualitativa se logró obtener datos fundamentales mediante observación al personal de salud y encuestas a usuarias atendidas en el área de gineco-obstetricia, para determinar patologías que producen complicaciones en la madres, fetos y neonatos, aplicando el estudio analítico para interpretar los factores que influyen directa o indirectamente antes, durante y después del parto.

El índice se formuló por partes de manera que sea de fácil comprensión para mejor interpretación del lector:

Primera Parte: Planteamiento del Problema

Segunda Parte: Marco Teórico

Tercera Parte: Metodología

Cuarta Parte: Análisis y Tabulación de datos

Quinta Parte: Anexos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada día mueren en el mundo aproximadamente 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se presentan por complicaciones maternas, fetales y neonatales se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.³

El mayor riesgo de complicaciones y mortalidad maternas, fetales y neonatales corresponde a las adolescentes de menos de 15 años y a las adultas que pasan los 35 años de edad. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.⁴

En América latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida son equivalentes a 1/79; en Colombia es de 1/289, lo que quiere decir que por cada 289 mujeres en gestación una tiene riesgo de morir.⁵

La principal causa de complicaciones en algunos casos llevan a la muerte materna en el mundo son las hemorragias (24%), seguidas de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (13%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%).⁶

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de complicaciones relacionada con el embarazo. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa y complicaciones materna) es de 1 en 3800 en los países desarrollados y de 1 en 150 en los países en desarrollo.⁷

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

⁵ Mortalidad Materna PDF

⁶ Mortalidad Materna PDF

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

A nivel mundial la OMS estima que la mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2011.⁸

Ecuador tiene la quinta tasa de mortalidad neonatal según datos estadísticos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) revela que la tasa de muertes de niños de hasta 28 días de nacidos es la quinta de Sudamérica. Por cada 1 000 nacidos vivos 11 fallecieron en ese año, una tasa que se mantuvo en el 2010.

Esta cifra comparada con el número de nacimientos representa el 1,1%. Esta tasa es superior a la de países como Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela, que no superan el 1% de muertes de neonatos.

Si bien Ecuador se sitúa en la media de la tasa de América Latina que es de 11 su situación tampoco es satisfactoria. “La atención al neonato es un excelente indicador de la calidad y capacidad técnica de la atención de salud de un país”, El Ministerio de Salud matiza las cifras del Ecuador frente al resto de la región. La situación prematura de los bebés es la primera causa de fallecimientos. Entre otras razones, porque países como México, cuyo número de partos supera siete veces al de Ecuador, tiene una tasa de mortalidad de apenas el 0,7%.⁹

Generalmente las complicaciones maternas, fetales y neonatales están relacionados por:

El déficit de control pre y postnatal el cual se convierte en un condicionante para el aumento de riesgo de problemas en el bebé, que llevan a una mayor posibilidad de muerte ya sea dentro del vientre materno o después del nacimiento, o de enfermedad que puede dejar secuelas de invalidez o daño cerebral; Con las madres es un problema similar, la gestante que no tiene un adecuado control prenatal, tiene mucho más riesgo de presentar complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones u otros problemas. Las enfermedades que no recibieron un oportuno tratamiento van a

⁸ http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.html

⁹ http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/Ecuador-quinta-mortalidad-neonatal-region_0_448155187.html

progresar causando daños a la madre y feto, con las consecuencias de aumento en la morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muerte) tanto de la madre, como del feto.

El estado de salud de la gestante es importante conocerlo porque es considerado como otro riesgo, pues en la madre puede haber antecedentes maternos patológicos o no patológicos, los que desencadenan trastornos hipertensivos, pre-eclampsia, eclampsia, en neonato bajo peso al nacer, prematurez y malformaciones congénita, además puede llegar a comprometer la vida de ambos.

Otras causas de complicaciones no solo se visualizan desde las condiciones de la madre y el niño sino también otros factores como:

1. El reducido espacio físico (Infraestructura) institucional que se ven obligados a que haya hacinamiento hospitalario lo que favorece las enfermedades nosocomiales e incomodidad en las usuarias.
2. Si en el equipo de salud hay déficit en la aplicación de normas, protocolos, equivocación en los diagnósticos y procedimientos médicos tendrá como consecuencia la presentación de situaciones graves en la madre, feto y en el recién nacido como: Lesiones físicas, huesos rotos, hematomas o hemorragias internas; sufrimiento fetal, hipoxia cerebral y en la madre, infecciones, hemorragias graves (en su gran mayoría tras el parto) o el fallecimiento del feto (antes o durante el parto) o de la madre.

El déficit de accesibilidad a una unidad de salud trae como riesgo en que la gestante presente su parto antes de llegar a manos de profesionales, este parto sin asistencia sanitaria adecuada puede poner en riesgo la vida del futuro bebé o la de ella, otro factor es que al trasladarse una madre pueden agravarse las complicaciones durante el trayecto.

El manejo ancestral de parto es una tradición la cual es importante que no se pierda en las comunidades lejanas, siempre y cuando las comadronas trabajen en conjunto con el equipo de salud, para ser capacitadas, de no ser así, se pueden presentar complicaciones maternas, fetales y neonatales.

JUSTIFICACIÓN

El interés de desarrollar esta investigación surgió en base a los datos obtenidos en los últimos años en el Ecuador y principalmente en la provincia de Esmeraldas donde se ha comprobado la incidencia de complicaciones maternas, fetales y neonatales.

El Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo no cuenta con muchos profesionales médico y con suficiente espacio físico para enfrentar la demanda de partos que se atienden en esta unidad de salud. Los continuos reclamos de los usuarios, y la insatisfacción que presentan los líderes sociales y medios de comunicación ejercen alarma en la comunidad, expresan que sienten temor de asistir al Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, porque indican que ahí no brindan la atención adecuada y la muerte ya no es un riesgo sino una seguridad.

La motivación para realizar este estudio fue para conocer cuáles son las causas que conllevan a la aparición de complicaciones maternas, fetales y neonatales y poder contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda el personal de salud hacia los usuarios, cuyo fin es evitar alteraciones, garantizar la salud del individuo, proponiendo actividades que permitan recuperar la confianza de las usuarias hacia la institución y el personal que en ella labora. Y logran minimizar costos a la institución, disminuyendo días estadas de las usuarias, aporte de medicamentos e insumos y la utilización de equipos tecnológicos; a la familia evitan gastos por migración a una unidad de salud particular en busca de una mejor y más ágil atención.

En la actualidad existen gestantes de escasos recursos económicos, multíparas adolescentes o mayores de 35 años de edad, en la que su alimentación no es adecuada, su nivel de educación y conocimientos son bajos, todo esto agravado por el uso de sustancias tóxicas como el cigarrillo y el alcohol que tanto daño hace a la salud de la población.

Las manipulaciones ancestrales curanderas o parteras no capacitadas y todas estas actividades hacen que no favorezcan a su salud y principalmente a su bebé; es de vital importancia la actitud que tome el personal de salud frente a estas situaciones no solo

dedicándose a brindar consejería a las gestantes en cuantos a los controles asistencias a las parteras, si no preparándolas para variedad de situaciones negativas que puedan aparecer en sus vidas y en las del bebé y en cuantos a las parteras no capacitadas deben trabajar en conjunto con el personal de salud para así proporcionarles confianza y poder capacitarlas dándoles charlas educativas y brindándole el recurso material adecuado para que logren brindar los primeros auxilios, donde se las citara cada 15 días y se le actualizaran de conocimientos.

Estas complicaciones han alcanzado un alto índice de casos en el mundo, en el Ecuador y a su vez en la Provincias de Esmeraldas al no ser controlada o tratada a tiempo incrementa el riesgo de desencadenar múltiples complicaciones maternas, fetales y neonatales, déficit en su estilo de vida e inclusive la muerte, es por este motivo que se consideró llevar a cabo este proceso investigativo el mismo que permitió determinar las complicaciones materna, fetales y neonatales que inducen a las gestantes a padecerlas, con la finalidad de prevenir y orientarlas.

Una vez realizado el proceso investigativo e identificadas las causas que conllevan a las complicaciones maternas, fetales y neonatales que se presentan en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, esta institución podrá trabajar conjuntamente con la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza de la Provincia de Esmeraldas no solo en la trasferencias de pacientes si no en la prevención y de esta manera disminuir la incidencia a nivel Provincial y Nacional.

Finalmente con los resultados obtenidos durante este proceso investigativo se espera contribuir con la sociedad en busca de estrategias que permitan el fortalecimiento y concientización de las madres sobre la importancia de los controles prenatales, con la ayuda del equipo de salud y la comunidad en general y de esta manera lograr disminuir las complicaciones maternas, fetales y neonatales que tanto daño están causando a la población.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las complicaciones materna, fetales y neonatales en el área de gineco-obstetricia y neonatología del hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo durante el primer trimestre del año 2013.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar las complicaciones maternas , fetales y neonatales
2. Conocer las causas que conllevan a las complicaciones maternas, fetales y neonatales que se presentan en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.
3. Establecer la incidencia de mortalidad materna, fetal y neonatal de las usuarias atendidas en el primer trimestre del año 2013.
4. Presentar una propuesta al jefe del área de gíneco – obstetricia a la motivación periódica del personal para la utilización de los protocolos establecidos por el MSP a través de charlas, talleres, dando a conocer el resultado de la investigación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas que desencadenan la aparición de complicaciones maternas, fetales y neonatales?

HIPÓTESIS

Las complicaciones maternas, fetales y neonatales disminuirían si las madres acudieran a los controles prenatales y si el personal de salud se enfocara en fomentar y aplicar las normas y protocolos de atención en materno neonatal.

MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTE DEL AREA DE ESTUDIO

El Hospital Divina Providencia de San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas se encuentra ubicado en la avenida Esmeralda y Carchi, es el único hospital del Cantón San Lorenzo. Límites:

- Al norte con Colombia
- Al sur con la Provincia de Imbabura
- Al este con la Provincia del Carchi
- Al oeste con el Cantón Eloy Alfaro de la Provincia de Esmeraldas y el Océano Pacifico.

Fue creado el 22 de marzo de 1978. Tiene una extensión de 3086 Km².

Su densidad de población es de 8.7 Hb; por Km² población total: 42486 del cual 21552 es masculino y 20934 es femenino, Urbana 23265 y rural 19221.

El 90% es afro esmeraldeña, el 3% es indígena con dos etnias definidas: Pueblo Awa y el Pueblo Chachi; el otro 7% es mestiza.

Políticamente está dividido el cantón en trece parroquias pero para la regionalización de salud se toma en cuenta 8 parroquias.

La creación y desarrollo histórico del Hospital Divina Providencia del Cantón de San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas se fundamenta a través de las siguientes acciones:

Comienza muy modestamente como un hospital con 10 camas, inaugurado el 6 de mayo de 1966, debido al entusiasmo en tires del obispo de ese entonces, Monseñor Barbisote quien encargó la administración del mismo a las misionera Combonianas.

Con el venir del tiempo las necesidades del hospital fueron aumentando debido a la demanda, también en aumento ya que desde el comienzo se constituyó como un centro hospitalario de eficiente funcionamiento.

El gobierno ecuatoriano, a través del gobierno de salud apoyó la iniciativa y constituyó una fundación de ayuda anual que se incrementaba anualmente de forma modesta, no alcanzando a solventar los gastos de mantenimiento que fueron siempre por cuenta del vicarito de Esmeraldas.

Por fin, comprendiendo que la obligación con la salud del pueblo era compromiso del estado el 31 de marzo del 1978 se expide el decreto de físcomisionalización del hospital Divina Providencia para regular la misma, se firma un convenio interinstitucional entre el vicariato apostólico de Esmeraldas con el ministerio de salud el 30 de junio del 1980, en el de forma clara se precisa las obligaciones de ambas parte con respeto a la marcha y administración del Hospital Divina Providencia.

En ese lapso de tiempo fueron incrementándose los servicio, así tenemos que en 1981 se inaugura un pabellón de pediatría con la contribución con las carita de suiza y en el año siguiente se inauguró otro pabellón obstétrico con la ayuda del estado ecuatoriano y benefactores suizo, por fin en 1983 se construye un pabellón para el gabinete de RX. Con un presupuesto proporcionado por el Ministerio de Salud el hospital pudo ofrecer a la comunidad de San Lorenzo y su área de influencia toda su capacidad de 70 camas y 4 servicios básicos (pediatría, clínica, cirugía, gineco-obstetricia).

1.1. Área De Gineco-Obstetricia Y Neonatología

Se encuentra en el Hospital Divina Providencia a mano izquierda, el área de gineco-obstetricia y neonatología son una sola y está cerca del quirófano, la cual cuenta con una pediatra, el médico de turno, 1 interno, 1 licenciada y 2 auxiliares de enfermería para los turnos de la noches, 1 personal de limpieza en turnos rotativos.

En esta sala gineco-neonatologia cuenta con los siguientes equipos para la atención de la madre y del neonato:

- Cuna para el neonato
- 1 balanza
- Ambu
- Oxígeno
- 3 camillas
- 1 monitor
- Tensiómetro
- Perilla
- Equipos de curación
- Equipos de parto

2. EMBARAZO

El **embarazo** o **gravidez** es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer son encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El término **gestación** hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

El embarazo humano dura entre 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

3. COMPLICACIONES MATERNAS

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, neonato o de ambos.

Hay que diferenciar entre las complicaciones que surgen durante el embarazo por enfermedades previas de la madre o las que son provocadas por el hecho mismo del embarazo.

3.1. Complicaciones durante el embarazo:

- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Eclampsia
- ✓ Pre eclampsia
- ✓ Anemia
- ✓ Hidramnios u oligoamnios.
- ✓ Enfermedades por transmisiones sexuales

- ✓ Embarazo ectópico
- ✓ Placenta previa
- ✓ Amenaza de parto prematuro
- ✓ Infecciones durante el embarazo
- ✓ Aborto espontáneo
- ✓ Hemorragias
- ✓ Ruptura prematura de membrana (RPM)

4. DIABETES GESTACIONAL

Es la presencia de glucemia alta (diabetes) que empieza o se diagnostica primero durante el embarazo.

Causas

Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, los niveles de glucosa se pueden incrementar en la sangre de una mujer embarazada.

El mayor riesgo de padecer diabetes gestacional son las mujeres que:

- ✓ Tienen más de 25 años de edad al quedar embarazada.
- ✓ Tienen antecedentes familiares de diabetes.
- ✓ Tuvo algún que pesó más de 4 kg (9 lb) o alguna anomalía congénita.
- ✓ Tiene hipertensión arterial.
- ✓ Tiene demasiado líquido amniótico (hidramnios).
- ✓ Ha tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable.
- ✓ Tenía sobrepeso antes del embarazo.

Síntomas

- ✓ Visión borrosa
- ✓ Fatiga
- ✓ Infecciones frecuentes, entre ellas las de vejiga, vagina y piel
- ✓ Aumento de la sed (polidipsia)

- ✓ Incremento de la micción (Poliuria)
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito

Pruebas y exámenes

La diabetes gestacional generalmente empieza en la mitad del embarazo.

Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección.

Las mujeres que tengan factores de riesgo para este tipo de diabetes pueden hacerse este examen más temprano en el embarazo.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son mantener los niveles de azúcar (glucosa) dentro de los límites normales durante el embarazo y asegurarse de que el feto esté saludable.

Pronóstico

Las mujeres embarazadas que padecen diabetes gestacional tienden a tener neonatos más grandes al nacer. Esto puede incrementar la posibilidad de problemas en el momento del parto, como:

- ✓ Lesión (traumatismo) al nacer debido al gran tamaño del RN
- ✓ Parto por cesárea

El RN es más propenso a tener períodos de nivel bajo de azúcar en la sangre (hipoglucemia) durante los primeros días de vida.

Hay un leve incremento del riesgo de muerte del RN cuando la madre padece diabetes gestacional sin tratamiento, pero el control de los niveles de glucemia disminuye este riesgo.

Los niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre suelen volver a la normalidad luego del parto.

Prevención

- ✓ Controles prenatales regulares
- ✓ Pruebas de detección prenatales entre las semanas 24 y 28 del embarazo ayudará a detectar la diabetes gestacional de manera temprana.
- ✓ Si usted tiene sobrepeso, disminuir el índice de masa corporal (IMC) hasta un rango normal antes de quedar en embarazo.
- ✓ Elegir alimentos saludables
- ✓ Evitar todo tipo de preocupación
- ✓ Realiza ejercicio físico moderado.

5. PREECLAMPSIA

Es una condición que combina presión arterial elevada (más de 140/90) y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre. Entre un 5% y 8% de las mujeres embarazadas la padecen, según Preeclampsia Foundation.

La preeclampsia se produce cuando la placenta no llega a desarrollarse por completo y se crea hipertensión arterial en los vasos sanguíneos maternos. La enfermedad puede presentarse después de las 20 semanas de gestación, aunque la mayoría de los casos la reportan a partir de la 37 semana. Al afectar el riego sanguíneo, la preeclampsia pone en riesgo salud de la madre, feto y neonato, pero su gravedad depende del momento de embarazo en que se manifieste y con qué rapidez avance.

En los casos más severos, la enfermedad puede causar desprendimiento de la placenta, interferir con el flujo de oxígeno y alimentos del feto, provocar bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, muerte de la madre o del feto.

Factores de riesgo de sufrir preeclampsia

- ✓ Si has sufrido preeclampsia en embarazos anteriores
- ✓ Embarazos múltiples
- ✓ Primer embarazo
- ✓ Deficiencias en tu nutrición durante el embarazo
- ✓ Obesidad
- ✓ La genética – si la familia tiene historial de presión alta puedes ser más propensa

- ✓ Embarazo en mujeres mayores a los 35 años o menores de 18 años
- ✓ Diabetes e hipertensión arterial antes del embarazo
- ✓ Síndrome de ovario poli quístico
- ✓ Desórdenes inmunológicos
- ✓ Tu etnia, pues la preeclampsia se presenta con más frecuencia en mujeres de ascendencia africana, americana e hispana.

Síntomas de la preeclampsia

Sus síntomas suelen confundirse con molestias comunes del embarazo:

- ✓ Presión arterial – puede ser leve (140/90) o severa (más de 160/110).
- ✓ Edema en manos, pies, tobillos y alrededor de los ojos
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Dolor en el epigastrio
- ✓ Edema pulmonar
- ✓ Hiperuricemia
- ✓ Aumento de peso súbito. Recuerda que es normal aumentar alrededor de una libra por semana después del cuarto mes de embarazo. En el caso de la preeclampsia, el aumento se da más rápidamente, puede ser en cuestión de uno o dos días y alcanzar hasta cinco libras en una semana.
- ✓ Dificultad o poca frecuencia urinaria (oliguria y anuria)
- ✓ Proteinuria
- ✓ Cefalea constante y pulsante que no disminuye con medicamentos
- ✓ Pulso alterado
- ✓ Dolor en la parte derecha del abdomen y hombro derecho
- ✓ Cambios extraños en la vista, como ver puntos brillantes o borroso, diplopía, sensibilidad a la luz, o pérdida temporal de la vista
- ✓ En el RN, la preeclampsia puede reflejarse en poco crecimiento y bajo peso para su edad gestacional.

6. ECLAMPSIA

Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral preexistente.

La eclampsia es un padecimiento ocasionado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

Síntomas

- ✓ Convulsiones
- ✓ Hipertensión
- ✓ Proteinuria
- ✓ Edema general
- ✓ Náusea y cefaleas
- ✓ Molestias y dolores musculares
- ✓ Agitación intensas
- ✓ Pérdida del conocimiento

Factores de riesgo para la eclampsia

- ✓ Primigestas o multíparas de edad avanzada
- ✓ Edad: <18 o >35 años y Peso: <50 kg u obesidad
- ✓ Existencia de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad vascular del colágeno (lupus eritomatoso sistémico)
- ✓ Mola hidatidiforme
- ✓ Complicaciones del embarazo: embarazo múltiple, feto grande, hidropesía fetal, polihidramnios
- ✓ Preeclampsia en un embarazo anterior

Para poder diagnosticar la eclampsia se utilizan los siguientes criterios:

- ✓ Aumento de la presión sistólica de 30 mmHg
- ✓ Elevación de la presión diastólica de 15 mmHg
- ✓ Presencia de proteinuria, edema o ambos.
- ✓ Examen físico
- ✓ Control de presión arterial y frecuencia respiratoria
- ✓ Exámenes de sangre y orina.

7. ANEMIA

Es la insuficiencia de glóbulos rojos o la capacidad reducida de los mismos para transportar oxígeno o hierro.

Causas

Por un aumento del 50% en el volumen sanguíneo de la mujer.

Síntomas

Esta complicación se detecta a través de los exámenes de sangre comunes que se realizan para controlar el embarazo. Existen distintos síntomas a los que puedes poner atención, aunque en ocasiones no son tan evidentes:

- ✓ Palidez en piel, labios, palma de las manos, uñas y parte inferior de los párpados.
- ✓ Dificultad para respirar (disnea).
- ✓ Mareos, fatiga y sensación de debilidad o cansancio extremo (vértigo).
- ✓ Problemas para concentrarse.
- ✓ Taquicardia o latidos cardíacos demasiado rápidos.

8. EMBARAZO ECTÓPICO

Es un embarazo que ocurre por fuera de la matriz (útero). Es una afección potencialmente mortal para la madre. El feto no puede sobrevivir.

Causas

Un embarazo ectópico es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero. Dichas causas abarcan:

- ✓ Defecto congénito en las trompas de Falopio
- ✓ Complicaciones de una apendicitis.
- ✓ Endometriosis

- ✓ Antecedentes de un embarazo ectópico
- ✓ Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico:

- ✓ Edad mayor a 35 años
- ✓ Quedar en embarazo teniendo un dispositivo intrauterino (DIU)
- ✓ Haber sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar en embarazo
- ✓ Haber tenido múltiples compañeros sexuales
- ✓ Fecundación in vitro
- ✓ Tener las trompas ligadas (ligadura de trompas); más probable dos o más años después del procedimiento

Síntomas

- ✓ Sangrado tras vaginal anormal
- ✓ Lumbago
- ✓ Cólico leve en un lado de la pelvis
- ✓ Amenorrea (Ausencia de períodos)

Pruebas y exámenes

El médico llevará a cabo un examen pélvico que puede mostrar sensibilidad en dicha área.

Se realiza una prueba de embarazo y una ecografía vaginal.

La GCH es una hormona que normalmente se produce durante el embarazo. El chequeo de los niveles de esta hormona en la sangre (prueba de GCH cuantitativa en sangre) puede diagnosticar el embarazo. Una elevación en los niveles de GCH cuantitativa durante 1 a 2 días puede ayudar a diferenciar un embarazo normal de un embarazo ectópico.

Tratamiento

Los embarazos ectópicos son una afección potencialmente mortal y no pueden continuar hasta el nacimiento (a término). Se tienen que extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre.

Posibles complicaciones

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente shock, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa.

Prevención

- ✓ Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- ✓ Dejar de fumar

9. HIDRAMNIOS U OLIGOAMNIOS

9.1. LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico es una parte importante del embarazo y desarrollo fetal. Este líquido acuoso se encuentra dentro de una carcasa llamada membrana amniótica (o bolsa) y circunda al feto durante el embarazo. Cantidades normales pueden variar, pero, en general, las mujeres llevan unos 500 ml de líquido amniótico.

El líquido amniótico ayuda a proteger y amortiguar al feto y es importante en el desarrollo de muchos de los órganos fetales, incluyendo los pulmones, los riñones y el tracto gastrointestinal. El líquido es producido por los pulmones del feto y los riñones. Se toma con la deglución fetal y se envía a través de la placenta a la circulación de la madre. Problemas de líquido amniótico se presentan en alrededor del 7 por ciento de los embarazos. Demasiado líquido amniótico o muy poco se asocia con anomalías en el desarrollo y complicaciones del embarazo. Las diferencias en la cantidad de líquido que puede ser la causa o el resultado del problema.

9.2. HIDRAMNIOS

También es conocida como polihidramnios.

Es una enfermedad en la que hay demasiado líquido amniótico que rodea al feto.

Causas

Existen varias causas de polihidramnios.

El líquido ya sea demasiado se produce o hay un problema con el líquido absorbido o ambos.

Factores que están asociados con hidramnios son los siguientes:

Los factores maternos:

- ✓ Diabetes

Factores fetales:

- ✓ Anormalidades gastrointestinales que obstruyen el paso del fluido
- ✓ Deglución anormal debido a problemas con el sistema nervioso central o anormalidades cromosómicas
- ✓ Insuficiencia cardíaca
- ✓ Infección congénita (adquirida durante el embarazo)

El exceso de líquido amniótico puede hacer que el útero de la madre se distienda demasiado y puede provocar un parto prematuro o rotura prematura de membranas (el saco amniótico).

Cuando se rompe el saco amniótico, grandes cantidades de líquido provenientes del útero pueden aumentar el riesgo de desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta) o de prolapso del cordón umbilical (cuando el cordón atraviesa el cuello uterino), puede ser comprimido.

Síntomas

- ✓ Crecimiento acelerado del útero
- ✓ Malestar en el abdomen
- ✓ Las contracciones uterinas

Diagnostico

- ✓ Historia médica completa y un examen físico.
- ✓ Con ultrasonido (una prueba que utiliza ondas sonoras para crear una imagen de estructuras internas).
- ✓ Mediante la medición de bolsas de líquido para calcular el volumen total.
- ✓ Ecografía que es útil para detectar una causa del hidramnios, tal como el embarazo múltiple o un defecto de nacimiento.

Tratamiento

El tratamiento específico de hidramnios será determinado por su médico basándose en:

- ✓ Su embarazo, estado general de salud y sus antecedentes médicos
- ✓ Extensión de la enfermedad
- ✓ Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- ✓ Sus expectativas para la evolución de la enfermedad

El tratamiento para hidramnios puede incluir:

- ✓ Monitoreo riguroso de la cantidad de líquido amniótico y frecuentes visitas de seguimiento con el médico
- ✓ Medicamentos (para disminuir la producción de orina del feto)

- ✓ Amniorreducción - amniocentesis (inserción de una aguja a través del útero y dentro del saco amniótico) para extraer parte del líquido amniótico, este procedimiento puede ser necesario repetir.
- ✓ Parto (si las complicaciones ponen en peligro el bienestar del feto o la madre, un parto prematuro puede ser necesario)

9.3. OLIGOHIDRAMNIOS

Es una enfermedad en la que hay muy poco líquido amniótico que rodea al feto.

Causas

- ✓ Ruptura prematura de membranas (antes del parto)
- ✓ Restricción del crecimiento intrauterino (crecimiento fetal deficiente)
- ✓ Embarazo prolongado
- ✓ Defectos de nacimiento, sobre todo de riñón y malformaciones del tracto urinario
- ✓ Gemelo a gemelo Síndrome de transfusión

El líquido amniótico es importante en el desarrollo de los órganos del feto, especialmente los pulmones. La escasez de líquido durante períodos prolongados puede causar el desarrollo anormal o incompleto de los pulmones llamado hipoplasia pulmonar. Restricción del crecimiento intrauterino (crecimiento fetal pobre) también está asociada con menores cantidades de líquido amniótico. Oligohidramnios puede ser una complicación en el parto, aumentando el riesgo de compresión del cordón umbilical y de aspiración de meconio espeso (primera defecación del bebé).

