

**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
(INCAP/OPS)
AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO**



Protocolos para el Manejo de las Principales Emergencias Obstétricas y Neonatales

Para Centros y Puestos de Salud
Proyecto de Salud Materno Neonatal de Quetzaltenango

Barbara Schieber
Raúl Najarro
Sara Koritz
Alfred Bartlett
Junio Robles

GUATEMALA, 1993

**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
(INCAP/OPS)
AREA DE SALUD DE QUETZALTENANGO**



**Protocolos para el Manejo de las
Principales Emergencias
Obstétricas y Neonatales**
Para Centros y Puestos de Salud
Proyecto de Salud Materno Neonatal de Quetzaltenango

Barbara Schieber
Raúl Najarro
Sara Koritz
Alfred Bartlett
Junio Robles

Publicación INCAP-MDE/055



GUATEMALA, 1993

El trabajo en el cual se basa este documento y su producción fue financiada por el Proyecto MotherCare bajo Contrato No. DPE-5966-Z-00-8083-00 con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID), y con recursos propios del INCAP/OPS.

AGRADECIMIENTOS

Estamos profundamente agradecidos por la colaboración de las siguientes personas en el desarrollo y prueba de este manual:

- Dr. Carlos González INCAP
- Dr. Luis Roberto Santamarina INCAP
- Dr. Mario Mejía, Neonatólogo Consultor
- Pamela Putney, MPH, CNM Consultora
- Barbara Kwast, Ph.D. MotherCare
- Lic. Clara Luz Barrios Jefatura,
Area de Salud de Quetzaltenango

Personal de los distritos de salud de Palestina de los Altos, San Juan Ostuncalco, San Martín Sacatepéquez, San Carlos Sija y Cabricán, del Area de Salud de Quetzaltenango, Guatemala.

Se agradece la labor de los revisores técnicos del INCAP:

- Dr. Rolando Cerezo
- Dr. José Antonio Szászdi
- Dr. Rubén Grajeda

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCION	1
1. Atención prenatal normal	2
2. Atención post parto normal	4
3. Atención del recién nacido normal	5
A. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS	
1. Aborto o amenaza de aborto	9
2. Aborto séptico	11
3. Hemorragia vaginal durante el embarazo, producida por: placenta previa/desprendimiento prematuro de placenta	14
4. Ruptura prematura de membranas	16
5. Pre-eclampsia	19
6. Trabajo de parto prematuro	22
7. Malpresentación	25
8. Trabajo de parto prolongado	27
9. Hemorragia en el post parto	29
10. Infección uterina en el post parto	33
B. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS NEONATALES	
1. Prematurez/bajo peso al nacer	37
2. Sepsis en el recién nacido	40
3. Asfixia en el recién nacido	43
APENDICE 1:	
Dosis de Antibióticos para Neonatos	47
Dosificación para Antibióticos Intravenosos	48
Abreviaturas	49
APENDICE 2:	
Proyecto de Salud Materno Neonatal de Quetzaltenango	53
BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUCCION

Este documento fue elaborado para ser utilizado en servicios de salud a nivel de la comunidad y contribuir así a disminuir la mortalidad materna y peri-neonatal; además forma parte de un esfuerzo sistemático para mejorar la atención de casos obstétricos y neonatales (Proyecto de Salud Materno Neonatal de Quetzaltenango -Apendice 2-). Se incluyeron los protocolos de manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales que producen la mayor mortalidad en las madres y recién nacidos en el área rural del altiplano de Guatemala. Las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia, sepsis, pre-eclampsia y eclampsia. Las principales causas de mortalidad peri-neonatal son: asfixia (por trabajo de parto prolongado y malpresentaciones), sepsis y complicaciones de prematuridad y bajo peso al nacer. El esquema utilizado para cada complicación es el siguiente:

1. **¿Qué es?**
Una breve definición de la complicación.
2. **¿Cómo se manifiesta?**
Signos y síntomas de la complicación.
3. **¿Qué preguntas debe hacer a la paciente?**
Historia de la complicación.
4. **¿Qué se debe evaluar en la paciente?**
El examen físico que debe realizarse.
5. **Criterios de referencia.**
En qué momento se debe referir a la paciente al hospital.
6. **Tratamiento-Manejo**
¿Cómo manejar el caso en la comunidad antes y después de la referencia?
¿Qué hacer si la familia no acepta la referencia al hospital?
7. **Consideraciones importantes**
Se mencionan aspectos clave sobre la complicación.



En la primera versión de este documento se incluyeron muy pocos medicamentos y tratamientos para uso a nivel de los centros y puestos de salud. Esto se hizo considerando que en la actualidad no hay muchos recursos ni medicamentos a ese nivel; y que, en el Área de Salud de Quetzaltenango, el tiempo máximo para llegar (en vehículo) a un hospital no excede de 4-5 horas.

No obstante, en otras áreas de salud y en otros países las distancias y condiciones geográficas del área rural no permiten una referencia tan rápida. Por lo tanto, en esta segunda versión se incluyeron tratamientos para el nivel local, siempre haciendo énfasis en que posiblemente en la mayoría de los centros y puestos de salud no existen muchos de los medicamentos que aquí se mencionan. Sin embargo, podrían obtenerse a través de gestiones con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social u otras organizaciones que laboran en el sector salud o con la participación de la comunidad. Es necesario resaltar que **DEBE TENERSE MUCHO CUIDADO** al dar cualquiera de los medicamentos y/o tratamientos, y que debe evaluarse constantemente el estado del paciente.

Al inicio del documento se presenta un recordatorio de las acciones más esenciales a realizar en el control prenatal, post natal y del recién nacido normales.

ATENCION PRENATAL NORMAL

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la atención que se le da a la mujer embarazada con el propósito de poder hacer una detección y prevención temprana de problemas durante el embarazo, dar un tratamiento apropiado y, de ser necesario, referir al hospital.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. Edad
2. Historia de los embarazos previos:
 - Número de embarazos
 - ¿Le han hecho una operación cesárea?
3. Ultimo período menstrual
4. ¿Siente que está hinchada de las manos o de la cara?
5. ¿Ha tenido hemorragia?
6. ¿Tuvo una ruptura prematura de membranas?
7. ¿Tuvo dolores de parto prematuros?
8. ¿Ha mostrado signos y síntomas de pre-eclampsia: dolor de cabeza, problemas visuales, náusea, vómitos, dolor epigástrico?



¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Presión arterial (en posición sentada)
2. Ultimo período menstrual. Calcular la edad gestacional y la fecha estimada de parto
3. Altura uterina
4. Posición del feto, número de fetos (gemelos)
5. Ritmo cardíaco fetal
6. Edema: manos/cara/extremidades inferiores

CRITERIOS DE REFERENCIA

Las pacientes que muestren cualquiera de las siguientes condiciones deben ser referidas al hospital para evaluación o para dar a luz:

1. Gemelos, trillizos
2. Hemorragia
3. Pre-eclampsia
4. Operación cesárea previa
5. Trabajo de parto prematuro
6. Ruptura prematura de membranas
7. Malpresentación

TRATAMIENTO - MANEJO

EDUCACION

Dar orientación sobre los signos de peligro durante el embarazo y el parto:

Embarazo

1. Edema de manos y cara
2. Gemelos
3. Hemorragia
4. Malpresentación del feto
5. Trabajo de parto prematuro
6. Ruptura prematura de membranas
7. Operación cesárea previa

Parto

1. Trabajo de parto prolongado
2. Hemorragia post-parto
3. Infección post-parto
4. Lactancia materna

MEDICAMENTOS

A todas las embarazadas se les debe dar multi-vitaminas prenatales y complementos de hierro durante todo el embarazo (si hay disponibles).

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Siempre trate de tomar la presión arterial por lo menos una vez durante el séptimo, octavo y noveno mes, que es cuando se puede presentar la pre-eclampsia.
2. Siempre trate de detectar la posición del bebé durante el noveno mes, ya que en las últimas dos o tres semanas del embarazo es muy difícil que el bebé cambie de posición. Si en el noveno mes el bebé no está en posición cefálica, la paciente debe ser referida al hospital para que dé a luz.

ATENCION DEL POST PARTO NORMAL

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la atención que se le da a la mujer desde el momento que da a luz hasta seis semanas después, con el propósito de poder hacer una detección y prevención temprana de problemas, dar un tratamiento apropiado y, de ser necesario, referir al hospital.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. Número de días después del parto
2. Tipo de parto
3. ¿En dónde ocurrió el parto?
4. ¿Quién atendió el parto?
5. ¿Ha tenido fiebre?
6. ¿Ha tenido hemorragia?
7. ¿Ha tenido flujo vaginal con muy mal olor?
8. ¿Ha tenido dolor en el abdomen?
9. ¿Ha tenido problemas en los pechos?
10. Estado del recién nacido.

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Fiebre, presión arterial, ritmo cardíaco
2. Presencia de flujo vaginal con muy mal olor
3. Presencia de dolor abdominal
4. Involución uterina
5. Pechos

CRITERIOS DE REFERENCIA

Las pacientes que muestren signos de infección o hemorragia (ver Protocolos para Hemorragia en el post parto e Infección uterina en el post parto) deben ser referidas al hospital.

TRATAMIENTO - MANEJO

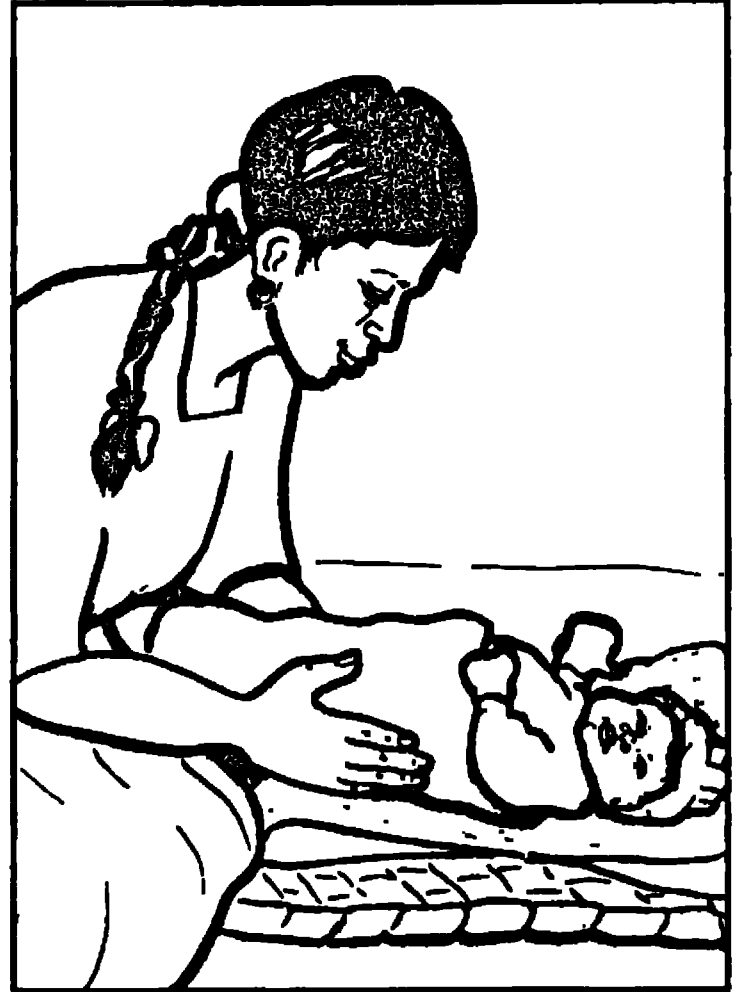
EDUCACION

Dar orientación sobre:

1. Higiene personal
2. Nutrición apropiada
3. Técnicas para la lactancia materna
4. Signos de peligro durante el post parto:
 - Fiebre
 - Hemorragia
 - Dolor en el abdomen
 - Flujo vaginal con muy mal olor

MEDICAMENTOS

A todas las pacientes se les debe dar multi-vitaminas prenatales y complementos de hierro (si hay disponibles).



ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la atención que se le da a un recién nacido desde el momento que nace hasta que cumple 28 días de edad, con el propósito de poder hacer una detección y prevención temprana de problemas, dar un tratamiento apropiado y, de ser necesario, referir al hospital.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. Edad del bebé en días
2. Tipo de parto
3. ¿En dónde ocurrió el parto?
4. ¿Quién atendió el parto?
5. ¿Ha tenido fiebre el bebé? ¿Ha estado muy frío?
6. ¿Cómo es su llanto?
7. ¿Está activo?
8. ¿Está mamando bien?
9. ¿Cómo respira?
10. ¿Está triste, irritable?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL BEBE?

1. Edad en días
2. Peso
3. Temperatura
4. ¿Cómo es su llanto?
5. ¿Está activo?
6. ¿Está mamando bien?
7. ¿Cómo respira?
8. Edad gestacional al momento del nacimiento

CRITERIOS DE REFERENCIA

Los bebés que muestran signos de infección, prematuridad, asfixia (ver Protocolos), o de cualquier otra anomalía, deben ser referidos al hospital.

TRATAMIENTO - MANEJO

EDUCACION

Dar orientación sobre:

1. Técnicas para la lactancia materna
2. Lactancia materna exclusiva
3. Mantener al bebé caliente y limpio
4. Signos de peligro en el recién nacido:
 - Llanto
 - Temperatura
 - Actividad
 - Succión (forma de mamar)
 - Respiración

MEDICAMENTOS

Ninguno.



A. PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE ABORTO O AMENAZA DE ABORTO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Aborto es la pérdida del producto del embarazo durante los primeros seis meses de gestación (28 semanas).