Síntomas

- ✓ Pérdida de líquido amniótico cuando la causa es la ruptura del saco amniótico
- ✓ la cantidad de líquido amniótico según la ecografía

Cómo se diagnostican

- ✓ Una historia médica completa y un examen físico
- ✓ Mediante ultrasonidos.
- ✓ Bolsas de líquido amniótico se puede medir y calcular la cantidad total. Asimismo, sirve para el crecimiento fetal, la estructura de los riñones y el tracto urinario y detectar la orina en la vejiga del feto.
- ✓ Estudios de flujo por Doppler (un tipo de ultrasonido que se utiliza para medir el flujo sanguíneo) puede ser utilizado para verificar las arterias de los riñones.

Tratamiento

El tratamiento específico de oligohidramnios será determinado por su médico basándose en:

- ✓ Su embarazo, estado general de salud y sus antecedentes médicos
- ✓ Extensión de la enfermedad
- ✓ Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- ✓ Sus expectativas para la evolución de la enfermedad
- ✓ Su opinión o preferencia
- ✓ Amnioinfusión - se vierte un líquido especial dentro del saco amniótico para reemplazar los niveles bajos de pérdida o líquido amniótico. Amnioinfusión pueden ser ofrecidos durante el embarazo en un intento de prevenir la hipoplasia pulmonar (pulmones subdesarrollados) o en el parto para prevenir la compresión del cordón umbilical.
- ✓ Parto (si el oligohidramnios pone en peligro el bienestar del feto, un parto prematuro puede ser necesario)

10.PLACENTA PREVIA

Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de ella.

La placenta crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto.

Causas

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino, lo cual se denomina placenta previa.

Existen diferentes formas de placenta previa:

- ✓ **Marginal:** la placenta está al lado del cuello uterino pero no cubre la abertura.
- ✓ **Parcial:** la placenta cubre parte de la abertura cervical.
- ✓ **Completa:** la placenta cubre toda la abertura cervical.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen:

- ✓ Un útero anormalmente formado
- ✓ Muchos embarazos previos
- ✓ Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
- ✓ Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de embarazo anterior, cesárea, cirugía o aborto

Las mujeres que fuman o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo.

Síntomas

- ✓ **sangrado vaginal súbito** El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre.
- ✓ **El sangrado puede ser intenso.-** Puede detenerse por sí solo, pero puede empezar de nuevo días o semanas después.

El trabajo de parto algunas veces empieza al cabo de varios días después del sangrado profuso. Algunas veces, el sangrado puede no ocurrir hasta después de que comience el trabajo de parto.

Pruebas y exámenes

El médico puede diagnosticar esta afección con una ecografía del embarazo.

Tratamiento

- ✓ Reducir actividades
- ✓ Guardar reposo en cama
- ✓ Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, ni practicarse duchas, ni usar tampones

Otros tratamientos que usted puede recibir:

- ✓ Transfusiones sanguíneas
- ✓ Medicamentos para prevenir un parto prematuro
- ✓ Medicamentos para ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta la semana 36
- ✓ Inyección de un medicamento especial llamado Rhogam si su tipo de sangre es Rh negativo
- ✓ Inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren

Se puede hacer una cesárea de emergencia si el sangrado es abundante y no se puede controlar.

11.AMENAZA DE PARTO PREMATURO

El parto que comienza antes de la semana 37 se llama "pretérmino" o "prematuro".

Un parto prematuro es una de las principales razones por las cuales los bebés nacen discapacitados o mueren.

Signos y síntomas

- ✓ Sangrado y cólicos en el vientre.
- ✓ Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.
- ✓ Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro.
- ✓ Sangrado vaginal rojo brillante.
- ✓ Una secreción espesa y mucosa con sangre.
- ✓ Usted rompe fuente (membranas estructuradas).
- ✓ Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas.
- ✓ Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más próximas.

Causa

- ✓ Gemelos
- ✓ Infección en la madre o en las membranas alrededor del bebé
- ✓ Ciertos defectos de nacimiento
- ✓ Hipertensión arterial en la madre
- ✓ Cuando la bolsa de agua se rompe de forma temprana
- ✓ Demasiado líquido amniótico
- ✓ Sangrado en el primer trimestre

Los problemas de salud de la madre o estilo de vida pueden conducir a un parto prematuro abarcan:

- ✓ El hábito de fumar
- ✓ Consumo de drogas ilícitas, a menudo cocaína y anfetaminas
- ✓ Estrés físico o psicológico grave
- ✓ Aumento de peso deficiente durante el embarazo
- ✓ Obesidad

Problemas con la placenta, el útero, el cuello uterino que pueden llevar a un parto prematuro:

- ✓ Cuando el cuello uterino no permanece cerrado por su cuenta (insuficiencia cervico uterina).
- ✓ Cuando la forma del útero no es normal.
- ✓ Mal funcionamiento de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

Reduzca su riesgo de parto prematuro

- ✓ Hacerse chequeos de rutina a lo largo de su embarazo
- ✓ Comer alimentos saludables
- ✓ No fumar
- ✓ No consumir alcohol ni drogas

12.ABORTO

El aborto, término procedente del latín abortus, participio pasado de aborīrī (con el mismo significado que en español) y éste, a su vez, compuesto de ab- («de», «desde») + oriri («levantarse», «salir», «aparecer») es la interrupción y finalización prematura del embarazo. En un sentido más amplio, el término puede referirse al fracaso por interrupción o malogramiento de cualquier proceso o actividad.

12.1. Tipos de aborto

Aborto inducido

Es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto hasta las 22 semanas del embarazo. Puede tratarse de un aborto terapéutico (o aborto indirecto) cuando se realiza desde razones médicas, o interrupción voluntaria del embarazo, cuando se realiza por decisión de la mujer embarazada. La técnica empleada para inducir el aborto, se puede hablar de aborto médico o aborto con medicamentos y de aborto quirúrgico.

Aborto espontáneo

El aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente. La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. En otros casos se debe a anomalías del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas. Cuando la edad gestacional es superior a 22 semanas o el peso del feto supera los 500 gramos, se habla de muerte fetal.

13. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos.

El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos.

El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna.

13.1. Sangrado del embarazo temprano

El sangrado más común en el comienzo del embarazo es el aborto espontáneo. Es un sangrado similar a una menstruación voluminoso, puede llegar a verse acompañado de sangrado excesivo y prolongado. Lo más frecuente es que el obstetra realice un legrado uterino para el tratamiento de este tipo de situación. En el caso de un embarazo ectópico, el sangrado suele ser interno y puede llegar a ser fatal si no se trata a tiempo.

13.2. Sangrado del embarazo tardío

La consideración principal de una hemorragia al final del embarazo es la presencia de placenta previa, un trastorno que suele ser resuelto con una cesárea. Igualmente, un desprendimiento prematuro de placenta puede conllevar a un sangrado obstétrico, a menudo no aparente.

13.3. Sangrado durante el parto

Adicional a una placenta previa o un DPP, los desgarros uterinos pueden ser una causa seria que produce hemorragia interna o externa. El sangrado de origen fetal es muy raro que, aunque no suele ser abundante, puede ser importante para el bebé.

13.4. Sangrado posparto

La hemorragia durante el puerperio se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea. Es la causa más importante de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

Las principales causas de hemorragia posparto son la atonía uterina, traumatismo físico, placenta retenida y coagulopatías.

14. Atonía uterina: es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.

15. Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.

16. Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.

17. Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.

14. INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Las infecciones producidas durante la gestación son todavía una causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal. En este tipo de infecciones están implicadas bacterias, virus, protozoarios y hongos y la transmisión de la madre al feto puede ser producida principalmente cuando:

1. El agente infeccioso llega a la circulación sanguínea y posteriormente atraviesa la placenta donde puede pasar al feto.

2. El agente infeccioso coloniza el tracto genital inferior, asciende hacia la cavidad uterina, contaminando la cavidad amniótica (inclusive con membranas íntegras) o por contacto directo con el feto a su paso por el canal del parto
3. Durante la lactancia materna en caso de infecciones por el virus del VIH/Sida.

La importancia de detectar oportunamente cualquier tipo de infección durante la gestación radica en la posibilidad de prevenir una serie de complicaciones graves del embarazo que van desde el aborto espontáneo, muerte fetal intraútero, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, infecciones congénita en el recién nacido, sepsis neonatal, secuelas post natales de la infección e infección puerperal y sepsis materna.

Sin embargo, a pesar de los riesgos que estas infecciones conllevan a la madre y su neonato, la falta de un diagnóstico oportuno o de cumplimiento estricto de las indicaciones médicas dadas, como no completar el tratamiento que se prescribe a la madre gestante por falsos temores al uso de la terapia antibiótica durante el embarazo, puede llevar a las complicaciones serias ya mencionadas sobre todo cuando se ha minimizado el riesgo infeccioso ya que en muchas ocasiones la mayoría de las infecciones maternas son subclínicas, aun cuando la infección por determinado microorganismo pudiera luego enfermar seriamente al recién nacido e inclusive provocar su muerte en días posteriores al nacimiento.

Las manifestaciones clínicas de la infección por estreptococo del grupo B pueden ser tempranas o tardías. La infección temprana se desarrolla en el neonato dentro de los siete días del nacimiento y más durante el primer día de nacido. La infección tardía se desarrolla entre los siete días y los tres meses de vida.

Las posibilidades de infección al neonato son agravadas cuando se ha presentado parto prematuro, ruptura prematura de membranas y fiebre materna durante el trabajo de parto. Entre los síntomas que pueden presentar los bebés infectados están la neumonía, sepsis neonatal y meningitis.

Para prevenir la infección por el estreptococo del grupo B, todas las mujeres embarazadas deberían realizarse un cultivo de secreción vaginal en medios selectivos entre las 35 y 37 semanas de gestación, y en quienes se confirme la presencia de dicha

bacteria, deben recibir tratamiento con antibióticos por vía intravenosa durante el trabajo de parto y el alumbramiento, siendo el tratamiento más eficaz cuando se administra por lo menos 4 horas antes del parto.

15. FACTORES DETERMINANTES PARA PRESENTAR COMPLICACIONES MATERNAS

15.1. Edad de la madre

Una menor de 15 años corre el riesgo de desarrollar pre eclampsia (aumento de la presión arterial, proteínas en la orina, retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones debido a la pre eclampsia).¹⁰

Una mayor de 35 años puede tener los siguientes riesgos: aumento de la presión arterial, diabetes gestacional, complicaciones en el parto, complicaciones con la anestesia, puede desarrollar fibromas (tumores benignos en el útero) y aumentan las probabilidades de que el hijo nazca con alguna anomalía cromosómica (como síndrome de Down).¹¹

15.2. Peso/ talla de la embarazada

Si la madre pesa menos de 45 Kg corre el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso.

Si la madre sufre obesidad, el hijo puede ser demasiado grande y la madre puede sufrir diabetes gestacional.

Si mide menos de 1,60 m la pelvis es pequeña y es probable que haya un parto prematuro.

15.3. RH sanguíneo

Si la madre es RH negativo y el hijo es también, no tendrán ningún problema durante el primer embarazo. Si el segundo embarazo es RH negativo, a la madre se le deben administrar anticuerpos anti RH para que no haya problemas de hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos de la sangre) ni abortos.

¹⁰ <http://www.natalben.com/embarazo-riesgo>

¹¹ <http://www.natalben.com/embarazo-riesgo>

15.4. Alteraciones estructurales del aparato genital

Anomalías en los ovarios o en el útero pueden provocar abortos.

Los fibromas (tumores benignos uterinos) pueden causar partos prematuros, presentación anormal del feto (posición normal o cabeza arriba), complicaciones en el parto o incluso abortos.

15.5. Enfermedades en la madre

Enfermedades como la hipertensión arterial, enfermedades renales, diabetes, cardiopatías, enfermedades de la glándula tiroides, trastornos en la coagulación, enfermedades autoinmunes, enfermedades respiratorias. Pueden causar problemas durante el embarazo y en el parto.

15.6. Sustancias teratogénicas

Las sustancias, agentes o procesos teratogénicos son los que interfieren en el desarrollo normal del feto causándole ciertas anomalías.

Los principales teratógenos son:

- Radiaciones (rayos X, UVA, UVB)

Infecciones por:

- Citomegalo virus (herpes)
- Parvovirus (produce diarrea hemorrágica)
- Rubeola
- Varicela
- Sífilis (es una enfermedad de transmisión sexual)
- Toxoplasma (parásito transmitido, sobretodo, por los excrementos de los gatos)

16. NEONATOS

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.

La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pre término, a término o pos término.

Durante los primeros 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve.

Este hecho conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil y que tienden a señalar la aparición de signos patológicos.

Valoración del neonato

En el postparto inmediato

Recién nacido a término, nótese la coloración azulada de las manos y pies, reduciendo su puntuación de Apgar por un punto.

Se pretende valorar la correcta adaptación del recién nacido a su nuevo entorno.

Para ello se realizan las siguientes acciones:

- ✓ Es el momento adecuado para observar malformaciones mayores.
- ✓ **Test de Apgar:**

Mediante sencillos parámetros cardiovasculares y neurológicos puntúa de 0 a 10 el estado del neonato. Se considera un neonato sano al que puntúa por encima de

8, aunque una puntuación de 10 no es muy frecuente. Es habitual realizar esta prueba al minuto, luego a los tres minutos y a los cinco minutos.

La puntuación de Apgar es aplicable a neonatos nacidos por cesárea, parto vaginal con y sin anestesia epidural.

Valoración de la edad gestacional: trata de comprobar si se ajusta a la proporcionada por el obstetra basándose en la fecha de última regla y las ecografías gestacionales.⁷ Para ello, se utilizan habitualmente dos herramientas:

- ✓ **Test de Usher:** es un examen que valora los pliegues plantares, el pabellón auricular, el pelo, el nódulo mamario y los genitales. Mediante el uso de puntuaciones, establece tres grupos de neonatos: aquellos nacidos con menos de 36 semanas de gestación; de 36 a 38 semanas; y más de 38 semanas de gestación.
- ✓ **New Ballard Score:** es un examen completo que evalúa numerosos parámetros de la madurez física y neuromuscular. La puntuación aumenta de 5 en 5 decenas desde 10 hasta 50, con equivalencias de edad gestacional de 20 a 44 semanas en grupos de dos.

Historia neonatal

Una anamnesis exhaustiva debe tratar de conseguir todos los datos posibles de la salud de la madre, siendo de especial importancia aquellos que indiquen algún tipo de riesgo de sepsis o asfixia para el niño. Estos interrogatorios deben comenzar antes del nacimiento y la evaluación del recién nacido en la misma sala de parto, agrupándose de la siguiente forma:

- ✓ **Antecedentes familiares:** Datos de miembros de familia que puedan ser de riesgo materno. Por ejemplo, antecedentes hereditarios, consanguineidad, embarazos múltiples, muertes fetales, etc. Otros datos de interés serían el estado de salud de los hermanos, o la etnia y situación social de la familia.
- ✓ **Historia materna:**
 - Edad y sus propios antecedentes personales;
 - Otros embarazos, partos, abortos, partos pretérmino

- Grupo sanguíneo e historia de problemas de sensibilización inmunológica
 - Enfermedades de transmisión sexual, adicciones, problemas sociales de alto riesgo, etc.
- ✓ Se considera un embarazo a término si el parto ocurre entre 38 y 42 de edad gestacional. Antes de las 38 semanas, se considera un parto pretérmino y después de las 42 semanas se considera que es un parto post-término.
 - ✓ **Según el peso:** Bajo peso, peso normal, sobrepeso, y mucho peso, considerándose como peso normal los que estén entre el percentil 10 y 90 de su grupo de edad gestacional.
 - Varones: 3,250 - 3,500 g
 - Niñas: 3,000 - 3,250 g aprox

En los primeros días es normal que el recién nacido pierda peso, ya que se va deshidratando al pasar de un medio líquido a uno gaseoso. Dicha pérdida de peso es más acusada en el 2º - 3º día, pero recupera el peso sobre el 10º día.

También pierde peso en sus primeras heces (meconio) y en las primeras orinas. Las madres diabéticas tienen un mayor riesgo de tener un recién nacido con macrosomía.

- ✓ **Embarazo actual:** siendo estos datos especialmente importantes, por la posibilidad de que afecten directamente al estado de salud del recién nacido.
- ✓ Edad gestacional, ya sea calculada a partir de la fecha de última regla (FUR) o por las ecografías prenatales.
- ✓ Primeros movimientos fetales, que suelen percibirse de media a las 16-18 semanas de gestación.

Serología TORCH:

Toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, sífilis y herpes (aunque recientemente, según el país, se añaden otras serologías, como las de diagnóstico de treponema, coxsackie, listeria, parvovirus, clamidia, hepatitis B, VIH, virus de Epstein-Barr o virus varicela-zóster, entre otros).

- ✓ Resultado del test de tolerancia oral a la glucosa, para saber si la madre tuvo diabetes mellitus gestacional.

- ✓ Resultado de las pruebas de grupo sanguíneo y el test de Coombs indirecto, y si hubo necesidad de realizar profilaxis anti-D (anticuerpos contra el Factor Rh).
- ✓ Otras enfermedades o infecciones materno-fetales.
- ✓ Consumo de sustancias tóxicas.
- ✓ Parto y peri-parto: también son de importancia vital los factores que rodearon el proceso del nacimiento, por sus efectos directos sobre el neonato.
- ✓ Presentación del feto: cefálica (de cabeza), podálica (por los pies), transversa o de nalgas.
- ✓ Factores que indiquen riesgo de infección, como fiebre o necesidad de oxigenoterapia maternas; amniorrhexis u otros problemas con el líquido amniótico; si se llevó a cabo antibioterapia para evitar el contagio de estreptococos del grupo B durante el parto.
- ✓ Necesidad de tratamiento con corticoides.
- ✓ Factores que indiquen hipoxia fetal, como anomalías detectadas en la monitorización, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal o disminución del pH fetal a valores demasiado ácidos (por debajo de 7.25).
- ✓ Resultados de la valoración hecha al nacer (Apgar, etc.).
- ✓ Estado de la placenta y el cordón umbilical.

Antropometría

El nacer es el momento adecuado para pesar, tallar y medir al bebé (incluyendo el perímetro cefálico), y estudiar los datos ajustados en percentiles y por edad gestacional.

Exploración física

- ✓ Prueba de Silverman y Anderson.
En esta prueba se evalúa de manera rápida la función respiratoria del neonato, dándole una puntuación que, contrario al acostumbrado sistema de APGAR, la puntuación baja es la del mejor pronóstico:
 1. Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia.
 2. Recién nacido con 1 a 3 puntos, con asfixia leve.
 3. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con asfixia moderada.
 4. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con asfixia grave.

A las 48 horas

Conviene reevaluar al neonato a las 48 h, antes de darle el alta. Todas las anotaciones realizadas serán útiles para la evaluación que realiza el pediatra tras el alta.

Profilaxis de enfermedades prevalentes

- ✓ Oftalmia neonatal: las infecciones oculares del neonato pueden ocurrir a diferentes niveles (conjuntivitis, iritis, iridociclitis, uveítis, etc.). La principal etiología es el contagio durante el parto por gérmenes como *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, desde el aparato reproductor de la madre. El tratamiento precoz consiste en administrar antibioterapia en la primera hora postparto, en concreto eritromicina al 0,5%).

- ✓ Enfermedad hemorrágica del recién nacido: ocurre por déficit de factores de coagulación vitamina K dependientes. El tratamiento consiste en la administración de vitamina K intramuscular(dado que vía oral no previene la enfermedad tardía).

- ✓ Piodermitis: la infección bacteriana generalizada de la piel se previene con clorhexidina tópica.

Diagnóstico precoz de enfermedades

Prueba del talón

Consiste en pinchar un talón del neonato para extraer unas gotas de sangre para su posterior análisis. Esta prueba se realiza entre los 5 y 7 días. Sirve para la detección precoz de varias enfermedades:

- ✓ El hipotiroidismo (que es detectable a partir de las 48 horas).

- ✓ La fenilcetonuria, que se puede detectar entre 3 a 7 días tras el inicio de la alimentación.

- ✓ La fibrosis quística, mediante tripsina inmunorreactiva.

- ✓ La hiperplasia adrenal congénita.

16.1. Test de apgar

Los cinco criterios del Apgar son:

	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	todo azul	extremidades azules	normal	A pariencia
Frecuencia cardíaca	0	menos de 100	más de 100	P ulso
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado	G esto
Tono muscular	Ninguna	alguna flexión	movimiento activo	A ctividad
Respiración	Ausente	débil o irregular	Fuerte	R espiración

17.COMPLICACIONES NEONATALES

17.1. PREMATURIDAD

El nacimiento prematuro es un problema de salud serio. Los RN prematuros corren un riesgo mayor de tener complicaciones de salud, como problemas respiratorios, e incluso de morir. En la mayoría de los casos, estos RN requieren atención especial en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), con personal médico y equipos especializados capaces de tratar los diferentes problemas a los que están expuestos.

Los RN prematuros también tienen un riesgo más alto de padecer incapacidades permanentes, como retraso mental, problemas de aprendizaje y de conducta, parálisis cerebral, problemas pulmonares y pérdida de la visión y la audición.

Todo RN prematuro cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es menor de 37 semanas completas.

✓ **Problemas maternos**

Enfermedades generales de la madre: Infecciones, anemias, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías.

- ✓ **Factores obstétricos y ginecológicos:** Toxemia, incontinencia cervical, hidramnios (más cantidad de líquido amniótico de lo normal), desprendimiento de placenta.
- ✓ **Edad:** Tener menos de 20 y más de 40 años.
- ✓ **Problemas sociales:** Toxicomanías, tabaquismo, malnutrición, trabajo corporal.
- ✓ **Problemas fetales:** Embarazo múltiple, malformaciones, cromosomopatías.
- ✓ **Yatrogenia:** Inducción precoz del parto, cesárea selectiva.

Características físicas del prematuro

- ✓ **Peso:** Menos de 2,5kg. (mayor pérdida fisiológica).
- ✓ **Talla:** Menos de 47cm.
- ✓ **Perímetro torácico:** Menos de 29cm.
- ✓ **Perímetro craneal:** Menos de 34cm.
- ✓ **Actividad postural extremidades:** Hipotonía y extremidades en extensión.
- ✓ **Cabeza:** Grande y Craneotabes (huesos craneales blandos).
- ✓ **Ojos prominentes:** El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no.
Pabellón auricular blando y mal desarrollado.
- ✓ **Tórax:** Estrecho
Mamilas o nódulos mamarios poco desarrollados.
- ✓ **Abdomen:** Prominente
- ✓ **Piel:** Delgada, Resalte de relieves óseos, Color rojizo intenso ,Ictericia precoz y persistente, Cianosis distal Edemas Lanugo
- ✓ **Genitales:** Testículos no descendidos. Escroto con pocas arrugas. Labios mayores poco desarrollados.
- ✓ **Extremidades:** Cortas Delgadas (poco desarrollo muscular). Uñas blandas y cortas. Pliegue único transversal en plantas de los pies.

Patologías asociadas a la prematurez

La Morbilidad asociada a la prematurez puede ser precoz o tardía.

Las enfermedades se debe a la Inmadurez orgánica y funcional de sus sistemas.

- ✓ **Aparato Respiratorio:** Tendencia al síndrome de dificultad Respiratoria idiopático.
- ✓ **Aparato Digestivo:** Dificultad para succionar, baja tolerancia gástrica, dificultad de metabolización, tránsito intestinal.
- ✓ **Sistema Nervioso Central:** Crisis de apnea, dificultad para succionar y deglutir.
- ✓ **Función Hepática:** Tendencia a la Ictericia por falla en la conjugación, Hipoglicemia y manifestaciones hemorrágicas por déficit de Vit. K, fibrinógenos y protrombina.
- ✓ **Sistema Hematopoyético:** Anemia hipocromía por falta principalmente de Fe.
- ✓ **Termorregulación:** Falla para mantener temperatura corporal constante y normal: gran superficie corporal en relación al peso, déficit de tejido adiposo y glándulas sudoríparas mal desarrolladas; además existe inmadurez central.
- ✓ **Cardiovascular:** Aumento de la fragilidad capilar que predispone a hemorragias.
- ✓ **Sistema Inmunitario** que predispone a la alta incidencia a las infecciones: piel, entéricas, respiratorias y sepsis.
- ✓ **Alta frecuencia de malformaciones congénita**
Un aspecto de extraordinaria importancia de analizar es la morbilidad del embarazo asociado a la prematurez.

Factores sociales y ambientales

- **Nivel socioeconómico:** Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mayor es la tasa de mortalidad perinatal, debido a una mayor tendencia a tener descendencia a edades más jóvenes, mayor número de hijos, a la necesidad de trabajar durante el embarazo y a la utilización inadecuada de los servicios sanitarios
- **Estado civil:** La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería puede acompañarse de una situación social desfavorable
- **Intervalo entre embarazos:** El intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente de alrededor de 2 años es el que asocia con un menor índice de mortalidad perinatal. Un intervalo excesivamente corto, inferior a los 6 meses se asocia con un aumento del riesgo de muerte perinatal,

mientras que los intervalos excesivamente prolongados no se asocian a un aumento del mismo

- **Trabajo materno durante el embarazo:** Los factores asociados con el riesgo de mortalidad perinatal son: Duración de la jornada semanal laboral, posición corporal durante el trabajo (En un estudio realizado en Berlín se observó que la tasa de nacidos muertos era 4 veces más alta en las gestantes que desarrollaban su actividad laboral de pie que en aquellas que la hacían sentadas), ausencia de escasos periodos de descanso durante el trabajo y realizar un trabajo especialmente cansado
- **Alcoholismo y consumo de drogas durante el embarazo:** Los efectos del abuso del alcohol durante el embarazo incluyen un aumento de la tasa de muerte perinatal
- **Nutrición materna:** La ganancia de peso materno durante el embarazo es el indicador primario de la morbi-mortalidad perinatal. La restricción excesiva del ingreso calórico del embarazo puede afectar negativamente al crecimiento fetal y contribuir a un aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Más importante que la ganancia absoluta de peso, es el ritmo de ganancia de peso durante el embarazo
- **Asistencia médica prenatal:** La asistencia prenatal precoz es de gran importancia, ya que el 70% de las complicaciones médicas durante el embarazo pueden ser previstas en la consulta inicial.

17.2. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal agudo (SFA), o distres fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. En general, el SFA es causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

Patogenia

Cuando disminuye el aporte de oxígeno en los tejidos fetales, disminuye el metabolismo de glucosa necesario para la energía celular. Si la hipoxia perdura o se agrava, la célula deja de ser capaz de mantener los requerimientos básicos y la célula muere. Para aprovechar al máximo el poco oxígeno disponible, el feto responde redirigiendo la circulación a los órganos vitales como el corazón y el cerebro. El emporamiento de la hipoxia intestinal causa un aumento de la motilidad y consecuente liberación de meconio al líquido amniótico, uno de los signos indirectos de hipoxia fetal. La degradación anaeróbica de la glucosa causa un exceso de base seguido de una acidosis.