Amenaza de aborto es la presencia de hemorragia (leve a moderada) durante los primeros seis meses, sin que haya pérdida del bebé.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

ABORTO

- Hemorragia (moderada a severa)
- Dolor similar al del trabajo de parto (contracciones)
- Expulsión del producto del embarazo

AMENAZA DE ABORTO

- Hemorragia vaginal leve (como si fuera un período menstrual)
- Dolor leve en la parte inferior de la espalda y en el abdomen
- No hay expulsión del producto del embarazo. El bebé sigue vivo



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

- 1 ¿Cuándo principió el sangrado? ¿Es mucho o poco?
2. ¿Tiene algún dolor? ¿En dónde? ¿Cuándo principió? ¿Es muy fuerte?
- 3 ¿Ha expulsado algo como pellejitos - carne (restos placentarios)?
- 4 ¿Ha tenido fiebre?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

- 1 Examinar **POR FUERA** la vagina para ver si hay sangrado. Si hay, ¿qué cantidad?
2. Revisar la ropa interior para ver el tipo de material que ha expulsado la señora.
- 3 Tomarle la temperatura para ver si hay fiebre.
4. Tomarle la presión arterial y el pulso

CRITERIOS DE REFERENCIA

Cualquier cantidad de hemorragia durante el embarazo es anormal. Por lo tanto, todas las embarazadas que tienen hemorragia deben ser referidas al hospital. La cantidad de sangre que se ve por fuera no representa las complicaciones internas que puedan existir.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique todo a la familia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.
3. Si es posible, inicie solución intravenosa (Salino, Hartman's). Si no hay, administre líquidos por vía oral. Continúe hidratando a la paciente durante el viaje.
4. Si es posible, traiga al hospital dos personas que puedan donar sangre.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Explique a la familia y a la comadrona los peligros que corre la madre y el niño.
2. Recomiende reposo absoluto (permanecer en cama).
3. Si en el centro o puesto de salud hay personal para monitorear a la paciente, inicie solución intravenosa (Salino, Hartman's). Continúe la solución hasta que pare la hemorragia. Si no es posible administrar solución intravenosa, es muy importante dar líquidos por vía oral.
4. Reposo pélvico (no tener relaciones sexuales).

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Cuando hay hemorragia durante el embarazo, la vida de la madre y del bebé pueden correr peligro.
2. Debe evaluarse constantemente la presión sanguínea y el pulso para poder detectar la hipotensión secundaria a la hemorragia.
3. Si la paciente no pierde el producto del embarazo, el parto debe atenderse en el hospital.
4. Si es posible, investigue si fue un aborto provocado. Si parece un aborto provocado, dé tratamiento como si fuera un aborto séptico (ver Protocolo para el manejo de aborto séptico).
5. Si hubiera fiebre o descarga vaginal con mal olor, ver protocolo para el manejo de aborto séptico.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL ABORTO SEPTICO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la pérdida del producto del embarazo durante los primeros seis meses de gestación, con infección secundaria.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

1. Hemorragia (puede ser leve, moderada o severa)
2. Dolor similar al del trabajo de parto (contracciones)
3. Dolor en la parte inferior del abdomen
4. Expulsión de tejidos (restos placentarios)
5. Fiebre
6. Sangrado o descarga vaginal con mal olor.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Cuándo principió el sangrado? ¿Es mucho o poco?
2. ¿Tiene algún dolor? ¿En dónde? ¿Cuándo principió? ¿Es muy fuerte?
3. ¿Ha expulsado algo como pellejitos - carne (restos placentarios)?
4. ¿Fue un aborto provocado? (Esta pregunta debe hacerse con mucha sutileza y tacto.)
5. ¿Ha notado mal olor en el sangrado y en la descarga vaginal?
6. ¿Ha tenido fiebre o escalofríos?



¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examinar **POR FUERA** de la vagina para ver si hay sangrado. Si hay ¿qué cantidad?
2. Revisar y oler la ropa interior de la señora.
3. Tomarle la temperatura para ver si hay fiebre o si está hipotérmica.
4. Tomarle la presión arterial y el pulso.
5. Oler el sangrado y la descarga vaginal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Un aborto siempre pone en peligro la vida de la madre. Si es un aborto séptico, el peligro es mucho mayor por lo que la paciente debe ser referida al hospital para que se le haga un legrado. Este es el tratamiento más importante, además de la administración de los antibióticos.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique todo a la familia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.
3. Si en el centro o puesto de salud hay personal para monitorear a la paciente mientras se le traslada al hospital, inicie solución intravenosa (Salino, Hartman's). Si no es posible administrar solución intravenosa, es muy importante dar líquidos por vía oral.
4. Tratamiento inicial:

Medicamentos de primera elección:

Penicilina procaina, 800,000 unidades, intramuscular, en el borde externo del muslo, cada 12 horas Y
Cloranfenicol 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr cada 6 horas

Medicamentos de segunda elección:

Ampicilina 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr cada 4 horas Y
Metronidazol 500 mgr por vía oral cada 6 horas.

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a. Ampicilina y Cloranfenicol
 - b. Penicilina y Metronidazol
 - c. Ampicilina y Gentamicina
 - d. Penicilina y Gentamicina
- utilizando las dosis mencionadas arriba (dosis Gentamicina-página 47)

Si la familia no acepta la referencia:

1. Si en el centro o puesto de salud hay personal para monitorear a la paciente, inicie solución intravenosa (de preferencia Salino, Hartman's). Si no es posible administrar solución intravenosa, dar líquidos por vía oral. Iniciar terapia de antibióticos:

Medicamentos de primera elección:

Penicilina procaina, 800,000 unidades, intramuscular, en el borde externo del muslo, cada 12 horas Y
Cloranfenicol 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr cada 6 horas

Medicamentos de segunda elección:

Ampicilina 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr cada 4 horas Y
Metronidazol 500 mgr por vía oral cada 6 horas.

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a. Ampicilina y Cloranfenicol
 - b. Penicilina y Metronidazol
 - c. Ampicilina y Gentamicina
 - d. Penicilina y Gentamicina
- utilizando las dosis mencionadas arriba (dosis Gentamicina-página 47)

Estos tratamientos siempre deben darse por diez días.

2. Dar acetaminofén.

3. Aumentar el consumo de líquidos (Las pacientes con infección grave y pérdida de sangre necesitan muchos líquidos para mantener su presión sanguínea y ayudar a que disminuya la fiebre. Se pueden deshidratar muy rápidamente).

-
4. Si es posible, visitar a la paciente todos los días.
 5. Mantener limpia el área vulvar y cambiar la ropa interior frecuentemente.

NOTA

Las medicinas que se dan por vía oral o intramuscular no tienen el mismo efecto de las que se dan por vía intravenosa. Si es posible, es mejor hacerlo por vía intravenosa (ver Apéndice 1).