Durante las contracciones uterinas, el aporte circulatorio del espacio intervelloso disminuye y por ello desciende el aporte de oxígeno. Cuando las contracciones se vuelven duraderas y frecuentes, aparece la hipoxemia que conlleva a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Cuadro clínico

Los signos y síntomas de sufrimiento fetal incluyen:

- ✓ Disminución del movimiento fetal sentido por la madre.
- ✓ La aparición de meconio en el líquido amniótico.
- ✓ Un aumento o disminución de la frecuencia cardíaca fetal (taquicardia o bradicardia), especialmente durante y después de una contracción uterina.³
- ✓ disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Señales bioquímicas, evaluadas por la toma de una pequeña muestra de sangre del bebé a través del cuello uterino abierto en el trabajo de parto.
- ✓ Acidosis fetal
- ✓ Niveles elevados de lactato en sangre fetal, que indica que el bebé tiene una acidosis láctica.

Diagnostico

Es de presunción clínica con la sospecha de hipoxia, fundamentado en una alteración a nivel de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y certeza

neonatólogica se realiza mediante el nacimiento de un niño con elementos de asfixia perinatal.

17.3. SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO (SDR)

Llamada enfermedad de la membrana hialina, también es denominado síndrome de dificultad respiratoria en bebés (IRDS) o síndrome de dificultad respiratoria neonatal es un trastorno entre los recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecer la patología.

El SDR es el trastorno respiratorio más frecuente en los recién nacidos prematuros. El comienzo de la atención prenatal con esteroides para la aceleración de la madurez pulmonar y el desarrollo de surfactante exógeno, pueden conllevar notable mejora en los resultados de los pacientes afectados con RDS.

Causas:

- ✓ Enfermedad de la membrana hialina: insuficiencia en la producción del surfactante y falta de desarrollo pulmonar.
- ✓ Taquipnea transitoria del recién nacido o pulmón húmedo: la persistencia de líquido en los alvéolos pulmonares después del nacimiento.
- ✓ Síndrome de aspiración de meconio: la bronco aspiración neonatal de las primeras heces del bebé o líquido meconial.

Otras causas incluyen las complicaciones de una neumonía y de un neumotórax.

Patogenia

Los pulmones inmaduros no producen suficiente cantidad de surfactante -una sustancia similar a un detergente que reviste los pequeños sacos aéreos (alveolos) de los pulmones y que permiten que estos se abran y se cierren. Si estos diminutos sacos no se abren con facilidad, los pulmones no pueden llenarse de aire y hacer llegar el oxígeno necesario al torrente sanguíneo.

Cuadro clínico

El SDR puede manifestarse en recién nacidos justo después del parto o después de transcurridas varias horas. Se caracteriza por dificultad respiratoria más o menos marcada, respiración rápida, retracciones de las costillas y del centro del tórax con cada

respiración, gruñido o quejido con cada respiración y aleteo o ensanchamiento de la nariz al respirar. Luego, por razón del distrés respiratorio aparece cianosis, apnea y letargo y, en el peor de los casos, especialmente frecuente en neonatos menores de 1 kg, se instala una neumonía que imposibilita aún más el respirar. Las cifras de una gasometría arterial muestran una acidosis con hipoxia, lo cual conduce a una vasoconstricción pulmonar con aumento de la resistencia pulmonar que promueven la deposición de fibrina, rigidez pulmonar y membranas hialinas.

Diagnóstico

Se diagnostica cuando un neonato tiene una puntuación elevada en la **prueba de Silverman y Anderson**, la cual valora la función respiratoria. Una puntuación de cero indica bienestar respiratorio y ocasionalmente se emplea el **test de Apgar**. En todo recién nacido con dificultad respiratoria se indica una **radiografía** de tórax y gasometría arterial.

Tratamiento

A muchos niños prematuros se les administra el agente surfactante después del nacimiento directamente en los pulmones, para suplementar el propio surfactante natural del niño y aliviar los síntomas del SDR. También se trata con oxígeno suplementario o mediante asistencia respiratoria con un ventilador o respirador. Sin tratamiento, un neonato con distrés respiratoria puede fallecer.

Complicaciones

Hemorragia cerebral: Se presenta en prematuro, sobre todo si es menor de 1500 g, que requirió asistencia ventilatoria, con mejoría clínica pulmonar al tercero o cuarto día y que después experimento deterioro súbito incluyendo paro respiratorio. Se monitoriza con ultrasonido de cráneo.

17.4. SEPSIS NEONATAL

Es la infección de la sangre que ocurre en un RN de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre entre los días 8 y 89.

Agente causal:

Varias bacterias, la *Escherichia coli* (*E. coli*), *Listeria* y ciertas cepas de estreptococo, pueden causar sepsis neonatal.

La sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 horas después del nacimiento. El RN contrae la infección de la madre antes o durante el parto.

Causas

- ✓ Infección durante el embarazo con estreptococos del grupo B.
- ✓ Parto prematuro.
- ✓ Romper aguas (ruptura de la bolsa de las aguas) que dura más de 24 horas antes del nacimiento.
- ✓ Infección de tejidos de la placenta y líquido amniótico (corioamnionitis).

Los RN con sepsis neonatal de aparición tardía resultan infectados después del parto.

Los siguientes factores aumentan el riesgo para un bebé de padecer este tipo de sepsis:

- ✓ Tener un catéter durante mucho tiempo en un vaso sanguíneo.
- ✓ Permanecer en el hospital por un período de tiempo prolongado.

Síntomas

- | | |
|--|-----------------------------|
| ✓ Cambios en la temperatura corporal | ✓ Reducción en la succión |
| ✓ Problemas respiratorios | ✓ Convulsiones |
| ✓ Diarrea | ✓ Frecuencia cardíaca lenta |
| ✓ Glucemia baja | ✓ Área ventral hinchada |
| ✓ Movimientos reducidos | ✓ Vómitos |
| ✓ Piel y esclerótica de color amarillo (ictericia) | |

Pruebas y exámenes

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| ✓ Hemocultivo | ✓ Conteo de glóbulos blancos |
| ✓ Proteína C reactiva | (CGB) |

Se llevará a cabo una punción lumbar (punción raquídea) para examinar el líquido cefalorraquídeo en búsqueda de bacterias.

Si el RN tiene tos o problemas respiratorios, se tomará una radiografía del tórax.

Tratamiento

Los RN que estén en el hospital y a los que tengan menos de cuatro semanas de nacidos se les empiezan a suministrar antibióticos antes de que lleguen los resultados del laboratorio, los cuales pueden tardar de 24-72 horas. Esta práctica ha salvado muchas vidas.

Es posible que a los bebés mayores no se les suministren antibióticos si todos los resultados del laboratorio están dentro de los límites normales. En lugar de esto, al niño se le puede hacer un seguimiento minucioso de manera ambulatoria.

Los RN que en realidad requieran tratamiento serán hospitalizados para realizarles el monitoreo.

Posibles complicaciones

- ✓ Invalidez
- ✓ Muerte

Prevención

Se pueden administrar antibióticos profilácticos a mujeres embarazadas que tengan corioamnionitis, estreptococos del grupo B o que antes hayan dado a luz a un bebé con sepsis debido a las bacterias.

El hecho de prevenir y tratar infecciones en las madres, brindando un ambiente limpio al nacer, y dar a luz al bebé dentro de las 24 horas siguientes a la ruptura de la bolsa de las aguas, cuando sea posible, puede ayudar a disminuir la probabilidad de que se presente sepsis neonatal.

17.5. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre término. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros.

Etiopatogenia

La etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

1. Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y anti proteasa.

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica.

2. Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvico vaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógica (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis [AMCT], cordocentesis, transfusiones intrauterinas).

3. Condiciones clínicas asociadas

La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son:

- ✓ Polihidroamnios
- ✓ Embarazo gemelar
- ✓ Malformaciones uterinas
- ✓ Tumores uterinos

17.6. MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Son alteraciones de la anatomía humana o del funcionamiento del organismo que pueden ser de **causa genética, ambiental, nutricional o tóxica**.

Estos factores actúan en el embrión durante su crecimiento en el vientre materno o incluso antes de la concepción del mismo. El término congénito quiere decir que la malformación se manifiesta desde el nacimiento, independientemente de si la lesión se produjo durante el desarrollo del embrión, el parto, o por un defecto genético.

Causas y factores

- ✓ **Trastornos genéticos y cromosómicos:** Estas malformaciones vienen determinadas por la información genética del bebé. Podría suceder que no haya ningún caso en la familia y se trate de una alteración espontánea, como ocurre con las mutaciones. O puede ocurrir que la alteración sea aportada por la información genética los padres; en este caso se trataría de una enfermedad hereditaria
- ✓ La edad de la madre en el momento de la concepción.
- ✓ El ambiente, como por ejemplo las radiaciones ionizantes, los rayos X.
- ✓ El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol. Si la madre bebe en exceso, el niño corre riesgo de sufrir el llamado síndrome alcohólico fetal, que consiste en anomalías en la cara, defectos del corazón, de las articulaciones y de los miembros, alteraciones intelectuales y problemas en el crecimiento del bebé.
- ✓ Algunos fármacos. Es importante que la embarazada tenga en cuenta que la mayoría de los medicamentos que consuma van a afectar también al bebé. Por eso, solo hay que tomar aquellos fármacos que el médico haya aprobado. En general, los medicamentos van a ser más peligrosos durante el primer trimestre del embarazo, ya que es cuando tiene lugar la mayor parte del desarrollo embrionario y el feto es más vulnerable.
- ✓ Ciertas enfermedades o infecciones maternas que pueden afectar al feto.

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa: La información fue recopilada a través de datos estadísticos de las madres y de los neonatos que han presentado complicaciones, además de las encuestas dirigidas a los informantes claves que proporcionó datos numéricos en relación a las incidencias de complicaciones maternas, fetales y neonatales que están analizados y representados en gráficos y tablas.

Cualitativa: A través de este tipo de investigación se logró obtener la recolección de información fundamental, mediante la encuesta a las usuarias y equipo de salud sobre patologías, número de controles prenatales y complicaciones presentadas en las madres, fetos y neonatos.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo:

Porque permitió describir hechos relacionados con la atención de la mujer durante la gestación así como en el proceso del parto y la atención del neonato de los que asistieron al Hospital Divina Providencia De San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas; como también detallar las condiciones ambientales y la aplicación de los protocolos de atención.

Analítico:

Porque se pudo interpretar los factores que influyen a desarrollar complicaciones antes, durante y después del parto en las usuarias que asistieron al Hospital Divina Providencia De San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas, producto del cruce de información entre los instrumentos aplicados.

TIPO DE DISEÑO

Prospectivo:

La investigación se ejecutó en el primer trimestre del año 2013, donde se trabajó con datos cualitativos y cuantitativos obtenidos de la encuesta a mujeres participantes en el estudio y de la observación directa aplicada al equipo de salud.

Retrospectivos:

Porque se revisaron y se tomaron datos de las historias clínicas de las usuarias que asistieron al hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas durante el primer trimestre del 2013.

AREA DE ESTUDIO

Este proceso investigativo se efectuó en el Hospital Divina Providencia Del Cantón San Lorenzo de la Ciudad de Esmeraldas en el área de quirófano, gineco-obstetricia y neonatología.

POBLACIÓN

1. Gestantes hospitalizada
2. Pacientes de post parto que fueron atendidas en el área de gineco-obstetricia.
3. Neonatos y embarazadas atendidas durante el primer trimestre del 2013.
4. El personal de salud que labore en el área de gineco-obstetricia y neonatología.

UNIVERSO

El universo está formado por gestantes y neonatos que reciben atención en el servicio gineco-obstetricia y neonatología, personal de salud que labora en el área.

MUESTRA

- ✓ Equipo de salud 9.
- ✓ Usuaris (n°=40)
- ✓ Neonatos 17

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICAS

Observación:

Dirigida al personal de salud del área de gineco-obstetricia y neonatología, durante la atención que le brindaban a las madres y neonatos.

Se elaboró una guía de observación y se aplicó en el mes de Abril 2 veces por semanas en los turnos rotativos de 8 horas, la que constó de 8 ítems, las mismas que fueron medidas mediante una escala valorada de la siguiente manera: sí o no cumplen con las aplicaciones de normas y procedimientos durante el manejo materno neonatal, en la que se pudo observar destrezas y habilidades del personal de salud, así como también se evaluó las medidas de asepsia y antisepsia para la atención materna – neonatal, la condición de los espacios físicos, equipos, materiales y disponibilidad de recursos humanos con el que cuenta el Hospital Divina Providencia Del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas para enfrentar la demanda de partos que a diario se atienden en esta unidad de salud, en relación a los estándares de atención.

Encuesta:

Aplicadas a madres gestantes y madres lactantes que se encontraban hospitalizadas en el área de maternidad, los días lunes, miércoles y viernes, en los turnos de mañana, tardes y noches, destinando un tiempo de 20 a 25 minutos con la finalidad de recopilar datos que contribuyan en el proceso investigativo que se llevó a cabo para identificar las causas que influyen en las complicaciones maternas, fetal y neonatal en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

INSTRUMENTOS

- Guía de Observación.
- Cuestionario de Encuesta

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideraron al personal de salud, madres lactantes y gestantes con y sin complicaciones, que se encontraban en el área de gineco-obstetricia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron al personal de salud que no laboraban durante la aplicación de observación, madres gestantes y lactantes que no quisieron colaborar con las encuestas.

PLAN DE ANALISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Todos los datos que se recopilaban durante este proceso investigativo fueron tabulados y representados en tablas y gráficos en el programa de Excel, realizando los respectivos análisis según el resultado de las encuestas y lo observado al equipo de salud mientras realizaban sus actividades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Primaria

Mujeres embarazadas, historias clínica, personal de salud.

Esta información fue recolectada a través de documentos oficiales de la institución además de encuestas, observación, usuarios que se atendieron en el área gineco-obstetricia y el personal de neonatología del Hospital Divina Providencia Del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas durante el primer trimestre del 2013.

Secundaria

- Bibliográfico
- Web grafías.

VARIABLES

Dependientes

- Complicaciones materna
- Complicaciones fetales
- Complicaciones neonatal

Independiente

- ✓ Causas de complicaciones maternas
 - ❖ Edad de la madre
 - ❖ Escolaridad
 - ❖ Tipos de parto que presentó
 - ❖ Control pre y postnatal
 - ❖ Accesibilidad
 - ❖ Ocupación
 - ❖ Antecedentes patológicos y no patológicos
 - ❖ Hábitos
- ✓ Causas de complicaciones fetales
 - ❖ Alteración embrionario
- ✓ Causas de complicaciones neonatales
 - ❖ Desnutrición
 - ❖ Prematuridad
 - ❖ Control pre y post natal
- ✓ Causas de complicaciones asociadas a alteraciones Institucionales

Equipo de salud

- ❖ Tiene habilidades y destreza para la aplicación de procedimiento de acuerdo al protocolo maternal, fetal y neonatal.
- ❖ Disponibilidad de recursos como: medicamentos, insumos
- ❖ Realizan los controles de signos vitales
- ❖ Realizan monitoreo fetal
- ❖ Realizan control de sangrado (loquios)
- ❖ Control de altura uterina

Infraestructura:

- ❖ Espacio físico
- ❖ Ventilación
- ❖ Higiene
- ❖ Iluminación

PROCEDIMIENTO

Para realizar la presente investigación y poder aplicar las encuestas y guías de observación el primer paso fue: entregar el oficio que la Universidad Católica mandó al Director del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas, para obtener su aprobación.

La aprobación fue un éxito, porque el director dio la acogida y la bienvenida para realizar el proceso investigativo, iniciando la recolección de datos en el área de Gineco-obstetricia logrando identificar las complicaciones maternas, fetales y neonatales.

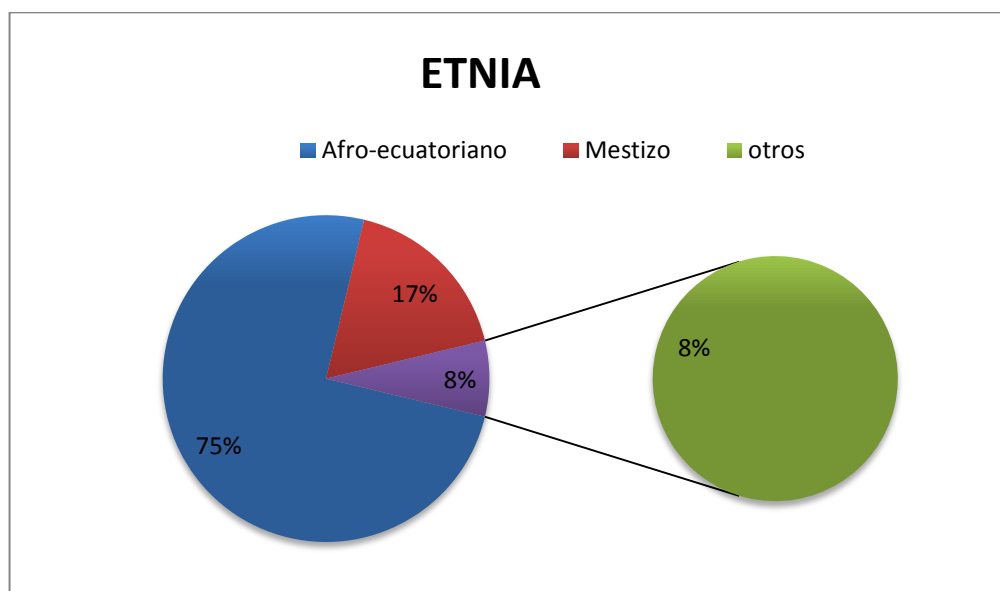
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
DATOS

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ETNIA DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 1

Etnia	#	Porcentajes
Afro-ecuatoriano	30	75%
Mestizo	7	17%
Otros	3	8%
Total	40	100%

GRÁFICO # 1



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

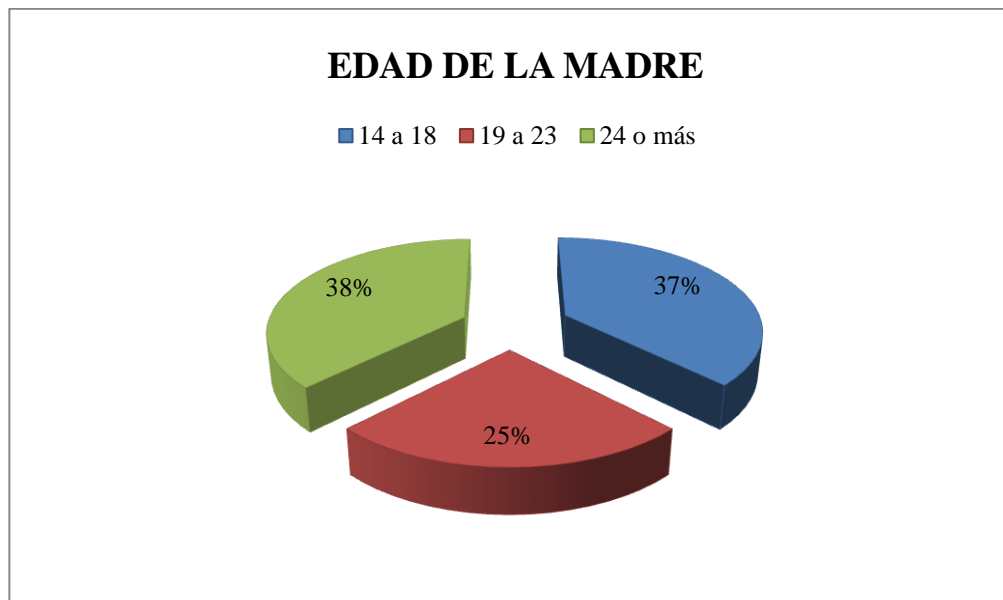
Los datos estadísticos demuestran que la etnia de mayor prevalencia en las usuarias que asisten al Hospital Divina Providencia del área de gineco-obstetricia pertenece a este grupo humano afro-ecuatoriano en un (75%), este gran porcentaje se debe a que la mayoría de la población que habitan en el Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas pertenece a este grupo étnico; seguida por el grupo mestizo en un (17%); siendo la de menor OTROS conformados por la etnias chachi, que representan el (8%) de la población encuestada.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMETRE DEL 2013.

TABLA # 2

Edad de la madre	#	Porcentajes
14 a 18	15	37%
19 a 23	10	25%
24 o más	15	38%
Total	40	100%

GRÁFICO # 2



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo

Análisis:

De acuerdo a los datos estadísticos proporcionados por las encuestas se puede observar que las usuarias atendidas en el área de gineco-obstetricia con mayor porcentaje corresponde al grupo etario entre 24 o más años representando el (38%) reflejando que hay madres en edades de riesgos mayores de 35 años siendo unas de las causas de complicaciones genéticas (anomalías cromosómicas), pérdida del embarazo, problemas de salud como diabetes, presión arterial alta, preeclampsia o problemas al momento del

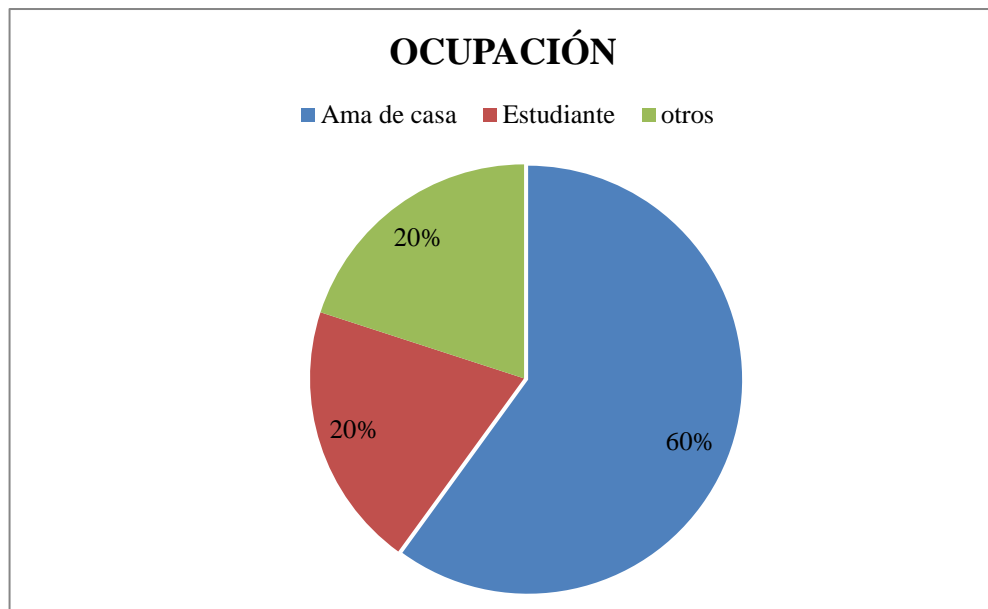
parto como por ejemplo sufrimiento fetal o mortinatos, seguida las pacientes de 14 a 18 años con un (37%) de madres adolescentes multíparas y primigestas, hablamos de otro riesgo de complicaciones asociadas con un mayor índice de morbilidad y mortalidad para la madre o bebé, un embarazo a temprana edad tiene un mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como: placenta previa, preeclampsia (hipertensión alta durante el embarazo), parto prematuros y anemias, entre los problemas que pueden afectar al RN son: bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, prematuridad (con todas las complicaciones asociadas) y principalmente debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos; mientras que hay menor proporción en las edades de 19 a 23 años con un (25%).

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 3

Ocupación	#	Porcentaje
Ama de casa	24	60%
Estudiante	8	20%
Otros	8	20%
Total	40	100%

GRÁFICO # 3



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

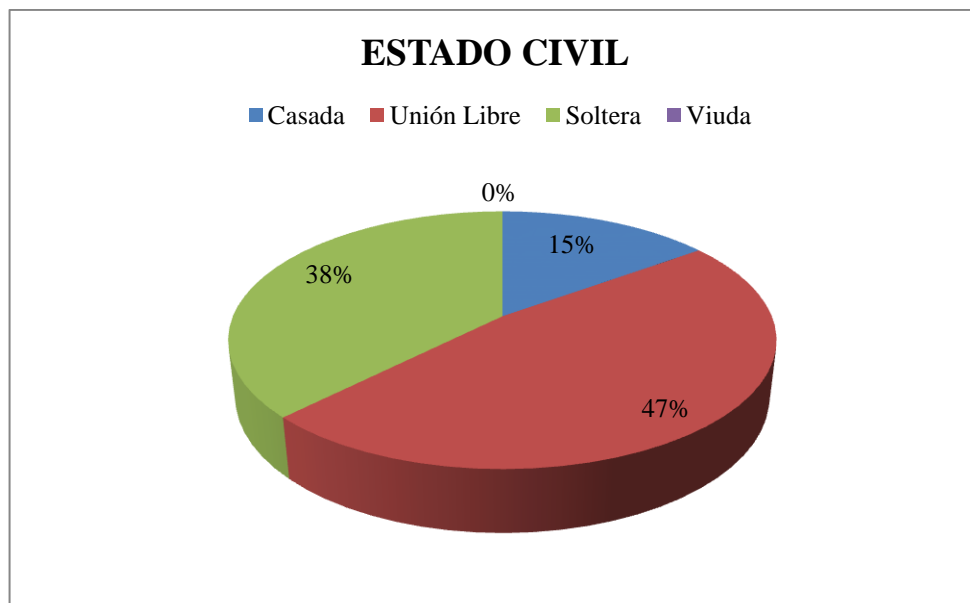
El presente gráfico nos demuestra que el (60%) de las usuarias son ama de casa, con bajos recursos económicos, mientras que en coincidencia tenemos un (20%) que son estudiantes y realizan OTROS tipos de trabajos como: docentes, comerciantes, cabe recalcar que esto puede estar generando una disminución de ingreso en el hogar.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 4

Estado Civil	#	Porcentaje
Casada	6	15%
Unión Libre	19	47%
Soltera	15	38%
Viuda	0	0%
Total	40	100%

GRÁFICO # 4



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

Con respecto al estado civil de las usuarias encuestadas se observa un claro dominio de la unión libre que representa un (47%) es importante saber si la gestante cuenta con su pareja porque el estado de ánimo en el embarazo cambia, las emociones o sentimientos intensos y profundos con una larga duración, afectan al bebé y su desarrollo, una mamá feliz, sin estrés y con una vida estable, tendrá un bebé más sano y tranquilo que una mujer que durante su embarazo sufrió depresión o estrés, o no sintió amor e ilusión por

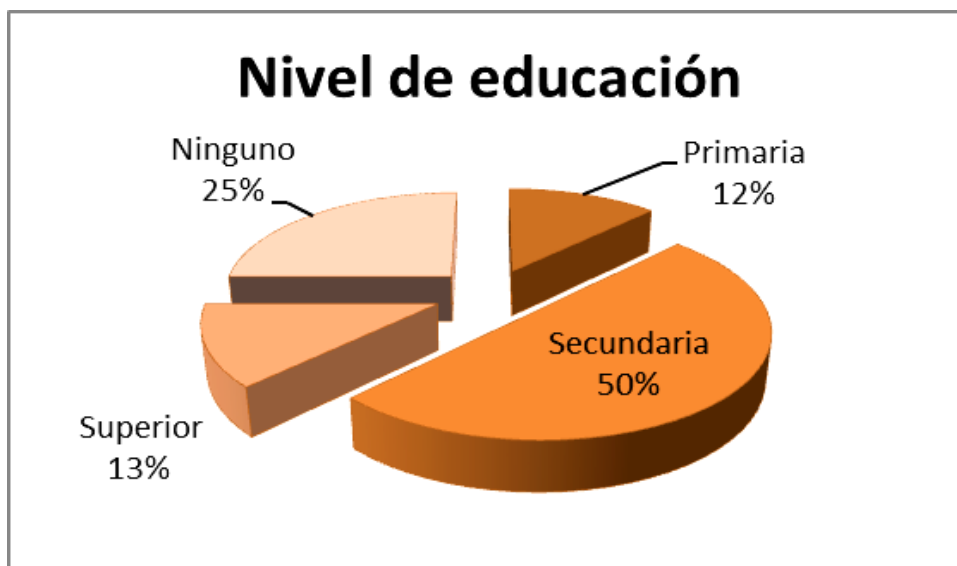
su nueva situación; seguida por solteras con un (38%) en unas que otra gestantes presentaron aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por falta de tiempo para divertirse, tener que actuar como adultas si son madres adolescentes cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente y en un menor porcentaje en mujeres casada con un (15%).