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Es muy difícil curar en casa un aborto séptico, ya que es necesario practicar un legrado lo más pronto posible para evacuar del útero todo el material infectado.
2. Esta infección puede producir una complicación conocida como "choque séptico". Los síntomas son: fiebre o hipotermia, taquicardia, sofocamiento, ictericia, confusión y/o ansiedad, hipotensión. Esta condición es muy grave y las pacientes pueden morir. La única manera de salvarles la vida es refiriéndolas inmediatamente al hospital.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE HEMORRAGIA VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO, PRODUCIDA POR: PLACENTA PREVIA/DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es una hemorragia vaginal durante el embarazo cuya causa puede ser placenta previa o desprendimiento de placenta, y que usualmente se presenta en el último trimestre del embarazo. Cualquier hemorragia vaginal después de las 28 semanas o 6 meses de gestación debe ser considerada como si fuera placenta previa o desprendimiento de placenta, hasta que haya sido probada otra causa.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

1. Placenta previa:
 - Hemorragia (puede ser escasa o profusa)
 - Ningún dolor
 - Utero blando.
2. Desprendimiento de placenta
 - Hemorragia (puede ser escasa o profusa)
 - Dolor abdominal constante
 - Utero duro, tenso.



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Cuándo principió el sangrado? ¿Es mucho o poco?
2. ¿Tiene algún dolor? ¿En dónde? ¿Cuándo principió? ¿Es muy fuerte?
3. ¿Ha notado si el útero está blando o tenso (duro)?
4. ¿Ha tenido el mismo problema en los otros embarazos?
5. ¿Se está moviendo el bebé?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examinar **POR FUERA** la vagina para ver si hay sangrado. Si hay, ¿qué cantidad? **NO** hacer examen vaginal.
2. Palpar el útero para determinar si está blando o tenso.
3. Tomar el pulso y la presión arterial.
4. Evaluar el foco fetal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Cualquier cantidad de hemorragia vaginal durante el embarazo es anormal. Por lo tanto, todas las embarazadas que tienen hemorragia deben ser referidas al hospital. La cantidad de sangre que se ve por fuera no representa las complicaciones internas que puedan existir. Es posible que se vea muy poca hemorragia por fuera, pero que exista una gran hemorragia interna.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique todo a la familia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.
3. Si en el centro o puesto de salud hay personal para monitorear a la paciente mientras se le traslada al hospital, inicie solución intravenosa (de preferencia Salino, Hartman's). Continúe la solución intravenosa durante el viaje.
4. Recueste a la señora sobre su lado izquierdo.
5. Si es posible, traiga al hospital dos personas que puedan donar sangre.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Explique a la familia y a la comadrona que tanto la madre como el niño corren mucho peligro si no van al hospital. Ambos pueden morir en caso de placenta previa o de desprendimiento de placenta.
2. Recomiende reposo absoluto y reposo pélvico (no tener relaciones sexuales). Recueste a la señora sobre su lado izquierdo.
3. Si en el centro o puesto de salud hay personal para monitorear a la paciente, inicie solución intravenosa (de preferencia Salino, Hartman's). Continúe la solución hasta que pare la hemorragia. Si no es posible administrar solución intravenosa, es muy importante dar líquidos por vía oral.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Cuando existe una hemorragia vaginal durante el embarazo, la vida de la madre y del niño corren peligro. Por lo tanto, debe tener presente lo siguiente:

1. Evaluar el foco y los movimientos fetales para ver si el bebé está vivo. Si el bebé ya está muerto, la vida de la madre siempre está en peligro ya que puede morir de una hemorragia. Por lo tanto, debe ser enviada al hospital lo más pronto posible.
2. Evaluar constantemente la presión sanguínea y el pulso de la madre para poder detectar la hipotensión secundaria a la hemorragia.
3. El parto debe atenderse en el hospital, aunque la hemorragia pare por si sola.
4. Mientras está evaluando a la paciente, trate de encontrar transporte para su traslado al hospital.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es cuando se rompen las membranas (salida de líquido amniótico) antes del inicio del trabajo de parto.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

1. Una salida anormal y abundante de líquido de la vagina.
2. El líquido puede ser claro, transparente; o puede tener color rosado, amarillo, verde o café.
3. Puede ser un goteo constante o sólo al caminar, al hacer fuerzas o al levantarse de la posición sentada o acostada.
4. Fiebre cuando hay una infección (no siempre).

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Ha notado si le sale un flujo de líquido anormalmente abundante por la vagina?
2. ¿Es un goteo constante? Si no, ¿cuándo sucede (cuando camina, cuando hace fuerzas)?
3. ¿Siente como si estuviera orinando sin poder controlarlo o parar?
4. ¿Es el líquido claro, transparente; o es rojo, rosado, amarillo, verde o café.
5. ¿Siente como si tuviera fiebre?
6. ¿Se mueve el bebé? ¿Tiene contracciones?
7. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examinar **POR FUERA** la vagina (sin hacer examen vaginal) para ver si está saliendo líquido, qué cantidad, de qué color. También debe ver si hay prolapso del cordón.
2. Tomar la temperatura
3. Evaluar el foco y los movimientos fetales, contracciones
4. Determinar la presentación del bebé
5. Determinar la edad gestacional.

CRITERIOS DE REFERENCIA

1. Referir inmediatamente al hospital si: el embarazo está a término, las membranas han estado rotas por 12 horas o más y no se ha iniciado el trabajo de parto, hay fiebre o si el bebé no se mueve.
2. Si existe una presentación anormal o inestable, existe un mayor riesgo de prolapso del cordón. Siempre refiera a todas las embarazadas en esta situación. Si ya hay prolapso del cordón, examine las pulsaciones en el cordón y el foco fetal para ver si el bebé está vivo.
3. Si la edad gestacional de la madre es menor de 37 semanas y se han roto las membranas, refiérala inmediatamente al hospital. **NO** espere las 12 horas para que se inicie el trabajo de parto.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique a la familia los peligros de la ruptura prematura de membranas.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.



-
3. Si hay prolapso del cordón y el bebé está vivo (evalúe el foco fetal y las pulsaciones del cordón), meta dos dedos en la vagina y empuje hacia arriba la cabeza del bebé, o la parte que se presente (nalgas, etc.). Debe tener cuidado de no apachar el cordón. En seguida, lleve a la madre al hospital, transportándola con las caderas en alto.
 4. Envuelva con toallas humedecidas en agua tibia y cubiertas con plástico cualquier parte del cordón que esté fuera de la vagina para mantenerlo caliente y húmedo. Trate de manipular el cordón lo menos posible.
 5. Si hay fiebre, inicie terapia de antibióticos:

Medicamentos de primera elección:

Penicilina procaina, 800,000 unidades, intramuscular, en el borde externo del muslo Y
Cloranfenicol 1 gr por vía oral

Medicamentos de segunda elección:

Ampicilina 1 gr por vía oral Y
Gentamicina 1.5 mgr por kilo de peso intramuscular

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a. Ampicilina y Cloranfenicol
- b. Penicilina y Gentamicina
utilizando las dosis mencionadas arriba.