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 5

Nivel de educación	#	Porcentaje
Primaria	5	12%
Secundaria	20	50%
Superior	5	13%
Ninguno	10	25%
Total	40	100%

GRÁFICO # 5



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

El (50%) corresponde a usuarias con instrucción secundaria representando el mayor porcentaje, seguida por el nivel de analfabetismo (25%) que es un valor significativo, algunas de estas madres no tienen un conocimiento sobre la importancia del embarazo y las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el proceso gestacional.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 6

Asistieron a los controles prenatales	#	Porcentajes
Si	13	32%
No	20	50%
A veces	7	18%
Total	40	100%

GRÁFICO # 6



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

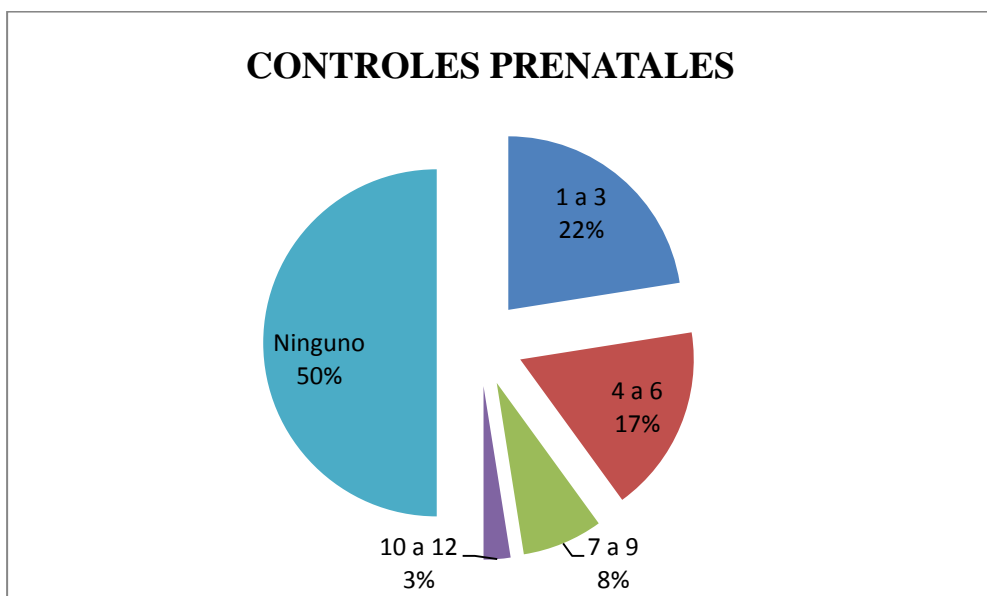
Análisis: La mayoría de mujeres encuestadas NO se realizaron ningún control (50%) no siendo esto lo ideal porque toda gestante debe buscar atención oportuna lo que es fundamental para reducir las complicaciones y evitar la mortalidad materna y perinatal; mientras que el (32%) manifestó que SI asistieron a los controles prenatales ayudando a prevenir en algunas madres algún tipo de inconvenientes; el (18%) acudían a veces y por los bajos ingresos económicos para llegar a la casa de salud, por celos de sus esposos, por no tener con quien dejar a los otros niños y una inadecuada información sobre la importancia de estos para llevar un embarazo saludable no asistieron a todos sus controles.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 7

Controles prenatales	#	Porcentajes
1 a 3	9	22%
4 a 6	7	17%
7 a 9	3	8%
10 a 12	1	3%
Ninguno	20	50%
Total	40	100%

GRÁFICO # 7



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

Según el número de controles realizado por las gestante sujetas a estudio predominó las madres que no asistieron a ninguna revisión médica con el (50%), que no es lo ideal; a pesar de existir unidades de salud de primer nivel en muchas comunidades después del Cantón San Lorenzo, la falta de controles prenatales es muy significativo demostrando una carencia grave en la atención obstétrica, en el interés de la gestante, esposo y familia, que impide preparar a la mujer para un parto adecuado, como también favorecer

el crecimiento y desarrollo del feto para obtener un buen producto libre de complicaciones, seguido de 1 a 3 controles prenatales que representa el (22%) y los de menor porcentaje tenemos de 10 a 12 controles que refleja el (3%).

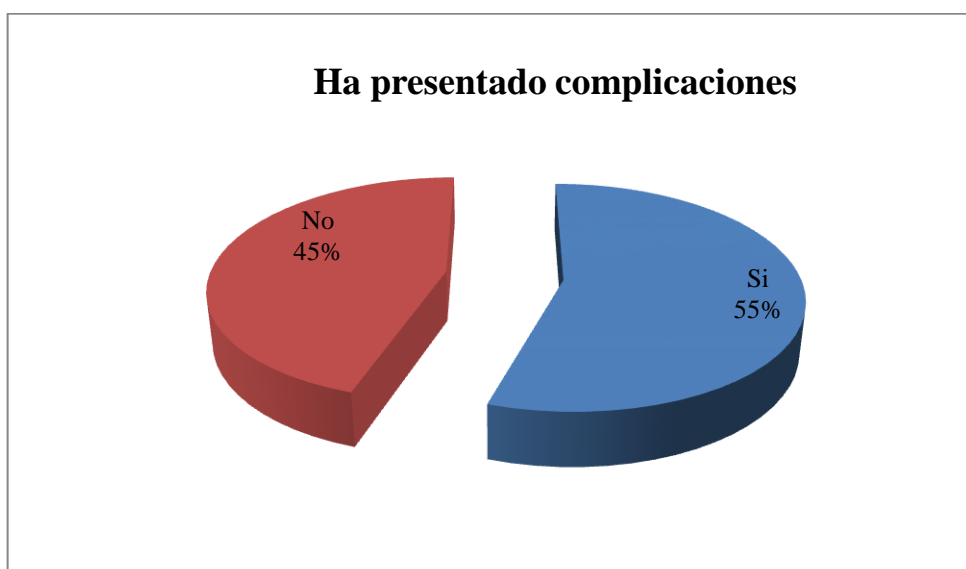
Podemos observar que no existen controles prenatales adecuados en las usuarias, la cual puede estar relacionada con el bajo nivel escolaridad y conocimientos acerca de la importancia de los controles prenatales, tomando en cuenta también la calidad de atención que se le brinda al usuario.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN COMPLICACIONES QUE PRESENTÓ DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 8

Ha presentado complicaciones	#	Porcentajes
Si	22	55%
No	18	45%
Total	40	100%

GRÁFICO # 8



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

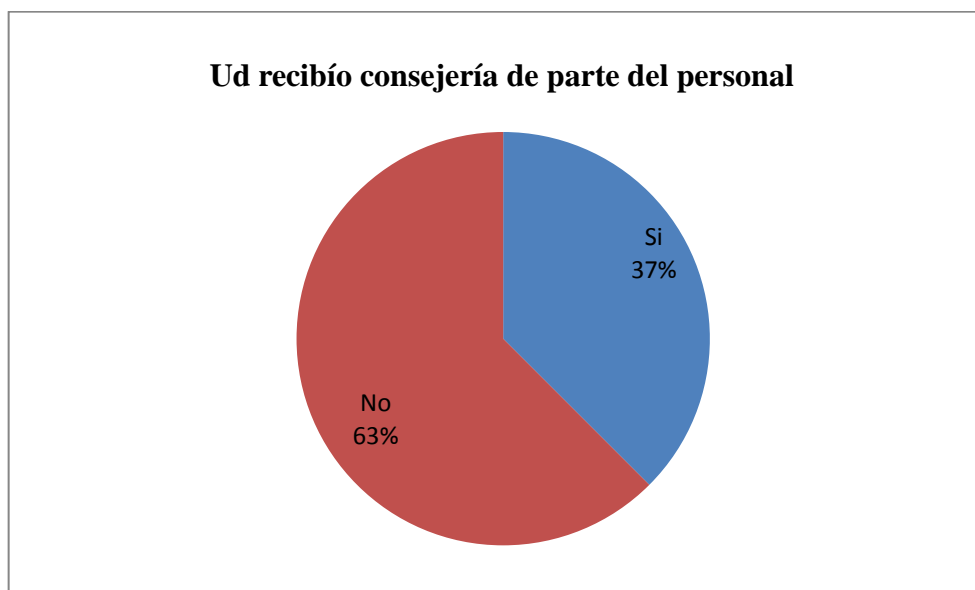
El 55% de las madres encuestadas manifestaron haber presentado complicación durante el embarazo como: anemia, ruptura prematura de membrana, caídas, infecciones de vías urinarias lo que está asociado a madres adolescentes o mayores a 35 años, falta de controles prenatales y a uno de los factores como los malos hábitos durante su gestación, que se han presentado en madres que no acudieron a ningún control prenatal, mientras que el (45%) refleja que no tuvo ningún tipo de complicación durante su embarazo porque una de las principales pautas fue cuidar su salud y evitar hábitos perjudiciales para prevenir posibles complicaciones.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CONSEJERÍA RECIBIDA DE PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LOS CONTROLES Y EN EL MOMENTO DEL PARTO A LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 9

Consejería	#	Porcentajes
Si	15	37%
No	25	63%
Total	40	100%

GRÁFICO # 9



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

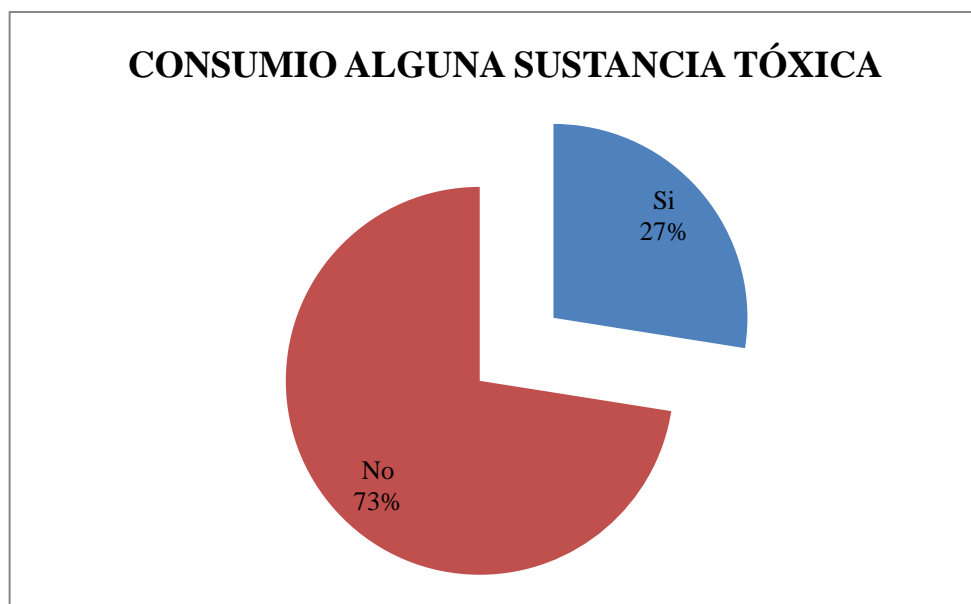
El (63%) de las madres refieren NO haber recibido consejería antes ni después del parto, sobre la importancia de los controles prenatales, beneficio de la lactancia materna ni el cuidado del RN, mientras que el (37%) manifestó que SI recibió consejería sobre el cuidado que debe tener tanto la madre como el RN.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CONSUMO DE ALGUNA SUSTANCIA TÓXICA COMO DROGAS O ALCOHOL DE MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 10

Consume alguna sustancia tóxica	#	Porcentajes
Si	11	27%
No	29	73%
Total	40	100%

GRAFICO # 10



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

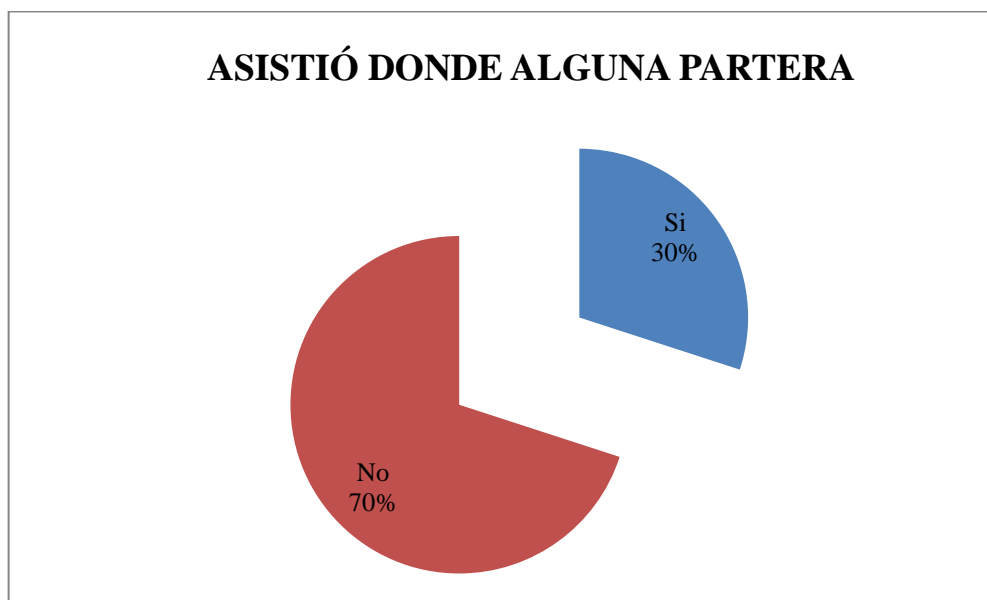
Con respecto al consumo de sustancias tóxica se pudo evidenciar mediante las encuestas aplicadas a las usuarias que se encontraban en el área de gineco-obstetricia que el (73%) NO, mientras que el (27%) si consumía sustancia tóxica como alcohol, cigarrillo (tabaco) y cigarro lo que pudo haber causado graves daño al feto en el desarrollo y crecimiento y en la salud de madre.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PARTICIPACIÓN DE PARTERA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 11

Fue donde alguna partera	#	Porcentajes
Si	12	30%
No	28	70%
Total	40	100%

GRÁFICO # 11



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

En la actualidad siendo la atención en las casas de salud gratuita aún hay mujeres embarazadas que por sus tradiciones no acuden a los subcentros de salud, si no donde las parteras porque confían más en ellas, la atención es más rápida, con ellas no reciben maltratos, no sienten vergüenza, cabe recalcar que se relaciona por las creencias ancestrales, este hecho es una voz de alerta, pues indica la falta de calidez en la atención también es otro factor desencadenante del problema.

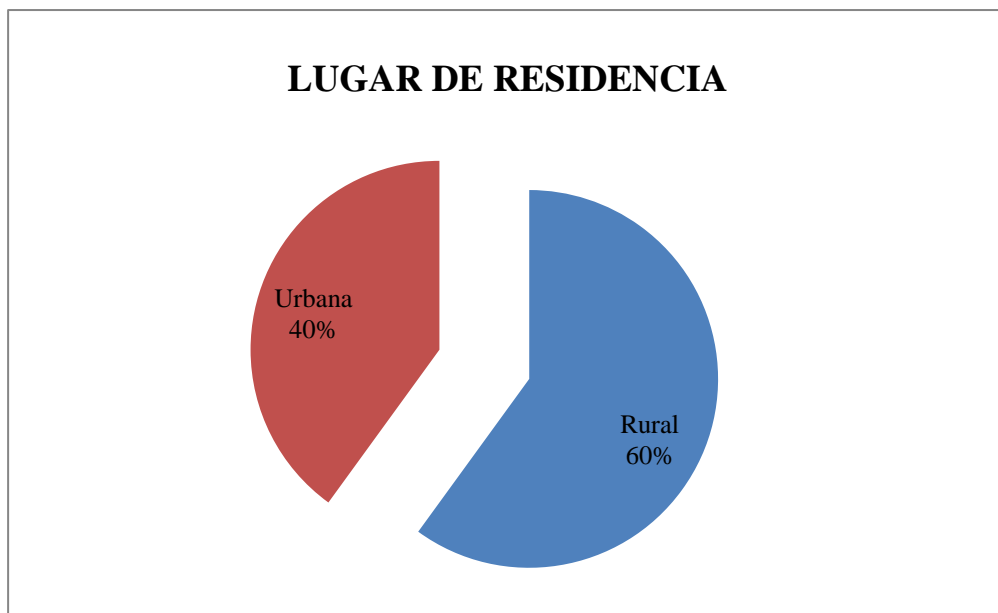
El riesgo que pueden presentar una madre gestante, es el que presente una complicación durante el proceso de parto y comprometan la vida de ella o la de su bebé, porque las parteras no tienen la capacidad de realizar cesáreas ni responder a una emergencia médica. Si se presentan complicaciones, debes ser trasladada a una casa de salud.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA (RURAL O URBANA) DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 12

Lugar de residencia	#	Porcentajes
Rural	24	60%
Urbana	16	40%
Total	40	100%

GRÁFICO # 12



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

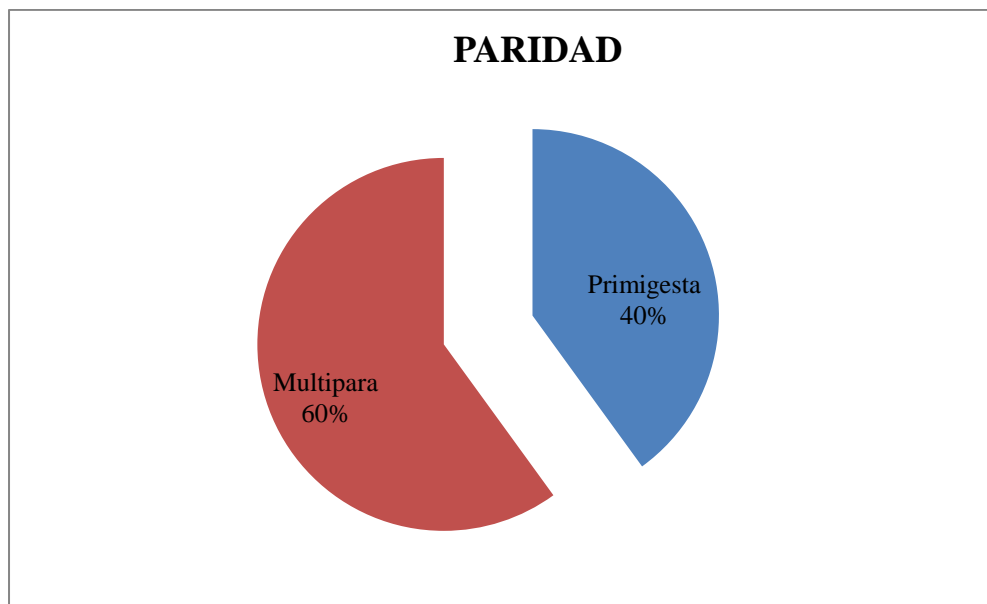
De acuerdo a los datos recopilados se logra comprobar que un (60%) de las usuarias actualmente viven en zona rural, tornándose difícil llegar al hospital porque les toca trasladarse en lancha o a caballos; mientras que el (40%) habitan en las zonas urbanas del hospital, sin embargo el Ministerio de Salud cuenta con unidades de primer nivel que facilitarían el acceso a la atención, pero a pesar de esto no se da de manera integral.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PARIDAD (PRIMIGESTA O MULTÍPARA) LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 13

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	16	40%
Múltipara	24	60%
Total	40	100%

GRAFICO # 13



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

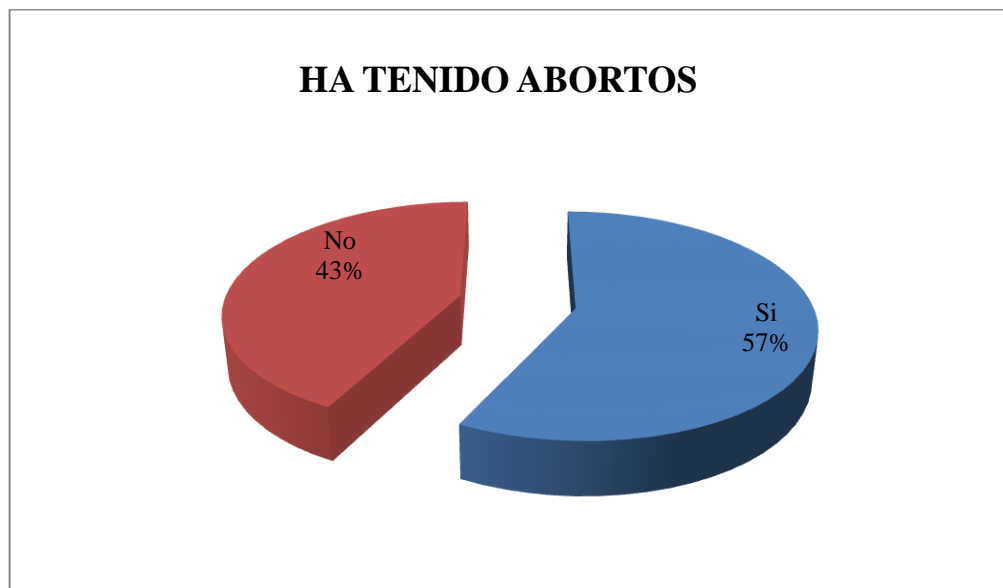
Podemos observar que el (60%) corresponde a mujeres múltiparas, pero es importante recalcar que de acuerdo a la paridad, ya sean primigestas o múltiparas son factores que inducen a presentar riesgos de complicaciones fetales, neonatales y maternas causadas por enfermedades como: diabetes, preeclampsia, IVU entre otras, pudiendo ser madres adolescentes o de edad avanzada.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SI HAN PRESENTADO ABORTOS LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 14

Abortos	#	Porcentajes
Si	23	57%
No	17	43%
Total	40	100%

GRAFICO # 14



FUENTE: Encuestas dirigidas a madres gestantes y madres lactantes.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

El aborto es una interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Esta gráfica nos revela que las usuarias atendidas en el Hospital Divina Providencia en un (57%) SI han tenido abortos provocados y otros perdidos por otras causas como: caídas y pérdidas naturales.

RELACIÓN DE VARIABLE SEGÚN ESCOLARIDAD, NÚMEROS DE CONTROLES Y EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

ESCOLARIDAD	N° gestantes	NÚMEROS DE CONTROLES					EDAD		
		Ninguno	1-3	4-6	7-9	10-12	14-18	19-23	24 y +
ANALFABETA	10	7	3	0	0	0	4	2	4
PRIMARIA COMPLETA	3	2	1	0	0	0	1	1	1
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2	0	0	0	0	2	0	0
SECUNDARIA INCOMPLETA	20	9	4	6	1	0	8	7	5
SUPERIOR	5	0	1	1	2	1	0	0	5
TOTAL	40	20	9	7	3	1	15	10	15

Análisis:

Al relacionar la escolaridad con número de controles se logra evidenciar que a menor grado de escolaridad hay menos números de atenciones prenatales.

RELACIÓN DE VARIABLE SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Y NÚMEROS DE CONTROLES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

LUGAR DE RESIDENCIA		NUMEROS DE CONTROLES				
		NINGUNO	1-3	4-6	7-9	10-12
URBANA	16	7	2	3	3	1
RURAL	24	13	7	4	0	0
TOTAL	40	20	9	7	3	1

Análisis:

Con respecto al lugar de residencia las madres que no tuvieron ningún control son madres tanto del área rural como urbana.

RELACIÓN DE VARIABLE SEGÚN COMPLICACIÓN Y PARIDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

COMPLICACIÓN		PARIDAD	
		PRIMIGESTA	MULTÍPARA
SI	22	7	15
NO	18	9	9
TOTAL	40	16	24

Análisis:

En relación a las complicaciones maternas en esta investigación se han presentados más en madres multíparas que en primigestas.

RELACIÓN DE VARIABLE SEGÚN COMPLICACIONES Y NÚMEROS DE CONTROLES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

COMPLICACIONES		NÚMEROS DE CONTROLES				
		NINGUNO	1-3	4-6	7-9	10-12
SI	22	7	5	6	3	1
NO	18	13	4	1	0	0
TOTAL	40	20	9	7	3	1

Análisis:

De acuerdo a las complicaciones presentadas, estas se manifestaron en madres que no asistieron a ningún tipo de controles, según los resultados de la investigación.

RELACIÓN DE VARIABLE SEGÚN PARIDAD Y NÚMEROS DE CONTROLES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

PARIDAD		NÚMEROS DE CONTROLES				
		NINGUNO	1-3	4-6	7-9	10-12
MULTIPARA	16	7	2	3	3	1
PRIMIGESTA	24	13	7	4	0	0
TOTAL	40	20	9	7	3	1

Análisis:

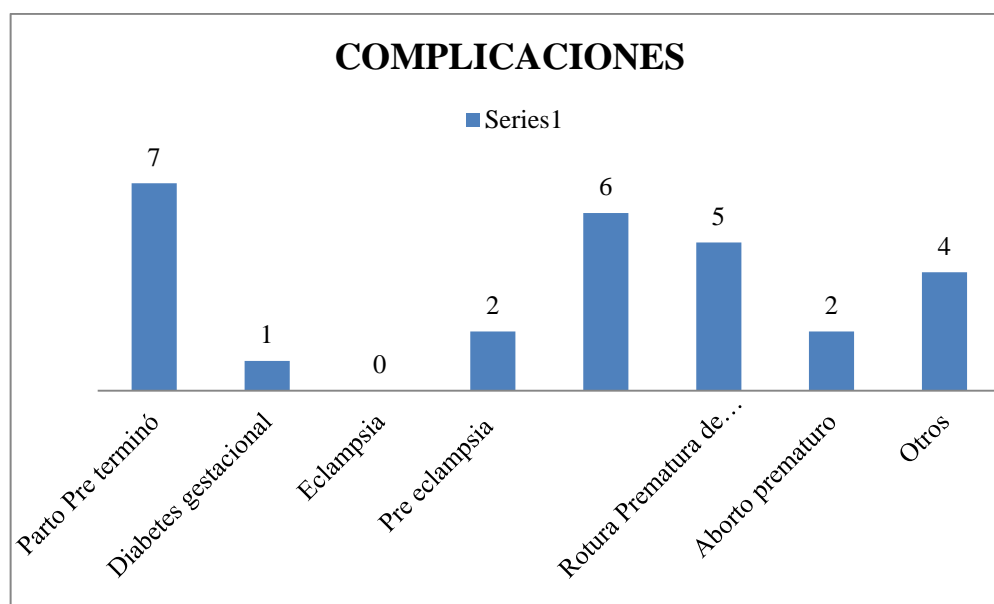
Conforme a la paridad tanto las gestantes primigestas como las multíparas no han dado importancia a los controles prenatales lo que determina una carencia de hábitos sanitarios adecuados.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 15

Complicaciones	#	Porcentajes
Parto Pre término	7	26%
Diabetes gestacional	1	4%
Eclampsia	0	0%
Pre eclampsia	2	7%
Infecciones Vías Urinarias	6	22%
Ruptura Prematura de membranas	5	19%
Aborto prematuro	2	7%
Otros	4	15%
TOTAL	27	100%

GRÁFICO # 15



FUENTE: Revisión de historias clínica madres gestantes y madres post parto.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

Las complicaciones maternas están relacionadas a la edad cronológica de la madre ya sean menores o mayores de edad, estado de salud y especialmente la falta de controles

prenatales, escolaridad y falta de información así como hábitos inadecuados de alimentación.

De acuerdo a la gravedad de los casos las gestantes son transferidas a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza, con el fin de evitar mayores riesgos para el bebé y la madre; por lo que el hospital Divina Providencia no cuenta con especialistas para tratar estos casos.

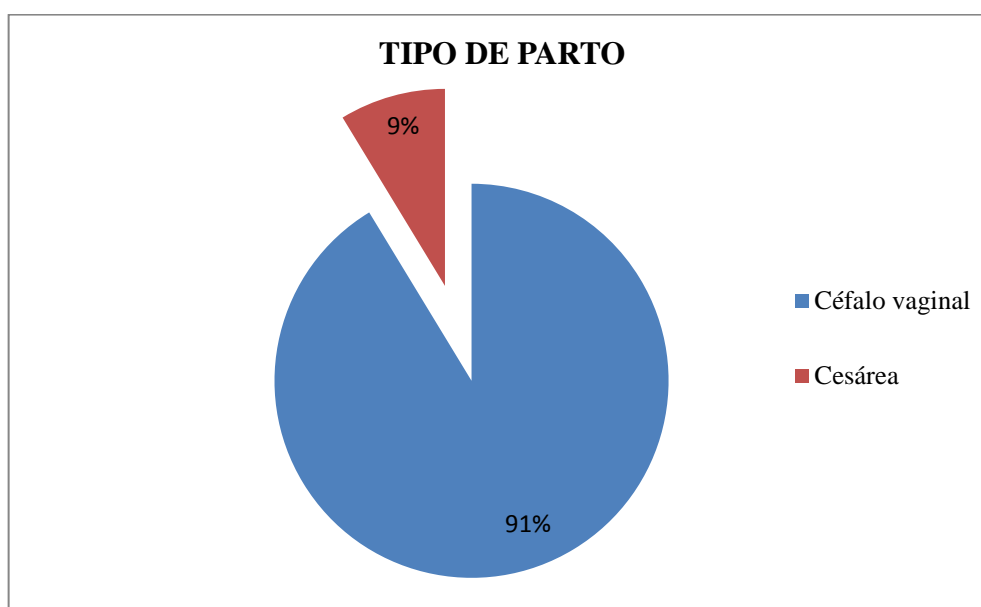
De las 40 madres que acudieron y fueron atendidas en el Hospital Divina Providencia, 22 gestantes presentaron de una a dos complicaciones, siendo ingresadas unas en el área de hospitalización y otras transferidas a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza de la Ciudad de Esmeraldas, según la gravedad de las complicaciones.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE PARTO DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 16

Tipo de parto	#	Porcentajes
Céfalo vaginal	21	91%
Cesárea	2	9%
Total	23	100%

GRÁFICO # 16



FUENTE: Revisión de historias clínica madres gestantes y madres post parto.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

Con respecto a la vía de terminación del embarazo hay un predominio en usuaria con un parto céfalo vaginal el cual representa (91%), donde hubieron nacimiento de RN con prematuridad, retardo de crecimiento, bajo peso al nacer, los cuales fueron transferidos a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza, mientras que el (9%) fueron sujetas a realizarles cesárea, debido a algún tipo de complicación que se generó durante el parto o por cesáreas anteriores.

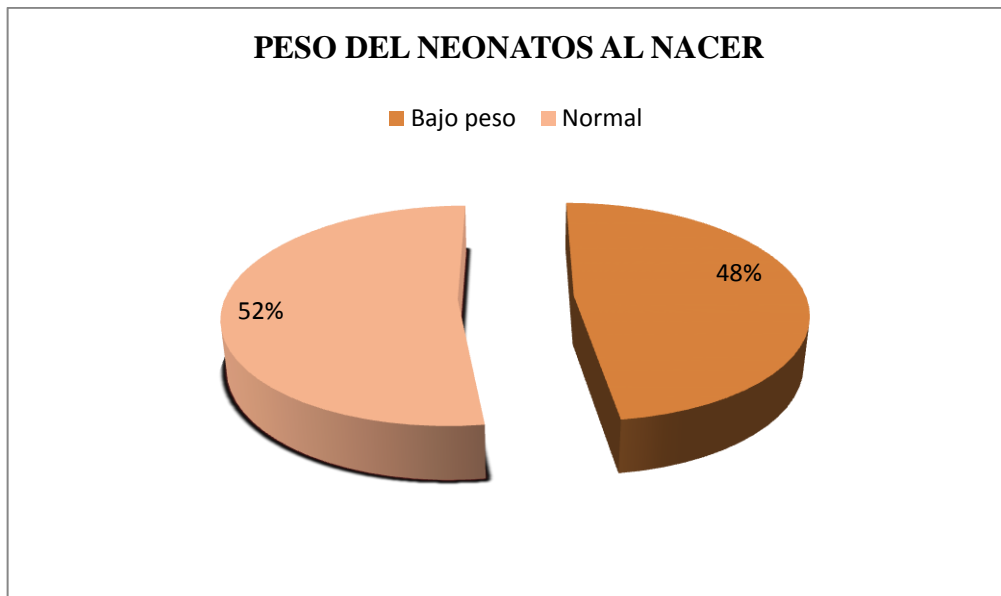
Vale mencionar que no se habla de la totalidad de la muestra (40) porque las otras gestantes aún no habían tenido su parto.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NEONATO CON BAJO PESO AL NACER DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 17

Neonatos con peso al nacer	#	Porcentajes
Bajo peso	11	48%
Normal	12	52%
Total	23	100%

GRAFICO # 17



FUENTE: Revisión de historias clínica madres gestantes y madres post parto.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

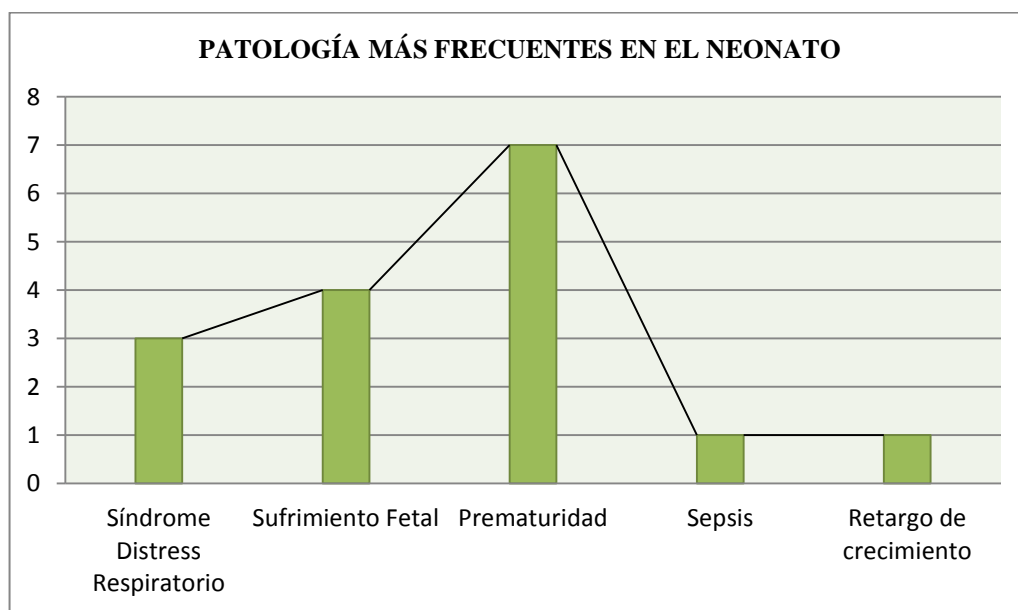
En lo referente al peso de los neonatos se puede evidenciar que a pesar de que existe un leve predominio de neonatos con peso normal se debe resaltar un muy significativo porcentaje de niños con bajo peso al nacer lo que se relaciona con el estado de salud y edad cronológica de la madre, consumo de sustancias toxicas, falta de control prenatal, hábitos alimenticios inadecuados.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN COMPLICACIONES EN NEONATOS DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 18

Complicaciones neonatales	#	Porcentajes
Síndrome Distress Respiratorio	3	19%
Sufrimiento Fetal	4	25%
Prematuridad	7	44%
Sepsis	1	6%
Retardo de crecimiento	1	6%
TOTAL	16	100%

GRAFICO # 18



FUENTE: Revisión de historias clínica madres gestantes y madres post parto.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

De los 23 neonatos nacidos 11 presentaron complicaciones reflejadas mediante este gráfico; se evidencia que el (44%) son complicaciones causada por prematuridad, las cuales se presentaron a causas asociadas a la edad cronológica y el estado de salud de la madre como: pre-eclampsia, abortos anteriores; el (25%) refleja sufrimiento fetal

asociada con disminución del crecimiento, con menor peso para su edad gestacional; seguido de un (19%) de distress respiratorio, mientras que el (6%) coincide igualmente a retardo de crecimiento por ser madres a temprana edad, inadecuada alimentación, falta de controles prenatales y sepsis neonatal.

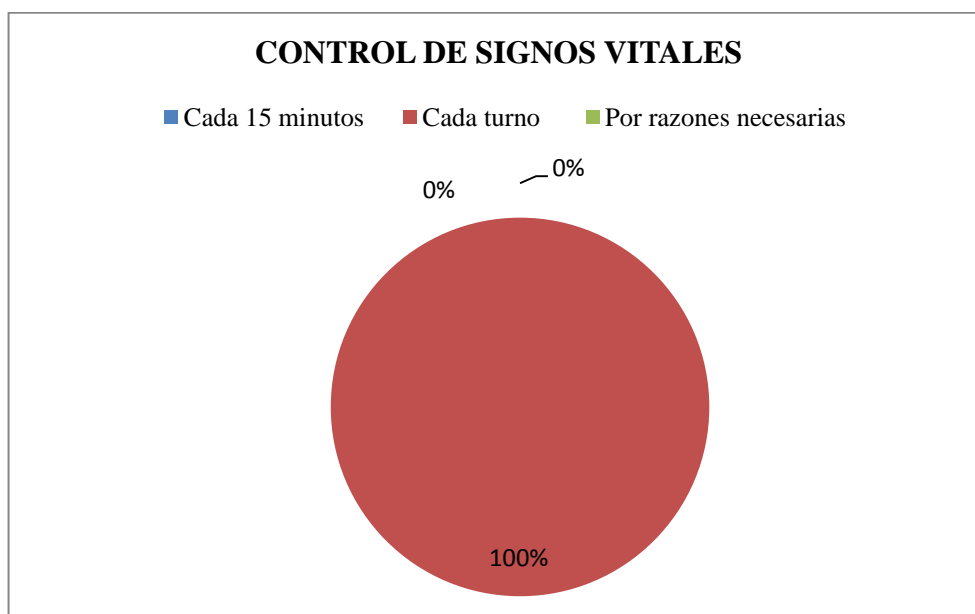
Cabe mencionar que la mayoría de las complicaciones neonatales se encuentran relacionadas con el estado de salud de la madre y la falta de controles prenatales.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CONTROL DE SIGNOS VITALES DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

GRÁFICO # 19

CONTROL DE SIGNOS VITALES		
Ítems	N° De Profesional	Porcentajes
Cada 15 minutos	0	0%
Cada turno	9	100%
Por razones necesarias	0	0%
Total	9	100%

TABLA # 19



FUENTE: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

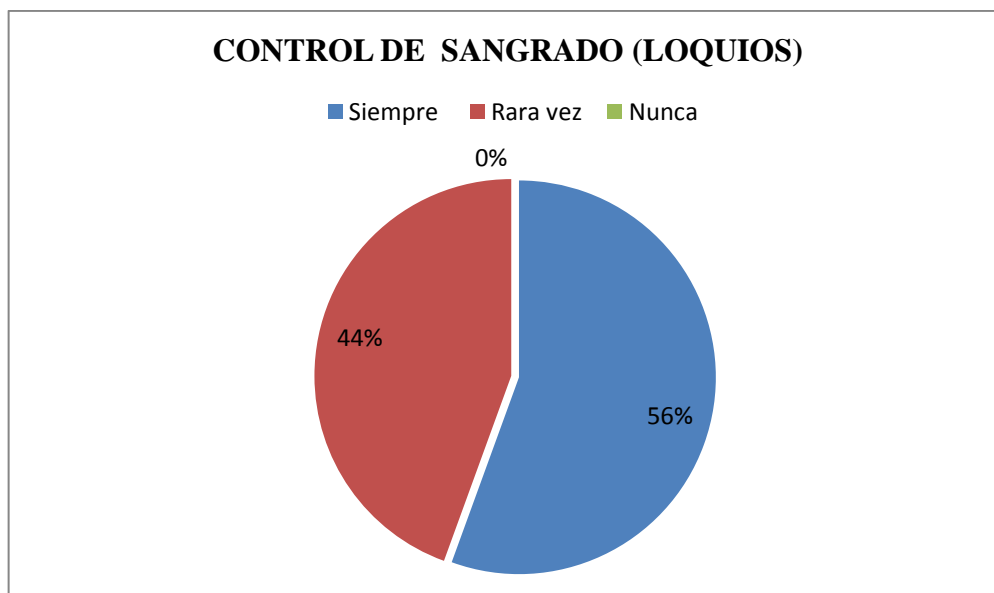
Mediante la guía de observación aplicada al personal de enfermería se obtuvo como resultados que el 100% del personal de enfermería realiza el control de los signos vitales cada turno, por lo que podemos evidenciar que no se cumple a cabalidad con la actividad establecida dentro de los protocolos de atención según ministerio de salud pública, las complicaciones gestacional requieren de mayor control por lo menos una vez cada hora para así valorar la frecuencia cardiaca materna y fetal para identificar si presenta alteraciones o sufrimiento fetal.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CONTROL DE SANGRADO (LOQUIOS) DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL PARTO DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER PERIODO DEL 2013.

TABLA # 20

CONTROL DE SANGRADO (LOQUIOS)		
Ítems	N° De Profesional	Porcentajes
Siempre	5	56%
Rara vez	4	44%
Nunca	0	0%
Total	9	100%

GRÁFICO # 20



FUENTE: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis

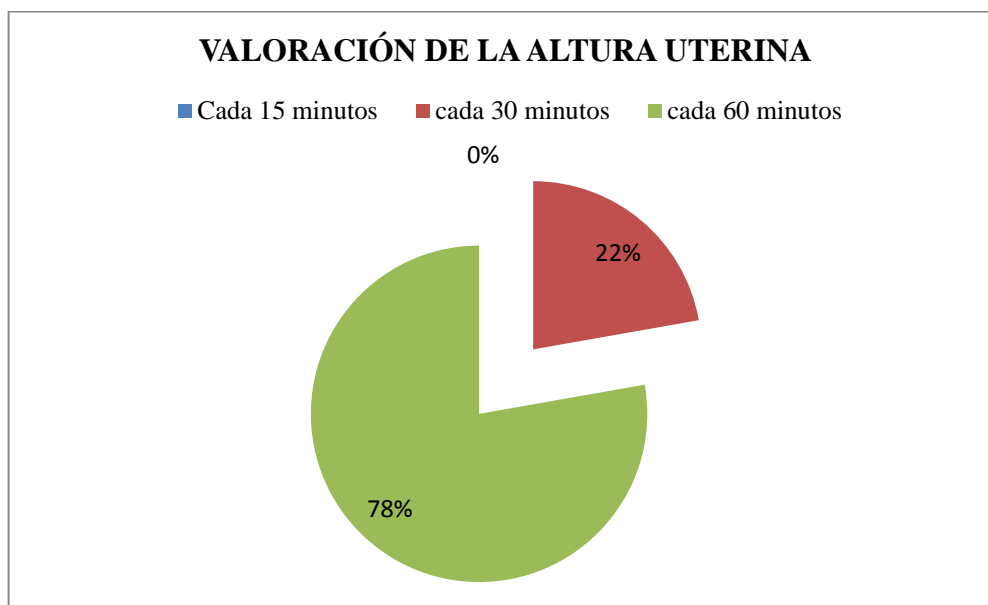
Es importante la observación y valoración de los loquios, su cantidad, duración, color y olor para así identificar algún proceso infeccioso, hemorragias teniendo en cuenta que tras el alumbramiento existe una gran pérdida hemática; Se obtuvo como resultados un 56%, siempre realizan la valoración de la misma, tomando en cuenta características de cantidad, color y olor, mientras que el (44%) de profesionales lo realizan rara vez justificándolo a factores propios del servicio entre ellos está la excesiva demanda de pacientes en diferentes áreas de la institución, porque el mismo personal que labora en el área de gineco-obstetricia, labora en emergencia, pediatría y hospitalización.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN VALORACIÓN DE LA ALTURA UTERINA DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL PARTO DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 21

VALORACIÓN DE LA ALTURA UTERINA		
Ítems	N° De Profesional	Porcentaje
Cada 15 minutos	0	0%
cada 30 minutos	2	22%
cada 60 minutos	7	78%
Total	9	100%

GRÁFICO # 21



FUENTE: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo evidenciar que existe un 22% de profesionales de enfermería que realizan la valoración de la altura uterina cada 30 minutos siendo esta actividad correcta durante los primeros 45 minutos, el restante del personal que viene hacer el (78%) lo realizan cada 60 minutos, actividad que el personal no cumple a cabalidad debido a que no cuenta con suficiente tiempo para realizar la misma.

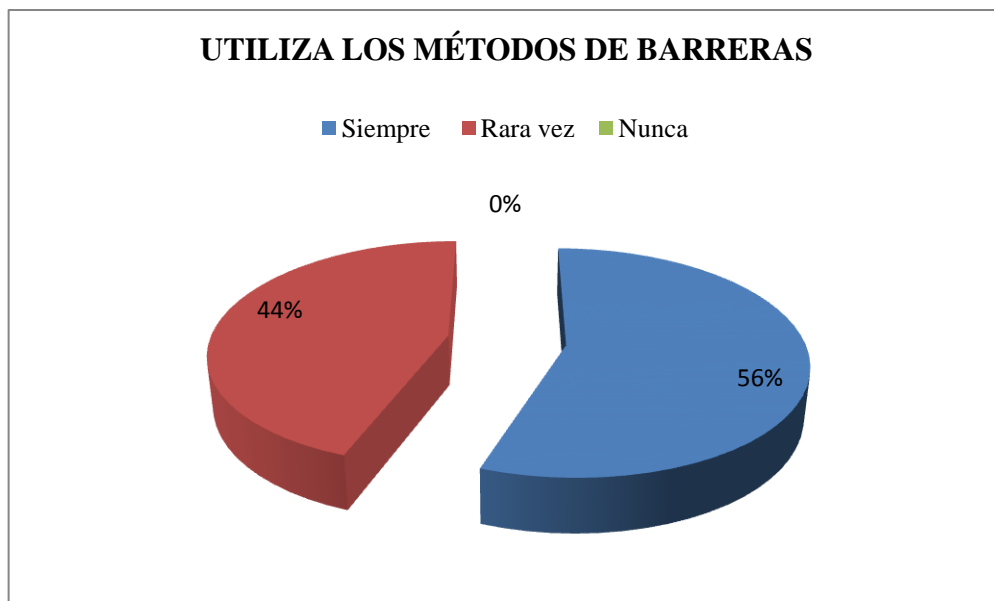
Al realizar esta valoración de manera correcta se podría detectar una hipotonía.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN UTILIZACIÓN DE LOS MÉTODOS DE BARRERAS POR EL PERSONAL QUE ASISTE EL PARTO DE LAS MADRES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 22

UTILIZA LOS MÉTODOS DE BARRERAS		
Ítems	N° De Profesional	Porcentaje
Siempre	5	56%
Rara vez	4	44%
Nunca	0	0%
Total	9	100%

GRÁFICO # 22



FUENTE: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

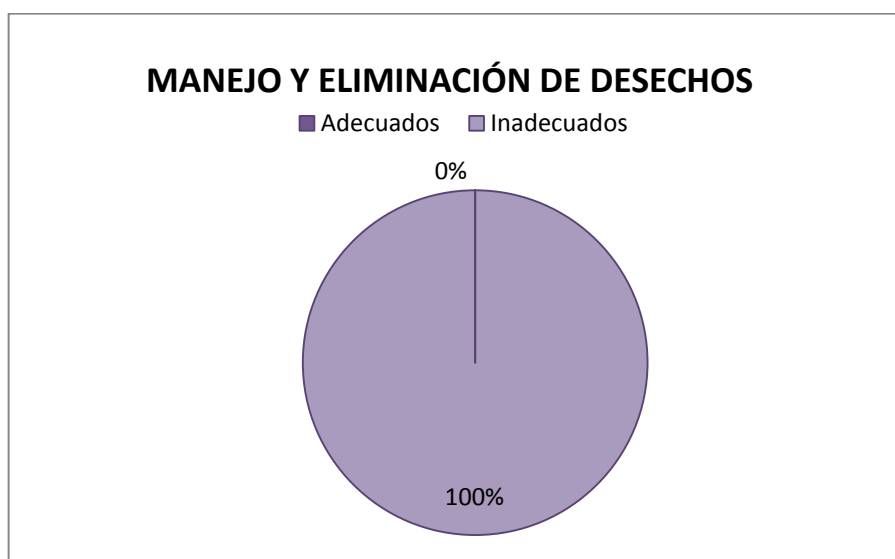
Partiendo de los resultados obtenidos a través de la guía de observación aplicada al personal, Se pudo identificar que el (56%) de profesionales de enfermería siempre utilizan los métodos de barrera, reflejando que están cumpliendo con el manejo de los métodos de barreras y un porcentaje no considerable (44%) no lo realizan y lo justifican a la emergencia de la usuaria.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MANEJO Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA Y MATERNIDAD DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 23

MANEJO Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS	
Ítems	Porcentaje
Adecuados	0%
Inadecuados	100%

GRÁFICO # 23



FUENTE: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

Partiendo de los resultados obtenidos a través de la guía de observación al área de gineco-obstetricia y hospitalización de maternidad, se pudo identificar que el manejo de eliminación de desechos es inadecuado, ya que no respetan la normas de eliminación de desechos, comunes, infeccioso, cortopunzante y especiales, esto representa el (100%), incumpliendo la medida de bioseguridad.

MUERTES MATERNAS, FETALES Y NEONATALES DEL ÁREA DE GINECO- OBTETRICIA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2013.

TABLA # 24

Meses	Madres Atendidas	Partos	Muertes		
			Materna	Neonatales	Fetales
Enero	116	61	0	0	1
Febrero	87	55	1	0	0
Marzo	95	48	0	0	2
Abril	94	59	0	0	1
Total	392	223	1	0	4

FUENTE: Datos estadísticos.

RESPONSABLE: Gisela Fonseca Corozo.

Análisis:

De acuerdo a los datos obtenidos del departamento de estadística se refleja que durante los meses de Enero, Febrero, Marzo y abril se atendieron 392 madres gestantes de las cuales tuvieron 223 partos, donde se presentó 1 muerte materna de 21 años de edad durante el post parto inmediato, 4 muertes fetales la que se encuentran relacionadas a las complicaciones ya antes mencionadas de las madres. Al momento de la aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación, no se presentó ninguna muerte materna o neonatal.

Observación al equipo de salud durante la realización de procedimientos de acuerdo a las normas del MSP en el manejo de protocolo atención maternal

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN DIRIGIDA A LA MADRE	CUMPLEN		
	SI	NO	A VECES
Brindan tranquilidad y apoyo emocional			X
Toma la presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X		
Realizan el Control de signos vitales cada 8 horas.	X		
Realizan una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.		X	
Realizan las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.		X	
Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método, (el de elección es la auscultación intermitente) por un minuto completo, inmediatamente después de una contracción uterina			X
Realizan el tacto vaginal en condiciones de asepsia con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ lavado de manos previo ✓ guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. ✓ Anticipa a la paciente el procedimiento y su utilidad. 		X X	X
Si detecta factores de riesgo realizan la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envían con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X		
REALIZAN ENEMA EVACUARIO		X	
Utilizan las barreras protectoras para el médico y para la paciente.			X
Aspiran la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial	X		
Realizan Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído	X		
Repiten el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.		X	
Fomentan lactancia materna precoz y alojamiento conjunto			X
Vigilan y registran cada 15 minutos los signos vitales incluidos el fondo uterino, el estado de la episiotomía y el sangrado por las 2 primeras horas posparto.		X	
Aplican los procedimientos de acuerdo a las normas del protocolo según complicaciones presentadas			X

Observación al equipo de salud durante la realización de procedimientos de acuerdo a las normas del MSP en el manejo de protocolo atención neonatal

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN DIRIGIDA A NEONATOS	CUMPLEN		
	SI	NO	A VECES
Se lavan las manos y antebrazos con agua y jabón mínimo por 2 minutos		X	
Se colocan las barreras protectoras para el médico y prepare el equipo necesario para el RN.	X		
Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.	X		
Pinzan y corta el cordón umbilical cuando ha dejado de latir.		X	
Aspirar secreciones; primero boca, luego nariz	X		
Evalúan: ✓ Frecuencia cardiaca (FC) con fonendoscopio y en 6 segundos (multiplicar el valor obtenido por 10).		X	
Suministran calor (ambiente a más de 24°C y cuna de calor radiante)	X		
Valore al RN con la Escala de Apgar a los minutos 1 y 5 de vida del RN.	X		
Identifican al RN mediante una pulsera en la muñeca o tobillo izquierda			X
Realizan el lavado de manos dos minutos antes de ingresar al servicio y 15 segundos para cada valoración. Debe hacerse desde los dedos hacia los codos, con jabón sin antiséptico.		X	
Administran 1 mg de vitamina K intramuscular (muslo derecho) en recién nacido a término (RNT) y 0.5 mg en recién nacido pretérmino (RNPR), para prevenir la enfermedad hemorrágica.	X		
Aplicación ocular de 1 gota ungüento oftálmico de eritromicina al 0.5% para prevenir conjuntivitis gonocócica.	X		
Bañan con agua segura tibia entre las seis y doce horas de vida, cuando la temperatura del RN se haya estabilizado y si el peso es > 2 000 gramos. No bañarlo en la sala de partos.		X	
Aplican los procedimientos de acuerdo a las normas del protocolo si se presentan complicaciones			X

Observación en el área de gineco-obstetricia, sala de parto y neonatología.

Espacio físico

No es adecuado ya que no presenta las condiciones necesarias y óptimas para asistir partos y atender a neonatos.

Se verificó que el servicio de ginecobstetricia, sala de parto y neonatología están asignadas para realizar sus funciones en la misma área, conllevando a que tanto madres como neonatos puedan sufrir enfermedades nosocomiales, debido a que existen 3 cama para parto o para el monitoreo, una cuna neonatal, colocando hasta dos niños si los partos se dan al mismo tiempo, lo cual es indicador de hacinamiento hospitalario.