Refiera al hospital inmediatamente.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Explique a la familia los peligros de la ruptura prematura de membranas.
2. Recomiende reposo el mayor tiempo posible (La señora debe estar acostada para evitar el prolapso del cordón). No tener relaciones sexuales.
3. Visitar periódicamente a la paciente en su hogar.
4. Iniciar terapia de antibióticos:

Medicamentos de primera elección:

Penicilina procaina, 800,000 unidades, intramuscular, en el borde externo del muslo cada 12 horas por diez días Y
Cloranfenicol 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr por vía oral cada 6 horas por diez días

Medicamentos de segunda elección:

Ampicilina 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr por vía oral cada 4 horas por diez días Y
Gentamicina 1.5 mgr por kilo de peso, intramuscular, cada 8 horas por diez días

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a. Ampicilina y Cloranfenicol
 - b. Penicilina y Gentamicina
- utilizando las dosis mencionadas arriba (dosis Gentamicina-página 47)

- 5. Explicar a la familia que si ocurre el prolapso del cordón y el bebé nace en casa, probablemente morirá.
- 6. Esté atento a cualquier signo de infección: taquicardia (en la madre o en el feto), fiebre, útero doloroso, descarga vaginal con mal olor. Si aparece cualquiera de estos síntomas, trate nuevamente de convencer a la paciente de que vaya al hospital.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Cuando las membranas han estado rotas por más de 12 horas sin que se haya iniciado el trabajo de parto, puede provocarse una enfermedad muy grave en la madre (infección uterina) y el prolapso del cordón en el niño (que puede provocarle la muerte).

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA PRE-ECLAMPSIA

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es la hipertensión que aparece en el último trimestre del embarazo con una presión arterial arriba de 140/90, con proteínas en la orina. Puede o no haber edema en cara y manos. Si la presión sistólica se incrementa en 30 mm Hg o si la presión diastólica sube 15 mm Hg, esto también puede ser indicación de pre-eclampsia, aun cuando la presión arterial no está arriba de 140/90.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. Presión arterial elevada (puede ser el único signo).
2. Edema de manos y cara.
3. Dolor de cabeza.
4. Mareos o visión borrosa.
5. Náusea, vómitos y/o dolor epigástrico (en la boca del estómago).
6. Convulsiones (se presenta en pocos casos; sin embargo, cuando se presenta es señal de extrema gravedad)

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Siente que está hinchada? ¿De dónde? ¿Cuándo principió a hincharse?
2. ¿Tiene dolor de cabeza? ¿Desde cuándo?
3. ¿Se siente mareada o siente la visión borrosa? ¿Desde cuándo?
4. ¿Tiene náusea, ha vomitado o siente dolor en la boca del estómago?
5. ¿Tenía la presión alta antes de este embarazo, o durante los otros embarazos?
6. ¿Sufre de presión alta crónica (diagnosticada por un médico)?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Tomarle la presión arterial en posición sentada. Si está alta, volverla a tomar en 1-2 horas en la misma posición, para determinar si todavía permanece alta
2. Examinarla detenidamente para ver si hay edema en la cara y manos.
3. Evaluar el foco fetal

CRITERIOS DE REFERENCIA

Referir al hospital si:

1. La presión de la paciente es igual o mayor a 140/90 mm Hg al tomarla en dos ocasiones distintas.
2. Si ha habido un aumento de 30 mm Hg en la presión arterial sistólica o de 15 mm Hg en la presión arterial diastólica.
3. Cualquier paciente con convulsiones

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia

1. Explique a la familia los peligros de la pre-eclampsia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.



-
3. a) Si la paciente tiene la presión arterial alta (140/90 o más), más dolor de cabeza, mareos o dolor epigástrico **O**
b) Si tiene una presión arterial de 160/110 o más como único signo **O**
c) Si tiene convulsiones

Dar:

- * Diazepam - 10 mg intramuscular o por vía oral (si está convulsionando no se puede dar por vía oral) **Y**
- * Una tableta de Nifedipina de 10 mg., perforada, sublingual.

DESPUES

- * Vuelva a tomar la presión arterial en 20 minutos. Si la presión no es menor o igual a 140/90, repita la dosis de Nifedipina inmediatamente.

Este es un tratamiento de emergencia que debe darse mientras la paciente es transportada al hospital.

4. Si la paciente regresa del hospital sin haber dado a luz, debe dársele seguimiento:

- * Averigüe qué medicamentos le dieron en el hospital.
- * Si la presión vuelve a subir a 160/110 o más, o si los síntomas descritos en el numeral 3 anterior se vuelven a presentar o empeoran, repita la dosis de Nifedipina (1 tableta de 10 mgr perforada, sublingual) y Diazepán, 10 mgr intramuscular o por vía oral.
- * **REFIERA NUEVAMENTE AL HOSPITAL**

Si la familia no acepta la referencia:

1. Recomendar que haga reposo lo más que pueda (trate de que se recueste sobre su lado izquierdo).
2. Darle muchos líquidos como jugos, agua con limón y miel, te natural (de preferencia de manzanilla) y leche completa. Debe evitar las bebidas con cafeína como el café, coca cola, té y chocolate.
3. Comer bien. Se recomienda perejil y pepino con cáscara. De ser posible, debe comer frijoles, huevos, carne, leche, queso, tortillas.
4. Si la madre presenta síntomas muy avanzados de pre-eclampsia (mareos, visión borrosa, náusea y vómitos, dolor en la boca del estómago, convulsiones), debe regresar al hospital para que le den un control continuo.
5. Si la paciente presenta una presión arterial mayor de 160/110, o presión arterial alta (140/90) acompañada de mareos, dolor de cabeza, dolor en la boca del estómago o visión borrosa, darle:

Medicamentos de primera elección:

- Nifedipina, cápsulas de 20 mg perforadas, sublingual, una o dos veces diarias **Y**
- Difenhidantoína 100 mg por vía oral, cada 6 horas (como anti-convulsivo)

Medicamentos de segunda elección:

- Atenolol, 50 mg por vía oral, una o dos veces diarias Y
- Difenilhidantoina 100 mg por vía oral, cada 6 horas (como anti-convulsivo)

6. Continúe estos medicamentos hasta después de 48 horas post-parto.
7. Visite a la paciente todos los días o tan frecuentemente como sea posible.
8. Continúe tratando de convencerla que se vaya al hospital.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Si la paciente tiene convulsiones (durante el embarazo, el parto o el post-parto), su vida y la del bebé corren peligro. Por lo tanto, debe ser referida inmediatamente al hospital para que reciba tratamiento temprano.
2. Es importante tomar la presión arterial a las embarazadas durante cada visita en el séptimo, octavo y noveno mes, ya que esto ayudará a detectar la pre-eclampsia en su fase inicial.
3. Una paciente que haya presentado convulsiones en el embarazo por eclampsia no debe salir del hospital sin resolver el parto.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TRABAJO DE PARTO PREMATURO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Son contracciones regulares que producen dilatación del cérvix antes de las 37 semanas de gestación.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

Contracciones regulares (cada 3-4 minutos) que duran por lo menos 45 segundos, por un período de dos horas.