La falta de ingresos económico, recursos materiales – humanos e infraestructura son factores fundamentales que inducen a la mala ofertación de los servicios de gineco-obstetricia y sala de parto.

Ventilación

El área no cuenta con ventilación suficiente debido a la falta de equipos que ventile el espacio.

Higiene

La realizan en toda el área tres veces al día, en la sala de parto la realizan cada vez que hay un procedimiento de algún parto, la limpieza general del área la realizan 1 vez cada 2 meses o siempre y cuando haya la oportunidad de realizar.

Observación aplicada en el área de gineco-obstetricia, sala de parto y neonatología

Sala de gineco-obstetricia, sala de parto y neonatología	CUMPLEN	
	SI	NO
Insumos y medicamentos		
Lavabo, Jabón líquido, Alcohol Gel, Toalla de papel.	X	
Basureros con funda según tipo de desecho /	X	
Fonendoscopio / estetoscopio	X	
Termómetros	X	
Lámpara cuello de ganso	X	
Camilla ginecológica o mesa de examen con piñeras	X	
Corneta de Pinard y/o Doppler		X
Tensiómetro	X	
Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%	X	
Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina	X	
Balanza pediátrica y/o neonatal	X	
Camilla de partos / Camilla ginecológica o mesa de examen con piñeras.		
Termo cunas		X
Reloj	X	
Paquetes de instrumental listos para atención de partos	X	
Perilla	X	
Ambú para RN	X	
Manilla para identificar al RN		X
Sonda nasogástrica para neonatos N° 6-8 FR.	X	
Guantes quirúrgicos estériles y de manejo	X	

Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado)	X	
Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)	X	
Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc. 107	X	
Esparadrapo normal y poroso, Gasas estériles	X	
Catéter venoso # 18 o 20 110, Equipo de venoclisis, micro gotero	X	
Equipo de bomba de infusión		X
Soluciones parenterales:		
Lactato Ringer /	X	
Solución Salina 0.9%	X	
Dextrosa	X	
Medicamentos		
Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.		X
Atropina ampolla 1 mg.	X	
Oxitocina ampollas de 10UI	X	
Sulfato de Magnesio	X	
Nifedipina cápsulas 10 mg.	X	
Eritromicina tabletas 500 mg	X	
Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml.	X	
Dexametasona amp 4 mg/ml	X	
Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.	X	
Oxígeno disponible	X	

DISCUSIÓN

En el presente trabajo investigativo, se pudo identificar las causas de complicaciones que puede conllevar en una muerte materna, fetal y neonatal durante el primer trimestre del 2013, las mismas que estuvieron relacionadas con las complicaciones de madres durante la gestación, que pudieron ser prevenidas con los adecuados controles prenatales y con la correcta aplicación de los procedimientos del protocolo.

Los datos estadísticos demuestran que la etnia de mayor prevalencia en las usuarias que asisten al Hospital Divina Providencia del área de gineco-obstetricia pertenece a este grupo humano afro-ecuatoriano en un (75%), este gran porcentaje se debe a que la mayoría de la población que habitan en el Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas pertenece a este grupo étnico.

De acuerdo a los datos hallados por las encuestas se puede observar que las usuarias atendidas en el área de gineco-obstetricia con mayor porcentaje pertenece al grupo etario entre 24 o más años representando el (38%) reflejando que hay madres en edades de riesgos mayores de 35 años siendo unas de las causas de complicaciones genéticas (anomalías cromosómicas), pérdida del embarazo, problemas de salud como diabetes, presión arterial alta, preeclampsia o problemas al momento del parto como por ejemplo sufrimiento fetal o mortinatos.

Las pacientes de 14 a 18 años con un (37%) de madres adolescentes multíparas y primigestas, hablamos de otro riesgo de complicaciones asociadas con un mayor índice de morbilidad y mortalidad para la madre o bebé, un embarazo a temprana edad tiene un mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como: placenta previa, preeclampsia (hipertensión alta durante el embarazo), parto prematuros y anemias, entre los problemas que pueden afectar al RN son: bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, prematuridad (con todas las complicaciones asociadas) y principalmente debido a que las adolescentes está todavía en desarrollo y crecimiento, dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

El 60% de las usuarias son ama de casa, con bajos recursos económicos, mientras que en coincidencia tenemos un (20%) que son estudiantes y realizan OTROS tipos de trabajos como: docentes, comerciantes, cabe recalcar que esto puede estar generando una disminución de ingreso en el hogar.

Con relación al estado civil de las usuarias encuestadas se observa un claro dominio de la unión libre que representa un (47%) es importante saber si la gestante cuenta con su pareja por que el estado de ánimo en el embarazo cambia, las emociones o sentimientos intensos y profundos con una larga duración, afectan al bebé y su desarrollo, una mamá feliz, sin estrés y con una vida estable, tendrá un bebé más sano y tranquilo que una mujer que durante su embarazo sufrió depresión o estrés, o no sintió amor e ilusión por su nueva situación; seguida por solteras con un (38%) en unas que otra gestantes presentaron aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por falta de tiempo para divertirse, tener que actuar como adultas si son madres adolescentes cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente.

Con respecto al (50%) corresponde a usuarias con instrucción secundaria representando el mayor porcentaje, seguida por el nivel de analfabetismo (25%) que es un valor significativo, algunas de estas madres no tienen un conocimiento sobre la importancia del embarazo y las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el proceso gestacional.

En cuanto a los controles prenatales, la mayor prevalencia estuvo en NO asistió a ningún control (50%) no siendo esto lo ideal porque toda gestante debe buscar atención oportuna la que es muy fundamental para reducir las complicaciones y evitar la mortalidad materna y perinatal; mientras que el (32%) manifestó que SI asistieron a los controles prenatales ayudando a prevenir en algunas madres algún tipo de inconvenientes; el (18%) acudían a veces y por los bajos ingresos económicos para llegar a la casa de salud, por celos de sus esposos, por no tener con quien dejar a los otros niños y una inadecuada información sobre la importancia de estos para llevar un embarazo saludable no asistieron a todos sus controles.

Según el número de controles de las gestante sujetas a estudio predominó las madres que no asistieron a ninguna revisión médica con el (50%), que no es lo ideal; a pesar de existir unidades de salud de primer nivel en muchas comunidades después del Cantón San Lorenzo, la falta de controles prenatales es muy significativo demostrando una carencia grave en la atención obstétrica, en el interés de la gestante, esposo y familia, que impide preparar a la mujer para un parto adecuado, como también favorecer el crecimiento y desarrollo del feto para obtener un buen producto libre de complicaciones.

Podemos observar que no existen controles prenatales adecuados en las usuarias, la cual puede estar relacionada con el bajo nivel escolaridad y conocimientos acerca de la importancia de los controles prenatales, tomando en cuenta también la calidad de atención que se le brinda al usuario.

El 55% de las madres encuestadas manifestaron haber presentado complicación durante el embarazo como: anemia, ruptura prematura de membrana, caídas, infecciones de vías urinarias lo que está asociado a madres adolescentes o mayores a 35 años, falta de controles prenatales y a uno de los factores como los malos hábitos durante su gestación, que se han presentado en madres que no acudieron a ningún control prenatal, mientras que el (45%) refleja que no tuvo ningún tipo de complicación durante su embarazo porque una de las principales pautas fue cuidar su salud y evitar hábitos perjudiciales para prevenir posibles complicaciones.

Con proporción al (63%) de las madres refieren NO haber recibido consejería antes ni después del parto, sobre la importancia de los controles prenatales, beneficio de la lactancia materna ni el cuidado del RN, mientras que el (37%) manifestó que SI recibió consejería sobre el cuidado que debe tener tanto la madre como el RN.

Con el consumo de sustancias tóxica se pudo evidenciar mediante las encuestas aplicadas a las usuarias que se encontraban en el área de gineco-obstetricia que el (73%) NO, mientras que el (27%) si consumía sustancia tóxica lo que pudo haber causado graves daño al feto en el desarrollo y crecimiento y en la salud de madre. Con respecto a la observación que se le realizó a las gestantes se pudo probar que había muchas madres que presentaban apariencias de consumir y realizar trabajos con el cigarro, esto

se lo comprobó porque sus dientes estaban en malas condiciones, labios negros, mal aliento, dedos manchados y luego de habérselos preguntado más de una y dos veces lo confirmaban, pero nos pedían de favor que no le dijéramos a nadie.

Unas que otras supieron manifestar que el consumo de sustancias tóxicas lo hacían por obligación, porque al fumar cigarro era una de la manera que podían tener de regreso a sus esposos y era su manera de trabajar para así tener ingresos económicos para su hogar.

En la actualidad siendo la atención en las casas de salud gratuita, aún hay mujeres embarazadas que por sus tradiciones no acuden a los subcentros de salud, si no donde las parteras porque confiaban más en ellas, refieren que la atención es más rápida, no reciben mal trato, no sienten vergüenzas, cabe recalcar que se relaciona por las creencias ancestrales.

De acuerdo a los datos recopilados se logra comprobar que un (60%) de las usuarias actualmente viven en zona rural, tornándose difícil llegar al hospital porque les toca trasladarse en lancha o a caballos; mientras que el (40%) habitan en las zonas urbanas del hospital, sin embargo el ministerio de salud cuenta con unidades de primer nivel que facilitarían el acceso a la atención, pero a pesar de esto no se da de manera integral.

Otro de los datos relevantes encontrados durante el proceso investigativo es que el (60%) corresponde a mujeres multíparas, pero de acuerdo a la paridad una y otra son factores que inducen a presentar riesgos de complicaciones fetales, neonatales y maternas causadas por enfermedades como: diabetes, preeclampsia, IVU entre otras, pudiendo ser madres adolescentes o de edad adulta.

El aborto es una interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Revelando la investigación que las usuarias atendidas en el Hospital Divina Providencia en un (57%) SI han tenido abortos provocados y otros perdidos por otras causas como: caídas y pérdidas naturales.

Las complicaciones maternas están relacionadas a la edad cronológica de la madre ya sean menores o mayores de edad, estado de salud y especialmente la falta de controles prenatales, escolaridad y falta de información así como hábitos inadecuados de alimentación.

De acuerdo a la gravedad de los casos las gestantes son transferidas a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza, con el fin de evitar mayores riesgos para el bebé y la madre; por lo que el hospital Divina Providencia no cuenta con especialistas para tratar estos casos.

De las 40 madres que acudieron y fueron atendidas en el Hospital Divina Providencia, durante el periodo de abril a mayo del 2013, 22 gestantes presentaron de una a dos complicaciones, siendo ingresadas unas en el área de hospitalización y otras transferidas a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza de la Ciudad de Esmeraldas, según la gravedad de las complicaciones.

Con respecto a la vía de terminación del embarazo hay un predominio en usuaria con un parto céfalo vaginal el cual representa (91%), donde hubieron nacimiento de RN con prematuridad, retardo de crecimiento, bajo peso al nacer, los cuales fueron transferido a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza, mientras que el (9%) fueron sujetas a realizarles cesárea, debido a algún tipo de complicación que se generó durante el parto o por cesáreas anterior.

Vale mencionar que no se habla de la totalidad de la muestra (40) porque las otras gestantes aún no habían tenido su parto.

En lo referente al peso de los neonatos se puede evidenciar que el mayor predominio tenía peso normal (52%), mientras que el (48%) con un peso bajo se relaciona con el estado de salud y edad cronológica de la madre, consumo de sustancias toxicas, falta de control prenatal, hábitos alimenticios inadecuados.

Se evidencia que el (44%) son complicaciones causada por prematuridad; el (25%) refleja sufrimiento fetal asociada con disminución del crecimiento, con menor peso para su edad gestacional; seguido de un (19%) de distress respiratorio, mientras que el (6%) coincide igualitariamente a retardo de crecimiento por ser madres a temprana edad, inadecuada alimentación, falta de controles prenatales y sepsis neonatal.

Cabe mencionar que la mayoría de las complicaciones neonatales se encuentran relacionadas con el estado de salud de la madre y la falta de controles prenatales.

A pesar de la variedad de situaciones existentes, el personal de enfermería realiza el control de los signos vitales cada turno, por lo que podemos demostrar que no se cumple a cabalidad con la actividad establecida dentro de los protocolos de atención según ministerio de Salud Pública, las complicaciones gestacional requieren de mayor control por lo menos una vez cada hora para así valorar la frecuencia cardiaca materna y fetal para identificar si presenta alteraciones o sufrimiento fetal.

Es importante la observación y valoración de los loquios, su cantidad, duración, color y olor para así identificar algún proceso infeccioso, hemorragias teniendo en cuenta que tras el alumbramiento existe una gran pérdida hemática; Se obtuvo como resultados un 56%, siempre realizan la valoración de la misma, tomando en cuenta características de cantidad, color y olor, mientras que el (44%) de profesionales lo realizan rara vez justificándolo a factores propios del servicio entre ellos está la excesiva demanda de pacientes en diferentes áreas de la institución, porque el mismo personal que labora en el área de gineco-obstetricia, labora en emergencia, pediatría y hospitalización.

El 22% de profesionales de enfermería realizan la valoración de la altura uterina cada 30 minutos siendo esta actividad correcta durante los primeros 45 minutos, el restante del personal que viene hacer el (78%) lo realizan cada 60 minutos, actividad que el personal no cumple a cabalidad debido a que no cuenta con suficiente tiempo para realizar la misma.

Se identificó que el manejo de eliminación de desechos es inadecuado, ya que todo el personal no respeta las normas de eliminación de desechos, comunes, infeccioso, cortopunzante y especiales, incumpliendo la medida de bioseguridad.

Hubo una muerte materna (21 años de edad) de post parto inmediato, 4 muertes fetales, estas muertes fetales están relacionadas a las complicaciones maternas ya mencionadas y por la falta de controles prenatales.

CONCLUSIONES

De acuerdo al proceso investigativo realizado en el Hospital Divina Providencia en el Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas se puede concluir que:

1. Los determinantes de las complicaciones materna, fetales y neonatales en el área de gineco-obstetricia y neonatología son en las madres los partos pre términos, infecciones de vías urinarias, anemia, ruptura prematura de membrana, preclampsia, abortos y en neonatos las causas son prematuridad, sufrimiento fetal, síndrome de distress respiratorio, sepsis neonatal, retardo de crecimiento, lo cual estuvo relacionada con las complicaciones presentadas por las madres durante el embarazo, siendo producto la falta de los controles prenatales, caídas, edad cronológica ya sean adolescentes o edad avanzada, estado de salud de la madre.

Algunas de las usuarias con complicaciones maternas, fetales y neonatales no mantenían un control prenatal adecuado y un estilo de vida saludables y principalmente no tenían una orientación y concienciación sobre la importancia de los controles prenatales periódicos.

La falta de equipos tecnológicos, humanos e infraestructura son causantes de complicaciones maternas, fetales y neonatos, los cuales al presentarse de manera urgente no pueden resolver y se ven obligados a transferirlas a la Maternidad Virgen de la Buena Esperanza de la Ciudad de Esmeraldas corriendo el riesgo que la madre o el feto pierda la vida en el trascurso de la trasferencia.

2. Se evidenció que las causas que conllevan a las complicaciones maternas, fetales y neonatales son las:

Falta de controles prenatales debido al poco interés de la familia (esposo, madres u otros), dificultad por no tener familiares a cargo que cuide del resto de sus hijos, distancia desde sus hogares hacia los subcentros.

Inadecuada alimentación presentada por escaso recursos económicos, síntomas de embarazo agravada por deficiencias nutricionales, vivir en áreas dispersas donde no ingresan variedad de productos alimenticios.

Infraestructura del área de gineco-obstetricia y neonatología que funciona como sala multifuncional (sala de parto y neonatología) debido a la falta de espacio físico, recursos económicos y humanos, lo cual se encuentra relacionado con las complicaciones en las gestantes y neonatos.

3. Los datos obtenidos del departamento de estadística reflejan que durante los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril del 2013 se atendieron 392 madres gestantes, de las cuales hubieron 223 partos, donde la incidencia de mortalidad materna, fetal y neonatal fue 1 muerte materna durante el post parto inmediato, 4 muertes fetales a consecuencia del estado de salud de la gestantes.
4. De acuerdo a lo observado al equipo de salud al momento de realizar sus actividades: Se puede concluir que no están aplicando todas las normas del protocolo establecido por el MSP para brindar atención materna-neonatal.
 - No hay lavado de manos correctamente
 - Al realizar el tacto vaginal no utilizan guantes esterilizados sino de manejo
 - No hay control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas
 - No realizan el masaje uterino cada 15 minutos durante las dos primeras horas

RECOMENDACIÓN

- Luego de concluir la presente investigación dirijo las siguientes recomendaciones a la Dirección Provincial de Salud, Hospital Divina Providencia, Personal de Salud, Estudiantes de Enfermería, Madres Gestantes.
- Socializar y difundir el manual de normas y procedimiento que sirva de guía en la orientación y educación continua en el personal de salud que labora en esta área, estimulando al mismo en cuanto a las aplicaciones de normas y procedimientos hacia las gestante y prevención de los riesgos obstétricos y neonatos, para que así brinde una atención eficiente, eficaz con equidad y calidez.
- Brindar charla educativa a la población y principalmente a las madres gestantes sobre la importancia que tiene el control prenatal y que conozcan cuales son las principales causas de complicaciones maternas, fetales y neonatales para lograr reducir posibles muertes.
- El jefe del área de gineco-obstetricia, sala de parto y neonatología a pesar de ser la misma área debe exigir el uso obligatorio de los métodos de barreras, ya que muchas veces con la ropa que entran manejan al neonato o algún procedimiento que están realizando.
- La dirección provincial de salud deberá destinar más recursos materiales, humanos y tecnológicos para que mejore la calidad de servicios en mencionada área
- Al director del hospital deberá realizar mayor énfasis en la promoción de la atención personalizada y segura con calidad.
- El hospital debería establecer diferentes espacios físicos para que funcione las áreas de neonatología, sala de parto, gineco-obstetricia, para así brindar una mejor atención basadas en normativas establecidas por el MSP.

PROPUESTA

INTRODUCCIÓN

Los protocolos son conjunto de acciones, métodos, y la observancia de determinadas reglas convencionales, que constituye un procedimiento planificado y estructurado convencional, destinado a estandarizar un comportamiento ya sea humano u artificial ante una situación específica.

Los protocolos estandarizados tienen en el ámbito jurídico carácter de documento u evidencia legal frente al Poder judicial.¹²

La existencia de los protocolos en las diferentes casas asistenciales beneficia, no solo al equipo de salud, sino también al usuario puesto que su atención será rápida y segura; pero si el personal no cumple con las normas establecidas estará poniendo en riesgo la vida del usuario, de allí la importancia de estar actualizados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada día mueren en el mundo aproximadamente 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se presentan por complicaciones maternas, fetales y neonatales se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.¹³

Si en el equipo de salud hay déficit en la aplicación de normas, protocolos y procedimientos médicos tendrá como consecuencia la presentación de situaciones graves en la madre, feto y en el recién nacido, que pueden causar muerte a uno de ellos.

¹² es.wikipedia.org/wiki/Protocolo

¹³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

JUSTIFICACIÓN

El interés de plantear esta propuesta al jefe del área de gineco-obstetricia es para que incentive periódicamente al personal profesional que sus actividades las realicen siguiendo las normas y protocolos establecidas por el MSP en la atención materna infantil, para evitar posibles complicaciones maternas, fetales y neonatales; puesto que teniendo los protocolos de atención no los están aplicando en su totalidad poniendo en riesgo la salud del usuario.

OBJETIVOS

GENERAL

Plantear al jefe del área de gineco – obstetricia a la motivación periódica del personal para la utilización de los protocolos establecidos por el MSP con la finalidad de mejorar y brindar una atención de calidad

ESPECÍFICO

- Motivar al jefe del área de Gineco-obstetricia para capacitar al equipo de salud sobre la utilización de los protocolos de atención materna infantil.
- Determinar las posibles complicaciones de la madre o neonato por la no utilización de los protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que el jefe del área motive periódicamente al personal mediante evaluaciones u observando sus actividades para ver si cumplen con las normas establecidas por el M.S.P.
- Que brinden una atención de calidad y calidez a los usuarios para así evitar complicaciones por el déficit de conocimiento acerca del protocolo.

**GUÍA DEL MANUAL DE PROTOCOLO MATERNO DE ACUERDO A LAS
COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL												
	I	II	III										
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	X	X	X										
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X										
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	X	X	X										
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SECREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (test de o' sullivan) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa ▪ A cualquier hora del día ▪ Sin preparación previa en cuanto a dieta ▪ Valoración de glicemia una hora post sobrecarga 	X	X	X										
5. SI EL RESULTADO ES NEGATIVO < 140 mg/dl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repetir test a las 24 - 28 semanas ▪ Repetir test a las 32 – 34 semanas 	X	X	X										
6. SI EL RESULTADO ES POSITIVO > 140 mg/dl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100g 													
7. Test de tolerancia oral a la glucosa (ttog). Condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar una sobrecarga de 100 g ▪ Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas ▪ No consumo de tabaco ▪ Reposo antes y durante la prueba ▪ Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">HORAS</th> <th style="text-align: center;">Valor de glicemia/ National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Ayunas</td> <td style="text-align: center;">95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 hora</td> <td style="text-align: center;">180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 hora</td> <td style="text-align: center;">155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 hora</td> <td style="text-align: center;">140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	HORAS	Valor de glicemia/ National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	X	X	X
HORAS	Valor de glicemia/ National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50g a las 24-28 semanas y a las 32-34 semanas	X	X	X										
9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus.	X	X	X										
10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.	X	X	X										
11. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X										
12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.	X	X	X										
13. Recomendar una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal. /Kg. de peso, con													

<p>restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica. Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educacionales sobre temas dietéticos. Mantener la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl. Mantener la glucosa postprandial no mayor 120 mg/dl. Mantener la Hemoglobina glicosilada bajo 6%. Mantener la Fructosamina bajo 285. Si en dos semanas no se obtienen estos valores se indica iniciar el uso de insulina.</p>	X	X	X										
14. Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X										
<p>15. Los requerimientos de INSULINA NPH son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer trimestre: 0.7 UI/kg/día ▪ Segundo trimestre: 0.8 UI/kg/día ▪ Tercer trimestre: 0,9 UI/kg/día ▪ Se recomienda comenzar con 0,2-0,3 UI/Kg./día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena. ▪ Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>HORAS</th> <th>Valor esperados (mg//dl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antes del desayuno</td> <td>60 – 90 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Preprandial</td> <td>60 – 105 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Postprandial 2horas</td> <td><120 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>2 am y 6 am</td> <td>>60 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revise periódicamente la glicemia posprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta : insulina rápida) ▪ Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días. ▪ Control mensual de fructosamina ▪ Control trimestral de Hemoglobina glicosilada. ▪ Solicite uro cultivo. 	HORAS	Valor esperados (mg//dl)	Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl	Preprandial	60 – 105 mg/dl	Postprandial 2horas	<120 mg/dl	2 am y 6 am	>60 mg/dl	X	X	X
HORAS	Valor esperados (mg//dl)												
Antes del desayuno	60 – 90 mg/dl												
Preprandial	60 – 105 mg/dl												
Postprandial 2horas	<120 mg/dl												
2 am y 6 am	>60 mg/dl												
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CONTROL DE BIENESTAR FETAL PRENATAL: ▪ Monitoreo fetal electrónico sin estrés cada semana. ▪ Ecografía mensual para control de crecimiento e índice de líquido amniótico (ILA) ▪ Diabetes gestacional no insulino dependiente desde semana 36. ▪ Diabetes gestacional insulino dependiente desde semana 32. 	X	X	X										
<p>16. TERMINACION DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTETRICO POR PARTO O CESÁREA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hay signos de compromiso fetal. ▪ Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas. ▪ Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas. ▪ Si hay labor de parto pretérmino no use beta-miméticos y considere efecto de los corticoides sobre la glucosa materna. ▪ Comunicar del caso al Servicio de Neonatología. 	X	X	X										
17. MANEJO INTRAPARTO:													

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 cc/hora. ▪ Evitar la administración en bolos de solución glucosada. ▪ Sólo si glucosa >140 mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora. ▪ Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no deberá suministrarse la dosis habitual de la mañana. 	X	X	X
<p>18. MANEJO POSTPARTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar dieta para diabético con aporte de 27 kcal/kg/día durante la lactancia materna. ▪ La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayunas excede los 110 mg/ dl o la glucosa 1 hora posprandial 160mg/dl. ▪ Se sugiere 0.5 – 0.6 U/Kg. /24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida, por la tarde NPH + rápida y al acostarse NPH. ▪ Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%). Indicar control anual de glicemia en ayunas. ▪ Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico. 	X	X	X
19. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente	X	X	X
20. Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y CISTITIS AGUDA (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método.	X	X	X
4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que consten EMO y Uro cultivo.	X	X	X
5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensable solicitar EMO y Uro cultivo.	X	X	X
6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e informe sobre su condición.			

7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	X	X	X
9. Administre tratamiento si cumple con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente asintomática o sintomática. ▪ Examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearasa leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o ▪ Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml), 	X	X	X
10. Considere las siguientes medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si está asintomática, actividad normal. ▪ Si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. ▪ Sugiera hidratación vía oral exhaustiva. ▪ Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o ▪ Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas. 	X	X	X
11. ANTIBIOTICO TERAPIA INICIAL: Por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, con UNO de los siguientes antibióticos: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina 250-500 mg VO cada 6 horas. ▪ Cefalexina 250-500 mg VO cada 6 horas ▪ Eritromicina 250-500 mg VO cada 6 horas ▪ Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas ▪ Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas) ▪ Fosfomicina 3 g. VO dosis única ▪ Ampicilina Sulbactam 375 mg VO cada 12 horas ▪ Amoxicilina/ clavulánico 250 mg VO cada 6 horas. ▪ Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/180 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600mg en dosis única. <p>Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento. Brinde apoyo emocional continuo.</p>	X	X	X
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia a nivel de especialidad.	X	X	X
13. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	X	X	X
14. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.	X	X	X
15. NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor			

<p>experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión arterial. ▪ Frecuencia cardiaca. ▪ Frecuencia respiratoria. ▪ Temperatura. ▪ Reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5). ▪ Estimación de la edad gestacional. ▪ Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. ▪ Actividad uterina para ubicación en la etapa de la labor de parto correspondiente (si aplica). 	X	X	X
3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. No la envíe sin haber hecho la prevención de eclampsia con sulfato de magnesio	X	X	X
5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.	X	X	X
6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. ▪ Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, ▪ TGO, TGP, BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica ▪ EMO, proteinuria en tirilla reactiva. ▪ Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas 			
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
SI EL EMBARAZO ES MENO DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN			
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA	X	X	X

11. Realice proteinuria en tirilla	X	X	X
12. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA SIN PROTEINURIA Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h, o ▪ Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; ▪ Nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 			
13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad materna: >40 años. ▪ Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional. ▪ Duración de la hipertensión: >15 años. ▪ Diabetes mellitus (Clases B a F). ▪ Enfermedad renal (por cualquier causa). ▪ Miocardiopatía. ▪ Colagenopatía. ▪ Coartación de la aorta. ▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular. ▪ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva. 	X	X	X
14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo	X	X	X
15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: Hipertensión arterial crónica más preclampsia sobreañadida	X	X	X
16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.	X	X	X
SI EL EMBARAZO ES MAYOR DE 20 SEMANAS			
17. Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
18. Realice proteinuria en orina. SI proteinuria en tirilla es negativa: hipertensión gestacional	X	X	X

19. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: Preclampsia Eclampsia Síndrome de hellp Hipertensión crónica más preeclampsia sobreañadida.	X	X	X
20. Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.	X	X	X
21. NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. ▪ Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.	X	X	X
22. Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas. posparto. No use coloides de primera elección	X	X	X
23. Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
24. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto). ▪ Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma. ▪ Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta	X	X	X
TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS			
26. Si TA diastólica >>111100 mm Hg administrar: ▪ HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV. ▪ NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg. ✓ La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas. ✓ Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.	X	X	X
27. Considere manejo expectante de la hipertensión crónica con preclampsia sobreañadida solo en los casos que cumplan las siguientes características: ▪ Con las medidas iniciales la PA se controla. ▪ PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg. v PA diastólica entre 90 - 105 mm Hg. Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o ▪ Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o ▪ Nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h. 			
28. Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.	X	X	X
29. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. No la envíe sin haber hecho prevención de eclampsia con sulfato de magnesio.	X	X	X
<p style="text-align: center;">FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO</p> <p>30. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA diastólica =o> 110 mm Hg o TA sistólica =o>160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas. ▪ Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h) ▪ Proteinuria en 24 horas >3 gr. ó +++ en tirilla reactiva. <p>Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convulsiones (eclampsia) ▪ Síndrome de HELLP agravado por: ▪ Plaquetopenia <50.000 / mm³ ▪ LDH: > 1400 UI/L ▪ TGO: > 150 UI/L ▪ TGP: > 100 UI/ L ▪ Ácido Úrico: > 7,8 mg/dl ▪ Creatinina: > 1 mg/dl <p>Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohidramnios ILA <4. ▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. ▪ Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. ▪ En arteria umbilical: ▪ Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. ▪ Ausencia o inversión de diástole. ▪ En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. ▪ Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical < 1 		X	X
31. Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos:		X	X
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6. 			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome de HELLP con signos de gravedad. ▪ Coagulación intravascular diseminada 			
32. Si plaquetas < 100. 000 mm ³ se contraíndica la anestesia peridural		X	X
33. SI EMBARAZO > 34 SEMANAS Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bishop < 6 = Maduración cervical. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. ▪ Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA. 		X	X
34. EMBARAZO < 34 SEMANAS Y: <ul style="list-style-type: none"> ▪ LA CONDICION DE T A / ES ESTABLE. ▪ SIN CRISIS HIPERTENSIVAS. ▪ SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL. ▪ TOCOLISIS ▪ NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. ▪ INDOMETACINA (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas. MADURACIÓN PULMONAR FETAL: Si embarazo >24 y <34 semanas con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). 		X	X
35. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.		X	X
36. EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO.		X	X
37. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma subcapsular hepático. ▪ Ruptura hepática. ▪ Coagulación intravascular diseminada. ▪ Falla renal. Edema agudo de pulmón. ▪ Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. ▪ Hemorragia posparto. 		X	X
38. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
39. Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.		X	X
40. No olvide enviar con la paciente y con el personal de			

correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen.		X	X
--	--	---	---

PROTOCOLO DE MANEJO DE AMENAZA DE ABORTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo..	X	X	X
9. No administre DE RUTINA tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.	X	X	X
10. Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo	X	X	X
11. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares). ▪ No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo. Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica). ▪ Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual. 	X	X	X
PROTOCOLO DE MANEJO DE ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO Y DIFERIDO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X

3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X	X	X
11. Analgesia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido	X	X	X
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica	X	X	X
14. Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU	X	X	X
15. EVACUACIÓN UTERINA: si actividad cardiaca es negativa por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiración manual endo o uterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas. ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU. ▪ Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. ▪ La inducto conducción con oxitócica adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. ▪ Coloque DIU luego del procedimiento del AMEU si la paciente acordó el uso de este tipo de anticoncepción. 	X	X	X
16. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio hispotodó- gico. Asegurarse de que la muestra este correctamente conservada para su envío	X	X	X
17. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas pos evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.	X	X	X
18. Indicaciones al alta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual ▪ Actividad ambulatoria progresiva 			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analgesia tipo porocelornol 500mg c/8h o ibuprofeno 400mg c/8h por 3 días. ▪ Orientación sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. ▪ Brinde conseje- ría y proporcione un método anticonceptivo acorde a las necesidades de la paciente 			
---	--	--	--

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO SÉPTICO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).	X	X	X
10. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).	X	X	X
11. Disponga su ingreso a la unidad operativa ola referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evacuación uterina.	X	X	X
12. Si temperatura >38°C bajar temperatura por medios físicos y/o antipiréticos si no cede con medios físicos.	X	X	X
13. ANTIBIOTERAPIA: IV por 72 horas o hasta que la fiebre remita: clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. gentamicina 5 mg/kg/día en una sola dosis o 1.5 mg/kg cada 8 horas.	X	X	X
14. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina.		X	X
15. EVACUACIÓN UTERINA: si actividad cardiaca es negativa por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiración manual endo o uterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas. ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU. ▪ Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto. 		X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI. ▪ La inducto conducción con oxitócica adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI. 			
16. Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas pos evacuación y luego cada 8 horas hasta el alta.		X	X
17. Toxoide tetánico 1 ampolla IM si se sospecha o confirma instrumentación o manipulación previa		X	X
18. Si el cuadro empeora, la fiebre no cede, sangrado hemo purulento o de mal olor persiste por más de 72 horas considere shock séptico y añadir: <ul style="list-style-type: none"> ▪ AMPICILINA 1g IV cada 6 horas. ▪ Considere drenaje o histerectomía por colección intra abdominal 		X	X
19. INDICACIONES DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta habitual. ▪ Actividad ambulatoria progresiva. ▪ Orientar sobre signos de alarma: fiebre, dolor, sangrado. ▪ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofén 400 mg cada 8 horas por 3 días. ▪ Asegúrese de completar el esquema antibiotico. ▪ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. 			

BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)	NIVEL		
	I	II	III
1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj)	X	X	X
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro)	X	X	X
3. Ejercer tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal	X	X	X
4. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. Aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo	X	X	X
5. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).	X	X	X
PROCEDIMIENTO DE AMEU			
1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.	X	X	X
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina	X	X	X
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño	X	X	X

4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.	X	X	X
5. Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa	X	X	X
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula	X	X	X
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina	X	X	X
8. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar	X	X	X
9. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa	X	X	X
10. Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso.	X	X	X
11. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU	X	X	X
12. Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa	X	X	X
13. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento	X	X	X
14. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero	X	X	X
15. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario	X	X	X
16. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.	X	X	X
17. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.	X	X	X
18. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.	X	X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU			
1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica	X	X	X
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo	X	X	X
3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones	X	X	X
4. Conecte la cánula usada a la jeringa para AMEU y enjuague ambas	X	X	X

a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%			
5. Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas.	X	X	X
6. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
7. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire	X	X	X
8. Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación	X	X	X
9. Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar de alta.	X	X	X
10. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.	X	X	X
11. Dé instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado	X	X	X
12. Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico	X	X	X
13. Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar.	X	X	X
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL I II III		
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular para toma de muestras. NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Con los resultados de examen físico, especular y de laboratorio realice el primer examen o tacto vaginal por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical ▪ Borramiento cervical 	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consistencia del cuello ▪ Posición del cuello ▪ Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. (Anexo 1 Índice de Bishop en Protocolo de Parto normal) ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Coloración del líquido amniótico (claro o meconial) ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Anexo 2 Valoración de la pelvis en Protocolo de Parto normal) 			
10. Disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	X	X	X
11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la cantidad de líquido amniótico (ILA), edad gestacional y peso fetal.		X	X
12 Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo sobre todo si la presentación no es cefálica por probabilidad de prolapso de cordón. Colocación de toalla en periné		X	X
13 Control de signos vitales cada 8 horas. Añadir curva térmica si corioamnionitis o embarazo se prolonga más de 48 horas.		X	X
14 si embarazo >34 semanas y no se espera el parto antes de 12 horas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoterapia con UNO de los siguientes fármacos: ▪ Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto, ▪ Ampicilina 2g IV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto ▪ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina. ▪ Terminación del embarazo según criterio obsté 		X	X
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.	X	X	X
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.	X	X	X
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.	X	X	X
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
8. Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X
9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
10. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más			

<p>experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación cervical ▪ Borramiento cervical ▪ Consistencia del cuello ▪ Posición del cuello ▪ Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. ▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación trans vaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM) ▪ Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea. ▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. 	X	X	X
<p>11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional; además valore la longitud del cuello como predictor de parto pretérmino (ALARMA si menor de 20 mm).</p>	X	X	X
<p>12. Control de signos vitales cada 8 horas.</p>	X	X	X
<p>13. Si el embarazo >37 semanas probablemente la paciente se encuentra en fase latente de labor de parto. Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos de manejo del parto e inductoconducción.</p>	X	X	X
<p>14. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado si embarazo menor a 37 semanas; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal (ver abajo) si no existen contraindicaciones; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal</p>	X	X	X
<p>15. SI EL EMBARAZO ES < REALICE MANEJO TOCOLITICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. ▪ Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. ▪ (Solo en embarazos <32 semanas) no realice más de dos ciclos de tocolisis 	X	X	X
<p>16. CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatación > 4cm. ▪ Corioamionitis. ▪ Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp. ▪ Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal. ▪ Malformaciones fetales. ▪ Desprendimiento normo placentario. 	X	X	X
<p>17. Maduración pulmonar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si embarazo > 24 y < 34 semanas: ▪ Betametasona 12 mg im y a las 24 horas (total 2 dosis). ▪ Dexametasona 6 mg im y cada 12 horas (total 4 dosis). 	X	X	X

No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.			
18. Si carioamionitis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoterapia: ▪ Ampicilina 2 g iv cada 6 horas ▪ Gentamicina 2 mg/kg dosis inicial iv luego 1.5 mg/kg iv cada 8 horas o gentamicina 5 mg/kg iv cada día. ▪ Clindamicina 900 mg iv cada 8 horas (incluir si se indica cesárea) ▪ Finalización del embarazo según criterio obstétrico Independientemente de la edad gestacional		X	X
19. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.		X	X
20. Si transcurridas 72 horas de que se ha completado el esquema de maduración pulmonar fetal persisten las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico		X	X
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente) DIAGNOSTICO Y MEDIDA INICIAL	NIVEL		
	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, escuche y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
7. Realice una evaluación clínica inicial que incluya: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método, (el de elección es la auscultación intermitente) por un minuto completo, inmediatamente después de una contracción uterina	X	X	X
11. Registre la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.	X	X	X
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
13. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical. 			

<ul style="list-style-type: none"> • Borramiento cervical. • Consistencia del cuello. • Posición del cuello. • Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. Coloración del líquido amniótico. • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. • Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. • Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (Protocolo de manejo del parto distócico y protocolo de manejo de cesárea). 	X	X	X
14. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario (OMS), habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.	X	X	X
15. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • TV #1 (20:34 Horas) dilatación 1 cm., borramiento 60%, etc. • TV #2 (02:30 Horas) dilatación 3 cm., borramiento 60%, etc. 	X	X	X
16. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia - anestesia o si el juicio clínico lo amerita.	X	X	X
17. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente	X	X	X
18. Si la paciente es diagnosticada de trabajo de parto disponga su ingreso a la unidad operativa. <ul style="list-style-type: none"> • Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de ingreso a la unidad operativa. • Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. 	X	X	X
19. Permita el uso de ropa adecuada según costumbre de la zona o ropa hospitalaria.	X	X	X
20. NO REALICE ENEMA EVACUARIO RUTINARIO porque no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino.	X	X	X
21. Recorte el vello pubico, no rasure rutinariamente el área genital, no se disminuyen las infecciones perinatales con el rasurado rutinario, puede aumentar la transmisión del VIH y la Hepatitis B y provoca molestias al crecer el vello.	X	X	X
22. NO MANTENGA EN AYUNO (NPO), DURANTE LA LABOR DE PARTO. Permita la ingesta de líquidos azucarados.	X	X	X
23. No coloque venoclisis rutinaria, mantenga ditch o valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto.	X	X	X
24. PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. No hay evidencia			

que apoye mantener la posición supina durante el primer período de la labor de parto. • PRECAUCION: por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas.	X	X	X
Evaluación de la labor de parto y parto normal 25. El Partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Perinatal hasta el momento del parto.	X	X	X
26. En el segmento inferior de la hoja de partograma (haga el primer control y registro de: • Tensión arterial. Mínimo cada hora durante toda la labor de parto. • Actividad uterina. Frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos. • Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente. Cada 30 minutos durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.	X	X	X
27. En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique: • La curva de alerta de dilatación cervical: Escoja en el extremo superior izquierdo del partograma (recuadro 2 del anexo 3) los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas (p10) dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm. de dilatación cervical. • La curva real de dilatación cervica: registre con un punto que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores. • La curva de descenso de la presentación fetal. Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma	X	X	X
28. Los hallazgos que sugieren un progreso en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son: • Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente; • Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta); • Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal. • No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en período expulsivo • El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno y fetal.	X	X	X
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO NORMAL: EXPULSIVO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente) PREPARATIVOS	NIVEL		
	I	II	III
1. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto dependiendo del nivel de	X	X	X

resolución donde se va a atender el parto.			
2. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
3. Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita el uso de la ropa según la costumbre y asegúrese que se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.	X	X	
4. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad	X	X	X
5. Ponga barreras protectoras para el médico y para la paciente.	X	X	X
EXPULSIÓN DE LA CABEZA			
1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.	X	X	X
2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada	X	X	X
3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.	X	X	X
4. Valore la necesidad de realizar EPISIOTOMÍA SELECTIVA. NO REALICE EPISIOTOMIA RUTINARIA a todas las mujeres. <ul style="list-style-type: none"> • No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. • La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal. • Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 	X	X	X
5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.	X	X	X
6. aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial	X	X	X
7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSION.	X	X	X
8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.	X	X	X
9. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello	X	X	X
FINALIZACIÓN DEL PARTO			
1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.	X	X	X
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	X
3. Pídale a la mujer que puxe suavemente con la próxima contracción.	X	X	X
4. Mueva hacia abajo la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.	X	X	X
5. Lleve la cabeza del bebé hacia arriba para extraer el hombro posterior	X	X	X
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza	X	X	X

hacia afuera.			
7. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta. <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento. 	X	X	X
8. Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir. <ul style="list-style-type: none"> • NO EXISTE APURO. • NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
9. Estimule el inicio precoz de la lactancia. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X

ATENCIÓN DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebé	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTÓNICO			
2. Administre oxitocina 10 unidades IM. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.	X	X	X
3. No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.	X	X	X
4. Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO TRACCIÓN CONTROLADA DEL CONDÓN UMBILICAL			
5. Acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	X
6. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	X
7. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	X
8. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero.	X	X	X
9. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	X

10. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente	X	X	X
11. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción para evitar la inversión uterina	X	X	X
12. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen	X	X	X
13. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO. MASAJE UTERINO			
14. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído	X	X	X
15. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	X
16. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	X
17. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
18. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrarreferencia).	X	X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO			
19. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	X	X	X
20. Lávese las manos minuciosamente.	X	X	X
21. NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO	X	X	X
22. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051			

**GUÍA DEL MANUAL DE PROTOCOLO NEONATAL DE ACUERDO A LAS
COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

PROTOCOLO DE MANEJO DEL RN PREMATURO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
ETAPA PRENATAL			
7. Realice, complete o revise la Historia Clínica Perinatal y el Carné perinatal.	X	X	X
8. Establezca factores de riesgo antes del nacimiento del RN	X	X	X
9. Si encuentra factores de riesgo importantes, comunique a los familiares	X	X	X
10. Identificar y tratar de ser posible, las causas de la prematuridad (especialmente las extrínsecas).	X	X	X
11. Si hay amenaza de parto pretérmino: administrar Betametasona (12 mg IM cada 24 horas por dos días) o Dexametasona (6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis) a la madre antes del parto; incluso si el nacimiento es inminente. Desde las 24 a las 34 semanas de edad gestacional.	X	X	X
12. Si se requiere de referencia a una unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es intraútero.	X	X	X
ETAPA POSTNATAL			
1. Valoración inicial e inmediata por el personal de mayor experiencia (no interno rotativo). Si es necesario, realizar maniobras de reanimación (ver Reanimación del RN).	X	X	X
2. APLICAR MEDIDAS GENERALES Prevenir la hipotermia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secar y abrigar al RN inmediatamente luego del parto (temperatura axilar entre 36,5°C y 37°C), ▪ No bañar. ▪ Si amerita, colocar en incubadora. ▪ Si no se cuenta con incubadora, optar por el Método Canguro. 			
TEMPERATURA DE INCUBADORA	X	X	X
PESO			
PRIMER			
PRIMER			
SEGUNDA A			

	G	DÍA	SEMANA	CUARTA SEMANA			
	500 a 1.499	34°C a 36°C	33°C a 34°C	32°C a 34°C			
	1.500 a 2.499	33°C a 34°C	32°C a 33°C	32°C a 33°C			
	2.500 o más	32°C a 33°C	31°C a 32°C	30°C a 31°C			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorear signos vitales ▪ Administrar oxígeno de ser necesario (mantener saturación entre 88% y 92%) ▪ Colocar Vitamina K (0.5 mg intramuscular en muslo derecho) ▪ Realizar profilaxis ocular ▪ Mantener ambiente térmico neutro ▪ Evitar los estímulos fuertes (ruido, luz, manipulación, etc.) 						
	3. Registrar temperatura axilar cada 8 horas mínimo (idealmente cada 3 horas). Mantener temperatura del RN entre 36,5 y 37,5 OC.				X	X	X
	4. Determinar cada 3 horas (hasta que el RN se estabilice): <ul style="list-style-type: none"> ▪ FC, ▪ FR, ▪ Presión arterial, ▪ Escala de Downes (ver Capítulo “Trastornos respiratorios”) ▪ Saturación de oxígeno, mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino. 				X	X	X
	5. Exámenes básicos: tipificación, bilirrubinas. De ser necesario realizar los exámenes para tratar la patología subyacente (BH, gases arteriales, etc.).				X	X	X
	6. Registrar glicemia tres veces al día y por razones necesarias. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa, realizar gasometría. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa: realizar radiografía de tórax.				X	X	X
	7. Prevenir la hipoglicemia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RN prematuro lo permiten; ▪ De lo contrario administrar líquidos intravenosos (ver Capítulo: “Líquidos Intravenosos”). 				X	X	X
	8. Administrar oxígeno, si RN presenta signos de dificultad respiratoria: taquipnea, cianosis, quejido espiratorio, o retracciones subcostales o subxifoideas. (Saturación normal: entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino)				X	X	X
	9. Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipoactividad, ▪ Mala succión, ▪ Distensión abdominal, ▪ Frecuencia respiratoria > a 60/min ▪ Frecuencia respiratoria < a 40/min 				X	X	X
	10. Identificar las posibles complicaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asfixia, S ▪ índrome de distrés respiratorio (membrana hialina, neumonía, barotrauma), ▪ Sepsis, 				X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ictericia, ▪ Encefalopatía hipóxica isquémica, ▪ Persistencia del conducto arterioso, ▪ Policitemia, ▪ Enterocolitis necrotizante, Anemia, Hemorragia intraventricular 			
<p>11. Una vez estabilizado el RN, realizar antropometría completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Talla ▪ Perímetro cefálico ▪ Graficar las curvas correspondientes. ▪ Determinar la edad gestacional y las horas/días de vida del RN ▪ Identificar si existe peso bajo y restricción de crecimiento fetal (RCF) (ver Capítulo “Peso Bajo”) ▪ Valorar la Escala de Downes (ver Capítulo “Trastornos respiratorios”). 	X	X	X
<p>12. Si el RN pesa menos de 2.000 g, edad estimada < a 34 semanas, necesitó de reanimación o presenta algún signo de peligro requiere inmediata referencia al Nivel III</p>	X	X	X
<p>13. Vigilar la temperatura y registrarla en la Historia Clínica. Si existe fiebre (temperatura axilar > 37°C), bajar por medios físicos. Si existe hipotermia (temperatura axilar < 36,5°C) abrigar</p>	X	X	X
<p>14. Si presenta inestabilidad térmica temperatura <35 °C o > de 37.5°C, mal estado general, taquipnea, taquicardia, letargia sospecha infección y si necesita ser referido a otra unidad de mayor complejidad, administrar la primera dosis de antibióticos (Ampicilina 50 mg/Kg IM y Gentamicina 5 mg/Kg IM) y transfiera al nivel III de acuerdo a las normas de transporte.</p>	X	X	X
<p>15. Si el RN presenta apneas y tiene < 34 semanas, administrar Aminofilina 6 mg/kg/dosis inicial, después continuar con 3 mg/kg/dosis, cada 8 – 12 horas, IV. Control diario de peso y perímetro cefálico semanal. Referencia a terapia intensiva, de ser necesario.</p>	X	X	X
<p>16. Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si está indicada la alimentación enteral y la FR es menor de 60 x´, dar leche materna exclusiva por succión. ▪ Si la FR está entre 61 x´ y 80 x´ dar leche materna exclusiva por sonda orogástrica. ▪ Si la FR es mayor a 80 x´, NPO. ▪ Si es necesario, administrar la leche por sonda orogástrica, en especial en RN es de menos de 34 semanas y peso menor a 1 800 gramos (succión y deglución inmaduras). ▪ Comenzar con volúmenes pequeños (5-10 cc/kg/día) y fraccionados cada 3 horas. ▪ Se aumentará el volumen diariamente en forma paulatina, de acuerdo a la condición clínica del RN. ▪ Completar los requerimientos con líquidos intravenosos. Vigilar la tolerancia gástrica, midiendo el residuo gástrico (> 1 cc/kg o si sobrepasa el 50% de la toma anterior por dos o tres tomas consecutiva, suspender la alimentación). 	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la frecuencia respiratoria sobrepasa las 60 rpm, suspender la alimentación. ▪ No dar suero glucosado ni otro líquido vía oral 			
<p>17. Requerimiento energéticos y de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aportes de glucosa: entre 5 y 7 mg/kg/min (Ver “Hipoglicemia”) ▪ Líquidos intravenosos (ver Capítulo “Líquidos y Electrolitos”) 	X	X	X
<p>18. Egreso.- Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de alta (independientemente de peso o edad):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación de la succión y deglución. ▪ Regulación de la temperatura. ▪ Condición clínica estable: FC, frecuencia respiratoria, presión. ▪ Hto > 30% ▪ Alimentación por succión, sin sonda, con ganancia de peso consistente de 20 a 30 gramos por día. ▪ Sin apneas por más de 7 días. ▪ Contar con valoración oftalmológica (para detección de ROP), detección precoz de hipoacusia y valoración cerebral (mínimo una ecografía transfontanelar). ▪ El RN en Método Canguro debe haber dormido con su madre en el hospital al menos por una ocasión. ▪ Registro completo en la Historia Clínica de todos los eventos. 	X	X	X
<p>19. Indicaciones al alta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulfato ferroso: 1 - 2 mg/Kg/día VO, a partir de las 4 semanas de vida posnatal, como dosis preventiva de anemia, ó 5 mg/Kg/día como dosis terapéutica (conjuntamente con Ácido fólico: 1 a 2 mg/semana). ▪ Vitamina E: 15 a 25 UI/día VO, en RN < de 1 500 gramos hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida* ó hasta los 2.000 gramos. ▪ Vitamina A: 1 500 UI/día VO, hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida. Aminofilina: 2 mg/kg/ dosis, cada 8 – 12 horas VO, si tiene < de 34 semanas por edad corregida se encuentra en tratamiento al alta 	X	X	X
<p>20. La madre debe recibir capacitación sobre puericultura y reanimación que se completarán en los controles subsecuentes.</p>	X	X	X
<p>21. Además, explicar los principales signos de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mala succión, ▪ Llanto irritable, ▪ Letargia, ▪ “Mal aspecto”, ▪ Hipo-hipertermia, ▪ Dificultad respiratoria, ▪ Distensión abdominal, ▪ Ictericia marcada, ▪ Vómito, ▪ Diarrea, ▪ Cambios de color en la piel, ▪ Sangrado, ▪ Pústulas, 	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otras infecciones de la piel u ojos 			
22. Registre los procedimientos realizados en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051 y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.	X	X	X
23. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo-a en el Registro Civil.	X	X	X
24. Programe una cita para la primera visita de seguimiento o proceda a contrarreferencia a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.	X	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO DEL RN PREMATURO METODO CANGURO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
VISITA DE SEGUIMIENTO (PRIMER CONTROL)			
1. Permite fomentar el cuidado del RN, con el mantenimiento óptimo de su temperatura, fortalecer el vínculo materno y fomentar la lactancia natural. Además, permite reintegrar al RN a la familia.	X	X	X
Colocar al RN en posición vertical, casi parado de tal manera que su mejilla toque el pecho de la madre. El RN debe estar desnudo completamente, sólo con el pañal, gorra y esarpines. La madre debe vestir ropa holgada y cómoda.	X	X	X
No se lo debe bañar. El RN debe permanecer las 24 horas del día en plan canguro; de ser necesario un familiar o allegado tomará el puesto de la madre. Nunca dejarlo en plano horizontal sobre la cama u otra superficie, excepto para cambiar el pañal. La madre debe dormir semi sentada	X	X	X
CONDICIONES DEL RN PARA EL MÉTODO DE CANGURO	X	X	X
Peso < 2.000 gramos (entre 1 500 y 2 000 gramos) No presentar ninguna patología, ni malformación grave, no depender de oxígeno. Temperatura axilar estable entre 36.5°C y 37°C Adecuada coordinación succión-deglución (> 34 semanas). No tener anemia grave (en especial en RN de más de 15 días de vida).. Los padres o familiares aceptan seguir el plan.	X	X	X
CONDICIONES MATERNA PARA EL MÉTODO CANGURO.	X	X	X
Debe aceptar las condiciones descritas, No debe tener problemas neurológicos, adicción a drogas o enfermedades	X	X	X

<p>infecto-contagiosas. Debe contar con la colaboración de otras personas, tanto para el cuidado del RN como de su entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al RN en Método Canguro hasta que tenga las 40 semanas de edad gestacional o sobre los 2 000 gramos de peso. <p>Este método puede servir como alternativa de transporte, si no se cuenta con incubadora.</p>			
--	--	--	--