Nota Importante:

Si es trabajo de parto activo, las contracciones aumentan en intensidad y frecuencia cuando la madre camina.



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Cuándo le toca su parto? ¿Está segura? ¿Cuándo fue su último período menstrual? (Esta información es muy importante para el diagnóstico).
2. Haga todas las preguntas relacionadas con la ruptura prematura de membranas.
3. Contracciones:
 - ¿Cuándo principiaron?
 - ¿Cada cuánto se presentan?
 - ¿Son fuertes o suaves?
4. ¿Tiene sangrado? ¿Es mucho o poco?
5. Pregunte a la madre sobre sus embarazos previos (¿Ha tenido otros partos prematuros?)

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Palpar el útero para determinar la frecuencia, duración y fuerza de las contracciones así como la posición del feto (para detectar si hay posición anormal o embarazo gemelar).
2. Medir la altura uterina para tratar de estimar la edad gestacional. No medir cuando hay contracción.
3. Evaluar el foco fetal.
4. Examinar **POR FUERA** la vagina para ver si hay sangrado o salida de líquido amniótico
5. Calcular la fecha estimada de parto con base en el último período menstrual:
 - a. Averiguar la fecha de la última regla y restar 3 al mes
 - b. Sumar 7 al primer día del último período menstrual
 - c. Si el parto será el siguiente año, sumar 1 al año.

Ejemplos:

Fecha de última regla	2-5-90
Fecha probable de parto	9-2-91

a. 5 - 3 = 2	(mes)
b. 2 + 7 = 9	(día)
c. 90 + 1 = 91	(año)

Fecha de última regla	10-9-90
Fecha probable de parto	17-6-91

a.	$9 - 3 = 6$	(mes)
b.	$10 + 7 = 17$	(día)
c.	$90 + 1 = 91$	(año)

Si la fecha de la última regla cae dentro de los primeros tres meses del año (enero, febrero, marzo), es más fácil considerarlos como:

Enero	=	decimotercer mes
Febrero	=	decimocuarto mes
Marzo	=	decimoquinto mes

Si se resta 3 de cada mes, se obtendrá más fácilmente el mes del parto:

Ejemplos:

Fecha de última regla	7-1-91
Fecha probable de parto	14-10-91

Es el séptimo día del "decimotercer" mes de 1991

a.	$13 - 3 = 10$	(mes)
b.	$7 + 7 = 14$	(día)
c.	$91 + 0 = 91$	(año)

Fecha de última regla	10-2-91
Fecha probable de parto	17-11-91

Es el décimo día del "decimocuarto" mes de 1991

a.	$14 - 3 = 11$	(mes)
b.	$10 + 7 = 17$	(día)
c.	$90 + 1 = 92$	(año)

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si el embarazo es menor de 37 semanas, refiera al hospital.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique todo a la familia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.
3. Si la paciente tiene menos de 36 semanas de gestación, inicie tratamiento en la comunidad antes de su referencia:

-
- * Hidratar muy bien a la paciente. Darle 1 litro de agua en 30 minutos; luego evaluar si cedieron las contracciones.

- * Si no cedieron las contracciones, dar:

Una dosis única de Fenoterol, 5 mg por vía oral (como medicamento de primera elección) ○
Una dosis única de Ritodrina, 10 mg por vía oral (como medicamento de segunda elección) ○
Una dosis única de Ibuprofen, 400 mg por vía oral (como medicamento de tercera elección).

4. Acompañe a la paciente al hospital y vaya preparado para atender un parto en el camino.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Si, además del trabajo de parto prematuro, detecta una posición anormal o un embarazo gemelar, trate nuevamente de convencer a la familia para que lleven a la paciente al hospital.

2. Si la familia no acepta la referencia, inicie el tratamiento inmediatamente:

- * Hidratar muy bien a la paciente. Darle 1 litro de agua en 30 minutos; luego evaluar si cedieron las contracciones.
- * Si no cedieron las contracciones, dar:
 - Fenoterol, 5 mg por vía oral, cada 6 horas hasta que tenga dos días de no tener contracciones (como medicamento de primera elección) ○
 - Ritodrina, 10 mg por vía oral, cada 4 horas hasta que tenga dos días de no tener contracciones (como medicamento de segunda elección) ○
 - Ibuprofen, 400 mg por vía oral, cada 8 horas hasta que se detenga el trabajo de parto (como medicamento de tercera elección).

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE:

- Permanecer en reposo y tomar muchos líquidos, especialmente té de manzanilla (que disminuye las contracciones).
- No tener relaciones sexuales.

INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE UN NIÑO PREMATURO: (Ver protocolo de niños prematuros)

- No bañarlo.
- Poner al bebé con la mamá, ponerlo inmediatamente al pecho (como debe hacerse en cualquier clase de parto).
- Mantener la temperatura del bebé.
- Si es muy pequeñito, convencer a la familia que deben ir al centro o puesto de salud para que lo evalúen.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Recuerde que los bebés prematuros son más susceptibles a sepsis, hipotermia e hipoglucemia. Por esta razón, es muy importante educar a la familia sobre su cuidado. (Ver protocolo de niños prematuros).
2. Si la paciente muestra hipertensión o signos de pre-eclampsia, hemorragia vaginal, infección uterina (descarga vaginal con mal olor, útero blando), o ruptura prematura de membranas, **NO** usar ninguno de los medicamentos descritos en la sección de Tratamiento. Refiérala inmediatamente al hospital.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE MALPRESENTACIONES

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es cuando el bebé no está en posición cefálica.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

Movimientos fetales en la región pélvica o abajo del ombligo.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

¿En dónde siente usted los movimientos del bebé? (Cuando el bebé está en posición podálica, la madre usualmente siente los movimientos en la región del pubis o abajo del ombligo).



¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Medir la altura uterina.
2. Palpar el útero para determinar en dónde está la cabeza del bebé.

Si el bebé está en posición podálica:

- La cabeza estará en la parte más alta del útero (donde estarían las nalgas si el feto estuviera en posición cefálica).

Si el bebé viene en posición transversa:

- El feto estará en posición horizontal en vez de vertical, por lo que el abdomen parecerá más ancho y la altura uterina menor.
- La cabeza estará a un lado del útero.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si después de las 36 semanas de embarazo, el niño está en posición transversa o podálica, refiera a la madre al hospital para que dé a luz allí.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explique todo a la familia.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.

Si la familia no acepta la referencia:

- Si el bebé viene en posición podálica, debe proceder de la manera siguiente:

1. La mayoría de partos podálicos salen solos con la fuerza de la gravedad y con la fuerza que hace la madre. Es mejor colocar a la señora de cuclillas o parada para que pueda pujar mejor. Es ella la que con sus pujidos hará que nazca el bebé. No es conveniente tocar al bebé ya que esto lo estimula y puede estirar los brazos dentro del útero, lo que complica el parto. El bebé debe salir en 3-4 contracciones. Colocar un paño tibio y limpio sobre el cuerpo del bebé que ha salido, para que no se enfríe.