PROTOCOLO DE MANEJO DE INFECCIÓN (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente) ETAPA PRENATAL	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice, complete o revise la Historia clínica perinatal y el carné perinatal.	X	X	X
2. Identificar y tratar de ser posible los factores de riesgo de infección	X	X	X
ETAPA POSTNATAL			
3. Valoración inicial e inmediata por el personal de mayor experiencia (no estudiante de pregrado). <ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, realizar maniobras de reanimación 	X	X	X
4. Determinar las horas o días de vida del RN y la edad gestacional.	X	X	X
5. Vigilar la temperatura y registrarla en la Historia Clínica. Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C. S <ul style="list-style-type: none"> • Si existe fiebre (temperatura axilar > 37°C), bajar la temperatura por medios físico. • Si existe hipotermia (temperatura axilar < 36,5°C), abrigar. 	X	X	X
6. Si está indicada la alimentación enteral, dar leche materna exclusiva por succión o por sonda orogástrica.	X	X	X
7. Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: <ul style="list-style-type: none"> • Hipoactividad, y Mala succión • Distensión abdominal, Frecuencia respiratoria > o igual a 60 (taquipnea) y Frecuencia respiratoria < a 40 (bradipnea). 	X	X	X
8. Secreción purulenta conjuntival: colirio de bacitracina (si se sospecha infección por gram positivos) o gentamicina (si se sospecha infección por gram negativos) 1 gota en cada ojo cada 3 horas, por 7 días. <ul style="list-style-type: none"> • Ombligo eritematoso (onfalitis) y/o pústulas en la piel pocas o localizadas (piodermitis): Dicloxacilina vía oral, 50 mg/kg/día cada 12 horas (RN menor de una semana) ó cada 8 horas (RN mayor de una semana), por 7 días. • Placas blanquecinas en la boca (Candidiasis): Nistatina 1 cc (100000U/cc) cada 6 horas por 7 – 10 días 	X	X	X
9. Identificar signos de peligro, registrarlos en la Historia Clínica y enseñar a la madre a identificarlos: <ul style="list-style-type: none"> • Mala alimentación • Llanto irritable • Letargia “Mal aspecto” Hipo-hipertermia • Dificultad respiratoria • Ictericia marcada • Vómito 	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Cambios de color en la piel, sangrado. 			
10. Si existe sospecha de infección generalizada, realizar exámenes: Contaje leucocitario Morfología de neutrófilos Plaquetas Glicemia	X	X	X
11. En base a los resultados, se sugiere utilizar el Score de Sepsis y/o la Tabla de Manroe	X	X	X
12. Si se sospecha de infección generalizada o sepsis, referir inmediatamente al Nivel II o III Antes de la referencia: <ul style="list-style-type: none"> • Dar la primera dosis intramuscular o intravenosa de antibióticos: • Ampicilina 50 mg/Kg IM y Gentamicina 5 mg/Kg IM. • Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje subcostal o quejido espiratorio (neumonía) • Mantener al RN abrigado y con lactancia materna exclusiva, si sus condiciones lo permiten. 	X	X	X
13. Solicitar auxiliares de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • BH • PCR • VSG • Glicemia • Electrolitos • Calcemia • Examen microscópico y elemental de orina • Gram de gota fresca • Hemocultivo • Radiografía de tórax (si se sospecha de neumonía). 		X	X
14. Valorar la Historia Clínica, el estado físico (signos de peligro) y la escala de sepsis. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar temperatura axilar cada 8 horas. • Determinar cada 3 horas (hasta que el/a RN se estabilice): FC, FR, presión arterial y saturación de oxígeno. • Si la unidad cuenta con el personal capacitado y el equipo necesario, manejar la infección; de lo contrario referir al Nivel III previa administración de la primera dosis de antibiótico. 		X	X
15. Completar exámenes: <ul style="list-style-type: none"> • BH, PCR, VSG y TP, TTP. • Glicemia, Electrolitos, calcemia, Radiografía de tórax (si se sospecha de neumonía) • Hemocultivo: 0.5 cc – 1cc de sangre periférica (un hemocultivo en sepsis temprana y dos hemocultivos para sepsis tardía, con 20 minutos de intervalo entre toma y toma), • Examen microscópico y elemental de orina + gram de gota fresca • Cultivo de orina (por punción suprapúbica; si no es posible, realizar cateterismo con estrictas normas de asepsia y antisepsia; el cultivo es útil en RN de más de 72 horas de vida), • Cultivos de puntas de catéter (positivo con >15 UFC/ml), otros cultivos: vías periféricas, tubos endotraqueales, tubos torácicos u otro material invasivo 			X

<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de líquido cefalorraquídeo: gram, citoquímico y bacteriológico, cultivo y antibiograma (en RN con síntomas de meningitis: letargia, hipo o hipertonia, convulsiones, apnea, irritabilidad, fontanela abombada; shock séptico, hemocultivo positivo) • Gasometría (en caso de severo compromiso hemodinámico). 			
16. Hasta recibir los resultados de los cultivos y si existe riesgo fundamentado de sepsis, es necesario iniciar el tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro que cubran bacterias grampositivas y gramnegativas. Por lo tanto es necesario colocar una vía intravenosa.			X
17. Si la evolución es desfavorable (persistencia de sintomatología a las 72 horas de tratamiento) rotar de antibiótico, hasta contar con el hemocultivo; Con evolución clínica favorable, exámenes auxiliares normales (BH, PCR y VSG) y hemocultivo negativo, suspender los antibióticos al 3er día de tratamiento			X
18. Administrar oxígeno para mantener una saturación > 90%			X
19. Tratar alteraciones hematológicas: (anemia, CID y trombocitopenia) se hará con transfusiones de los elementos necesarios.			X
20. Iniciar apoyo hemodinámico con inotrópicos (medicamentos vasoactivos: Dopamina y Dobutamina) e infusión de volumen en caso de choque séptico. TRATAMIENTO SELECCIÓN DE ANTIBIÓTICO <ul style="list-style-type: none"> • PRIMERA LÍNEA: Ampicilina + Aminoglucósido • SEGUNDA LÍNEA: Oxacilina+ Aminoglucósido • TERCERA LÍNEA: Cefalosporina de 3ra generación + Aminoglucósido • SOSPECHA DE MENINGITIS: Cefotaxima+ Aminoglucósido DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ANTIBIÓTICO <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y signos iniciales resueltos + cultivos negativos (2 - 3 DÍAS) • Síntomas y signos severo + cultivo negativo (5 a 7 DÍAS) • Cualquier sintoma, signo o factor de riesgo + cultivo positivo (7-10 DÍAS) (sangre, orina o material invasivo) • Signos de meningitis = cultivo de LCR positivo (14 DÍAS) • Meningitis por gram negativos entéricos (>20 DÍAS) • Neumonía precoz (7 DÍAS) • Neumonía intrahospitalaria (14 DÍAS) 			X
MEDIDAS SUBSECUENTES			
21. Determinar cada 3 horas (hasta que el RN se estabilice): FC, FR, presión arterial y temperatura axilar y saturación de oxígeno			X
22. Exámenes complementarios básicos diarios (BH, PCR, VSG, hematocrito capilar), Score de Sepsis y realización de hemocultivos cada 72 horas			X
23. Tan pronto se tenga el resultado del(os) cultivo(s), se ajustará el tratamiento al germen específico. Por lo tanto, la rotación de antibióticos se realizará, si es estrictamente necesario, cada 72 horas, de acuerdo a los resultados de cultivos, a resultados de exámenes y/o a la clínica del RN.			X
24. Mantener:			

<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente térmico neutro (temperatura axilar entre 36,5 y 37°C) • Monitoreo permanente de la saturación • Frecuencia cardíaca, Presión arterial, Temperatura y • Equilibrio hidroelectrolítico 			X
25. Si está indicada la alimentación, dar leche materna exclusiva por succión o por sonda orogástrica.			X
26. Realizar balance hídrico y densidad urinaria..			X
27. Considerar las precauciones universales de bioseguridad.			X
28. Seguimiento de alteraciones neurológicas, visuales y auditivas			X
29. Se espera que la recuperación tanto en la clínica como en los exámenes se normalice a las 72 horas con una adecuada terapéutica. Asegurar tratamiento antibiótico completo.			X
30. RN será dado de alta una vez que se cumplan las siguientes condiciones: desaparición de síntomas, screening de sepsis normal, cultivos y exámenes complementarios normales, al menos tres días de tratamiento antibiótico, buena succión, con lactancia materna exclusiva, sin vía endovenosa pro 24 horas.			X

WEB GRAFIA

1. <http://www.saludcapital.gov.co/sitios>
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.ht
4. http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/Ecuador-quinta-mortalidad-neonatal-region_0_448155187.html
5. www.indexmundi.com › Países › Ecuador › Población
6. www.salud.gob.ec/tag/mortalidad-materna/
7. www.investigacionsalud.com/index.php?option=com...id...
8. es.scribd.com/doc/81813502/16/Mortalidad-Materno-Infantil
9. www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D146.pdf
10. www.slideshare.net/saludpublica/materno-infantil
11. www.prenatal.tv/lecturas/.../6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf
12. womenshealth.gov/.../embarazo/...embarazada/complicaciones-embarazo...
13. www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/mdg_b_main_sp.pdf

14. www.who.int/.../salud_maternoinfantil_necesidades_y_desafios.pdf
15. www.who.int/maternal_child.../maternal/maternal.../es/index.html
16. <http://www.monografias.com/Salud/index.shtml>
17. www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/es/
18. www.reeme.arizona.edu/.../Complicaciones%20del%20Embarazo.pdf
19. www.mibebeyyo.com/embarazo...
20. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/.../000486.htm
21. www.nacersano.org/centro/9254_9651.asp
22. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003267.htm>
23. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003264.htm
24. www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_oligoamnios.php
25. www.hola.com › Salud › Enciclopedia de la salud
26. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001562.htm
27. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002271.htm

BIBLIOGRAFIA – HEMEROGRAFIA

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato>
2. Alvarez, Maria Franci; Harrington, Maria E.; Peláez, E.; Ribotta, B. (2006).
3. Informe sobre Mortalidad materna neonatal de la Maternidad de la Ciudad de Esmeraldas.
4. es.wikipedia.org/wiki/embarazo
5. es.wikipedia.org/wiki/complicaciones
6. http://es.wikipedia.org/wiki/L%C3%ADquido_amni%C3%B3tico
7. http://es.wikipedia.org/wiki/Parto_pret%C3%A9rmino
8. es.wikipedia.org/wiki/Oligohidramnios
9. es.wikipedia.org/wiki/neonatos
10. libro manual de enfermería
11. Libro de Neonatología (Documento PDF 1125,43KB).
12. Protocolos en Neonatología (Documento PDF 1416,98KB).
13. es.wikipedia.org/wiki/Parto_pret%C3%A9rmino
14. [es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_obstétrica](https://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_obst%C3%A9trica)

15. [http://es.wikipedia.org/wiki/Protocolo_\(gen%C3%A9rico\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Protocolo_(gen%C3%A9rico))
16. <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>

ANEXOS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
EN ESMERALDAS.**

ESCUELA DE ENFERMERIA

**Encuestas dirigida a las usuarias que son atendidas en el área de
Gineco-obstetricia.**

Se lo realizará con la finalidad de recopilar datos que contribuyan en el proceso investigativo que se llevara a cabo para identificar las causas que influyen en las complicaciones materna, fetal y neonatal en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

Encuestadora: Gisela Fonseca Corozo

Fecha:.....2013

Edad:.....**Género:**.....**Etnea:**.....

Ocupación:.....**Estado civil:**.....

¿Su nivel de educación actual es?

Primaria

Secundaria

Superior

Ninguno

¿Edad de la madre?

14 a 18

19 a 23

24 o más

¿Asiste regularmente a sus controles prenatales?

Si

No

A veces

¿Ha presentado complicaciones durante el embarazo?

Si

No

Cual.....

¿Cuántos controles prenatales recibió usted?

1 a 5

8 a 12

Otros.....

Ninguno.....

¿Recibió consejería de parte del personal de enfermería durante los controles y en el momento de parto?

Si

No

¿Consume o consumía alguna sustancia toxica como: drogas o alcohol?

Si

No

Cual.....

¿Durante el embarazo ha acudido donde alguna partera?

Si

No

Por qué.....

¿Vive en área rural o urbana?

Si

No

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
ESMERALDAS.**

ESCUELA DE ENFERMERIA

**GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD
QUE ASISTEN EN LA ATENCION DEL AREA DE GINECO-
OBTETRICIA Y NEONATOLOGIA.**

Determinar el grado de habilidades y destrezas que tiene el equipo de salud en la aplicación de normas y valorar la efectividad de las medidas de bioseguridad que aplica el personal de salud en la atención al usuario.

¿Espacio físico de la sala de gineco-obstericia y neonatología?

**¿Conoce y aplica las normas y procedimientos de la atención materna
neonatología?**

Todos	<input type="checkbox"/>
Algunos	<input type="checkbox"/>
Ningunos	<input type="checkbox"/>

¿Utiliza los métodos de barreras?

Siempre	<input type="checkbox"/>
Rara vez	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Manejo y eliminación de desechos

Adecuados	<input type="checkbox"/>
Inadecuados	<input type="checkbox"/>

Control de signos vitales

Cada 15 minutos

Cada turno

Por razones necesarias

Control de los loquios o sangrado

Siempre

Rara vez

Nunca

**REVISION EN LA HISTORIAS CLINICAS DE LOS USUARIOS PARA
CONOCER LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA NEONATAL**

Nº FICHA..... HC Neonato:HC Madre.....

1. DATOS Maternos

Edad:..... Gesta:..... E. Gestacional: E. Civil:

¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se presentan en la madre?

Pre eclampsia

Diabetes gestacional

Placenta previa

Eclampsia

Aborto prematuro

Parto pre término

E.T.S

Otros.....

¿Bajo Peso al Nacer Previo?

Si

No

A veces

¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se presentan en neonatos?

SDR I Y II

Sufrimiento fetal

Sepsis

E.T.S

Otros.....

¿Presentación en el parto?

Cefálica

Podálica

¿Tipo de Parto

Vaginal

Cesárea

¿El parto fue?

Pre terminó

Termino

Post termino

¿Espacio físico, equipamiento y recursos humano?

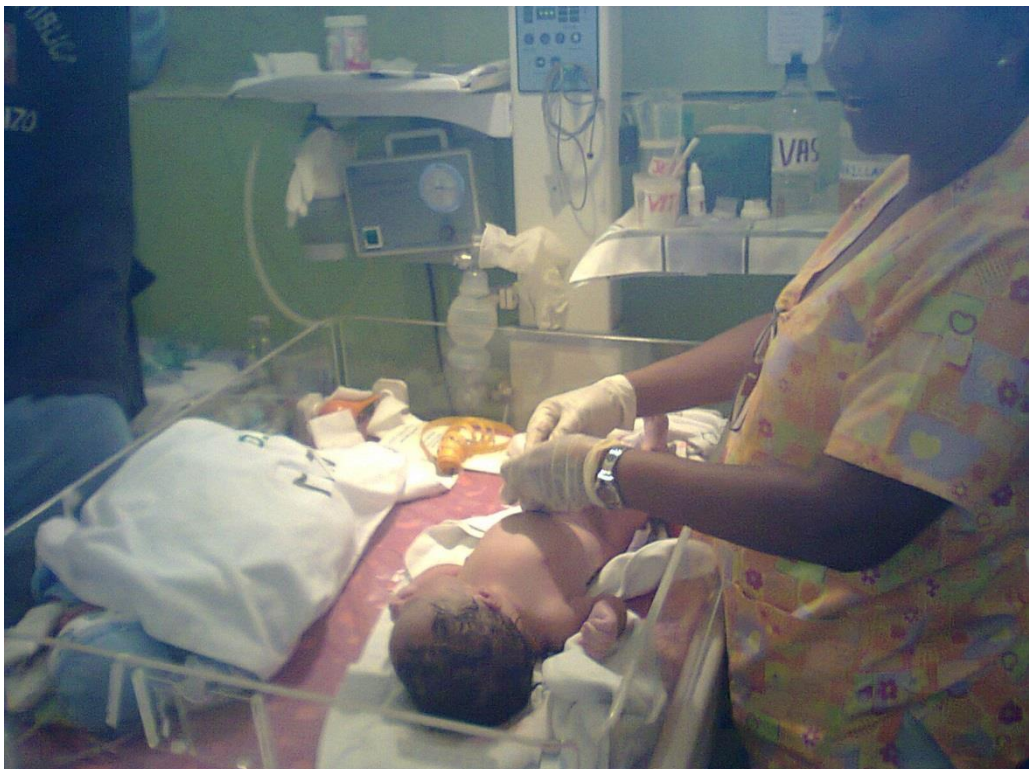
Suficiente

Insuficiente

NEONATOS



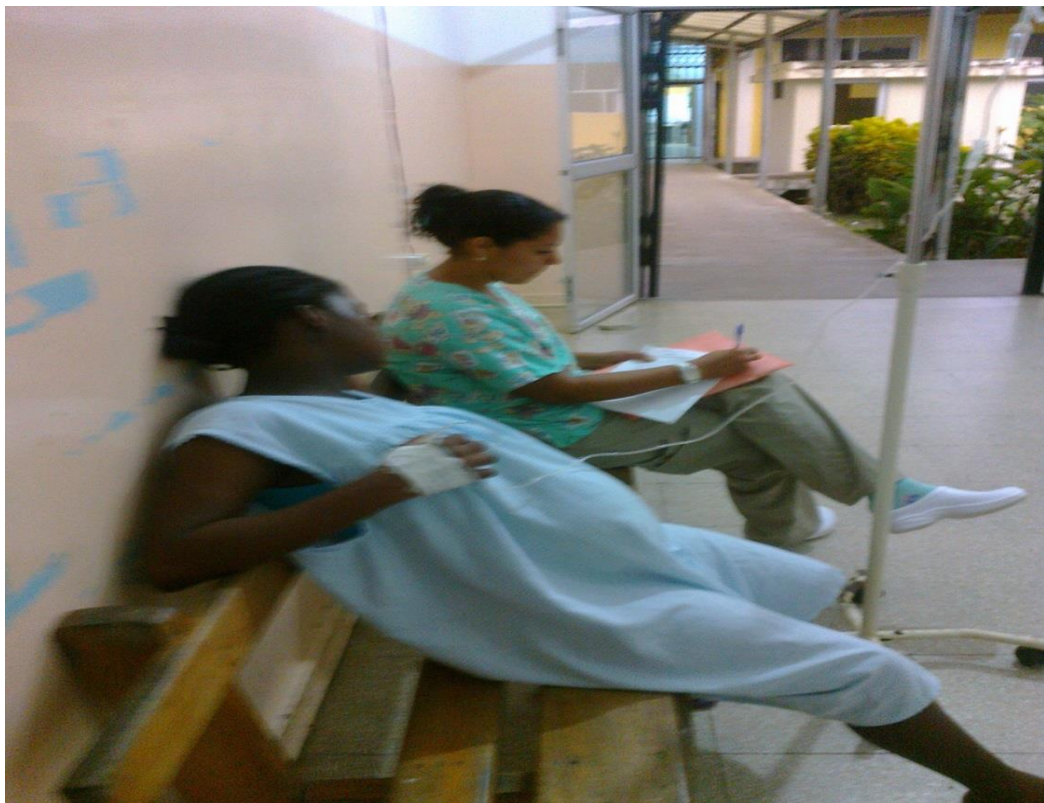
SALA DE GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA







APLICACIÓN DE ENCUESTAS



PRESUPUESTO

Materiales	Valor Total
Material de oficina	146,37
Material impresión e internet	320,50
Tecnológico	1661,40
Otros	912,96
Total	3041.23

Material de oficina

Insumos	V. unitario	cantidad	trimestral
Resmas	4,00	7	28,00
Lápiz	0,99	3	2,97
Porta mina	0,60	5	3,00
Esferos	0,40	10	4,00
Marcadores permanentes y tiza liquida	0,80	10	8,00
Grapadora, perforadora y saca grapas	4,50	3	13,50
Borrador	0,30	5	1,50
Corrector	2,30	4	9,20
Archivador	8,25	5	41,25
Grapas	3,05	3	9,15
porta laminas	0,50	20	10,00
Clip	1,50	6	9,00
Cinta masquil	2,20	1	2,20
Carpetas	0,75	6	4,00
Tijera	1,00	2	2,00
Reglas	2,60	1	2,60
Goma	2,50	1	2,50
Total	36,24		151,37

Material de impresión

Material	v. unitario	Cantidad	Trimestral
Copias	0,03	1,000	30,00
Impresiones a color	0,30	100	30,00
Impresiones blanco y negro	0,10	1,000	100,00
Internet	0,80	-	150,00
Fotografías	0,35	30	10,50
Total	1,58		320,50

Tecnológico

	v. unitario	Cantidad	Trimestral
Cámara fotográfica	260,00	1	260,00
Flash memori	12,40	1	12,40
Computadora portátil	1.389	1	1.389
Total	1661.40		1661,40

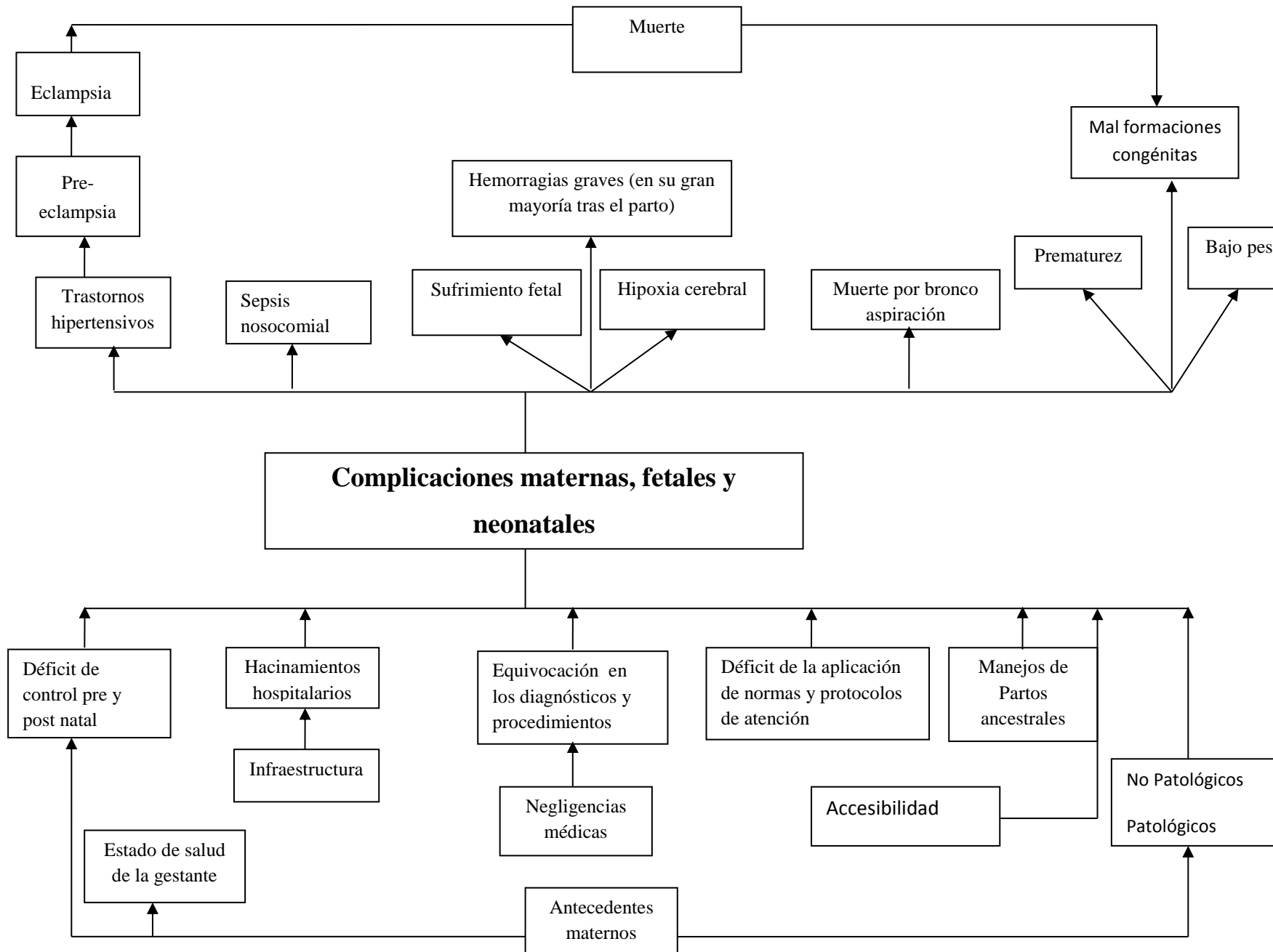
OTROS

	v. unitario	Cantidad	Personas	Trimestral
Movilización de una persona	2,50	12 semanas	1	36,00
Refrigerio	3,00	12 semanas	1	42,00
Talentos humanos	228,69	40horas	1	876,96
TOTAL	234,19			912,96

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Mamá.

ÁRBOL DE PROBLEMA



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	TÉCNICA
<p>Determinar las complicaciones materno-fetales en el área de gineco-obstetricia del hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo durante el primer trimestre del año 2013.</p>	Antecedentes maternos	Las complicaciones maternas son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos.	Datos personales maternos	Etnia	Afro-Ecuatoriano Mestizo	Encuestas
	Complicaciones maternas	Hay que diferenciar entre las complicaciones que surgen durante el embarazo por enfermedades previas de la madre o las que son provocadas por el hecho mismo del	Complicaciones durante el embarazo	Estado civil	Soltera Unión Libre Casada	Encuestas
				Ha presentado complicaciones	Si No	Encuestas
				Crisis hipertensivas Anemia Eclampsia Pre eclampsia Diabetes gestacional	Si No Otros	Encuestas Revisión de historia clínica
				Edad de la	14-18 años	

		embarazo.		madre.	19-23 años 24 o más	Encuesta
				Residencia	Urbana Rural	Encuesta
				Ocupación	Ama de casa Estudiantes Otros	Encuesta
				Escolaridad	Primaria Secundaria Superior Ninguno	Encuestas
				Asistencia a los controles prenatales	Si No	Encuestas
				Cuantos controles prenatales se hicieron	1 a 3 4 a 6 7 a 9 10 a 12	Encuestas

				Consumo de sustancias tóxica	Si No Cuales	Encuestas
				Atención ancestral a parteras no capacitadas	Si No	Encuestas
				Antecedentes obstétricos	Primigestas Multípara	Encuestas Revisión de historias clínicas
				Abortos	Si No	Encuestas
				Edad gestacional	< 8 SG 9- 20 SG 21 – 34 SG >35 SG	Encuestas Revisión de historia clínica
				Tipo de parto que presentó.	Parto vaginal cesárea	Encuestas Revisión de historia clínica

				Recibió consejería	Si No	Encuestas Revisión de historia clínica Encuesta
--	--	--	--	-----------------------	----------	---

<p>Identificar las complicaciones neonatales en el área de gineco-obstetricia del hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo durante el primer trimestre del año 2013.</p>	<p>complicaciones neonatal</p>	<p>Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pos término.</p>	<p>Causas</p>	<p>Bajo peso al nacer</p> <p>Presento complicaciones el neonato</p>	<p>Si No</p> <p>Si No Cuales</p>	<p>Observación y revisión de historia clínica</p> <p>Encuestas Revisión de historia clínica</p>
--	--------------------------------	--	---------------	---	--	---

Determinar el grado de habilidades y destrezas que tiene el equipo de salud en la aplicación de normas de atención al paciente.	Equipo de salud	El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.	Conoce y aplica las normas y procedimientos de la atención materna neonatología.	Control de signos vitales	Cada 15 minutos Cada turno Por razones necesarias	Observación
				Control de sangrado (loquios)	Siempre Casi siempre Nunca	Observación
				Valoración de la altura uterina	Cada 15 minutos Cada 30 minutos Cada hora	Observación

Determinar las Causas de complicaciones Institucionales				Espacio físico	Adecuado Inadecuado	Observación
				Ventilación	Si No	Observación
				Higiene	Si No	Observación