-
2. La señora sólo debe pujar cuando hay dolor y descansar entre cada contracción para agarrar fuerzas.
- Si el bebé no sale dentro de este período, hacer lo siguiente:
 1. No debe tocar al bebé hasta que haya salido a nivel del ombligo. **(RECUERDE, NO TOCAR AL BEBE)**. En este momento, debe poner a la señora de cuclillas y pedirle que puxe con cada contracción. Si los brazos y hombros del bebé no salen espontáneamente, debe acostar a la señora e introducir dos dedos en la vagina, buscar el codo o un bracito y halarlo suavemente hacia afuera por el frente del pecho del bebé. Rote al bebé **SUAVEMENTE** para poder hacer lo mismo con el otro bracito. Saque primero un hombro y después el otro, rotando al bebé **SUAVEMENTE**. Recuerde que la espalda siempre debe quedar arriba en sentido del pubis, nunca el abdomen. Si la cabeza no sale espontáneamente, debe contar con un asistente que le ayude haciendo presión suprapúbica con el puño para mantener la cabeza del bebé flexionada. Al mismo tiempo, debe introducir nuevamente dos dedos en la vagina, localizar la boca del bebé, meter los dedos cuidadosamente en la boca y halar **SUAVEMENTE** para guiar la cabeza hacia abajo a través del canal de nacimiento.
 2. Debe estar preparada para ejecutar estas maniobras rápidamente y para resucitar al bebé ya que es muy probable que durante el nacimiento haya sufrido alguna asfixia.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Para la madre:

El útero se puede romper como resultado de un trabajo de parto prolongado, causando una hemorragia masiva que puede conducir a la muerte de la madre y del bebé. Por lo tanto, si existe una malpresentación, es necesario hacer en el hospital una cesárea tan pronto como sea posible.

Para el bebé:

El bebé no puede nacer cuando viene en posición transversa. Por lo tanto, si no se hace una cesárea a la madre lo más pronto posible, el bebé morirá de asfixia y la madre puede tener ruptura uterina.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

¿QUE ES? (DEFINICION)

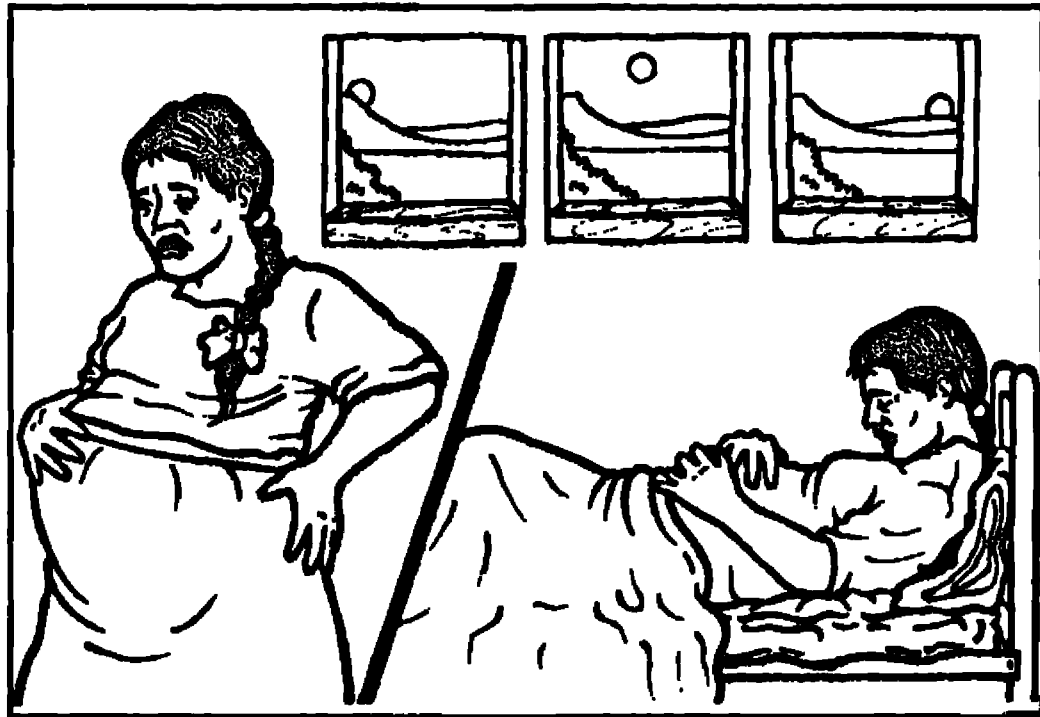
Es la duración del trabajo de parto activo por más de 12 horas tanto en mujeres multíparas como en primigestas.

¿COMO SE MANIFIESTA? SIGNOS Y SINTOMAS

Contracciones regulares (cada 3-4 minutos) que duran por lo menos 45 segundos, por más de 12 horas en mujeres multíparas y en primigestas.

Nota Importante:

Si es trabajo de parto activo, las contracciones aumentarán en intensidad, duración y frecuencia cuando la madre camina y no podrá dormir entre cada contracción.



¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Cuándo se iniciaron las contracciones (hora)? ¿Con qué frecuencia se presentan? ¿Cuánto tiempo dura cada una?
2. ¿Cuándo se rompió la fuente? (Este dato ayuda a confirmar el diagnóstico de trabajo de parto activo. Sin embargo, en muchos casos las membranas se rompen hasta que nace el bebé.)

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. La frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones
2. Examinar por fuera de la vagina para determinar la presencia de líquidos y señas de sangre
3. Determinar la posición del bebé (ver protocolo para malpresentación)
4. Evaluar la frecuencia cardíaca fetal
5. Ver si la vejiga de la madre está llena. Una vejiga llena puede evitar el descenso del bebé y retardar el trabajo de parto. Las mujeres en trabajo de parto deben orinar frecuentemente.
6. Evaluación vaginal con guante estéril cada tres horas para ver si la dilatación progresa por lo menos 1 cm. por hora. Si la dilatación no ha aumentado al hacer el segundo examen vaginal, referir a la paciente al hospital.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Referir al hospital si la paciente ha estado en trabajo de parto activo por más de 12 horas, tanto en mujeres multíparas como primigestas, o si la dilatación no aumenta en tres horas.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explicar a la familia sobre los peligros del trabajo de parto prolongado.
2. Refiera a la paciente al hospital con una hoja de referencia.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Informar a la familia sobre el riesgo de muerte de la madre y del niño.
2. Hidratar muy bien a la paciente (darle agua con azúcar, miel, naranjada, etc.)
3. Recomendar a la madre caminar por ratos y reposar por ratos.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Cuando hay trabajo de parto prolongado, la vida del bebé puede estar en peligro, por lo cual debe:

En el bebé:

1. Controlar el foco fetal. Buscando alteraciones en la frecuencia, nos indica que el bebé tiene sufrimiento.
2. Evaluar la presencia de meconio (líquido amniótico verde o café). Si está presente, nos indica que el bebé ya tiene sufrimiento fetal y que puede morir pronto.

En la madre:

Como resultado del trabajo de parto prolongado, puede ocurrir una ruptura de útero en la madre. Esto provoca una hemorragia masiva, que conduce a la muerte de la madre y del niño. Por ello es indispensable hacer una cesárea en el hospital lo más pronto posible.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE HEMORRAGIA EN EL POST PARTO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es una hemorragia anormalmente abundante después del nacimiento del bebé. Puede aparecer inmediatamente o hasta 6 semanas después del parto. Las causas más frecuentes son: retención de la placenta, retención de restos placentarios, atonía uterina (debido a la falta de contracción del útero) y laceraciones del cuello uterino o vagina.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. Hemorragia
2. Hipotensión
3. Taquicardia
4. Somnolencia, mareo, sudoración
5. Debilidad, náusea

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿A qué hora fue el parto?
2. ¿Qué cantidad de sangre ha perdido?
3. ¿Desde cuándo tiene hemorragia?
4. ¿Tiene náusea, somnolencia, mareos?
5. ¿Ya salió la placenta?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Hemorragia vaginal
2. Ver si ya salió la placenta
3. Ver si la placenta salió completa
4. Presión arterial
5. Pulso
6. Estado de conciencia
7. Palpar el útero (¿Está firme o blando?)
8. Cantidad de sangre en la ropa de cama

CRITERIOS DE REFERENCIA

1. Retención de placenta por más de 30 minutos sin hemorragia.
2. Retención de placenta con hemorragia. **REFERIR INMEDIATAMENTE**, no esperar los 30 minutos.
3. Retención de restos placentarios.
4. Hemorragia anormalmente abundante ya sea por laceración de cuello uterino o de la vagina.
5. Atonía uterina (debido a la falta de contracción del útero)
6. Cualquier hemorragia de sangre roja (aunque sea en poca cantidad) o salida de coágulos grandes que hagan que la señora se sienta mareada, con náusea, fría y/o sudorosa.

TRATAMIENTO - MANEJO

- *Proceso de referencia:*

1. Conseguir transporte inmediatamente. Esto es una emergencia grave, hay muy poco tiempo.
2. Hacer masaje vigoroso y continuo al útero. Haga que alguien más (ya sea la suegra, comadrona, esposo) sigan dando masaje mientras que usted procede con lo siguiente:



❑ SI LA PLACENTA NO HA SALIDO Y HAY HEMORRAGIA:

- a. Poner a la señora en cuclillas y que puje. Al mismo tiempo, hacer que orine para que vacíe la vejiga (algunas veces una vejiga llena impide que el útero se contraiga).
- b. Poner a la señora una inyección de methylergonovina, 0.2 mg, por vía intramuscular o intravenosa (muy despacio). Si después de 10 minutos no se ha contraído el útero, repetir la dosis.
- c. Tratar de estimular la salida de la placenta, empujando con la palma de la mano el fondo del útero hacia arriba, sobre la sínfisis púbica y halar sostenidamente el cordón con la otra mano, siguiendo el curso del canal del parto. Evitar movimientos bruscos.
- d. Iniciar solución intravenosa, 500 cc Hartman's (salino o mixto, NO dextrosa) con 30 unidades de oxitocina (Sintocinón) a chorro, hasta que se contraiga el útero. Después que el útero se ha contraído, continúe la solución intravenosa con oxitocina a un ritmo menor (40 gotas por minuto). Al terminarse los primeros 500 cc de solución Hartman's con 30 unidades de oxitocina, prepare otra solución Hartman's de 500 cc con 10 unidades de oxitocina para pasar a 40 gotas por minuto.
- e. Poner al bebé al pecho para que mame o estimular el pezón, sobándolo con dos dedos (esto puede ayudar a que el útero se contraiga). La misma persona que está dando masaje al útero puede estimular el pezón con la otra mano.
- f. Examinar la abertura vaginal para ver si la hemorragia está saliendo de alguna rasgadura. De ser así, presione sobre la rasgadura un trapo o gasa limpia durante 10 minutos para tratar de detener la hemorragia.

❑ SI LA PLACENTA YA HA SALIDO Y HAY HEMORRAGIA:

- a. Poner al bebé al pecho para que mame o estimular el pezón mientras da masaje al útero.
 - b. Poner a la señora a orinar para que vacíe la vejiga.
 - c. Poner a la señora una inyección de methylergonovina, 0.2 mg, por vía intramuscular o intravenosa (muy despacio). Si después de 10 minutos no se ha contraído el útero, repetir la dosis.
 - d. Iniciar solución intravenosa, 500 cc Hartman's, con 30 unidades de oxitocina (Sintocinón) a chorro, hasta que se contraiga el útero. Después que el útero se ha contraído continúe la solución intravenosa con oxitocina a un ritmo menor (40 gotas por minuto). Al terminarse los primeros 500 cc de solución Hartman's con 30 unidades de oxitocina, prepare otra solución Hartman's de 500 cc con 10 unidades de oxitocina para pasar a 40 gotas por minuto.
 - e. Examinar la abertura vaginal para ver si la hemorragia está saliendo de alguna rasgadura. De ser así, presione sobre la rasgadura un trapo o gasa limpia durante 10 minutos para tratar de detener la hemorragia.
3. Dar a tomar a la madre abundantes líquidos en el puesto o centro de salud y durante el viaje al hospital.
 4. Durante el viaje al hospital, continuar dando masaje al útero y estimulando el pezón. De ser posible, transporte a la madre acostada sobre su espalda, con las piernas y caderas en alto.
 5. Lleve toda la documentación de la señora al hospital.

❑ SI LA PLACENTA NO HA SALIDO Y NO HAY HEMORRAGIA:

Proceda de la siguiente forma:

- a. Poner a la señora a orinar para que vacíe la vejiga.
- b. Poner a mamar al bebé.
- c. Poner a la señora en cuclillas y que puje.
- d. Tratar de estimular la salida de la placenta, empujando con la palma de la mano el útero hacia arriba, sobre la sínfisis púbica y halar sostenidamente el cordón con la otra mano, siguiendo el curso del canal del parto. Evitar movimientos bruscos.
- e. Dar masaje al útero.
- f. Si la placenta no ha salido en 30 minutos, referir a la paciente al hospital.

- Si la familia no acepta la referencia:

1. Hacer masaje vigoroso y continuo al útero. Haga que alguien más (ya sea la suegra, comadrona, esposo) sigan dando masaje mientras que usted procede con lo siguiente:

❑ SI LA PLACENTA NO HA SALIDO Y HAY HEMORRAGIA:

- a. Poner a la señora en cuclillas y que puje. Al mismo tiempo, hacer que orine para que vacíe la vejiga (algunas veces una vejiga llena impide que el útero se contraiga).
- b. Poner a la señora una inyección de methylergonovine, 0.2 mg, por vía intramuscular o intravenosa (muy despacio). Si después de 10 minutos no se ha contraído el útero, repetir la dosis.
- c. Tratar de estimular la salida de la placenta, empujando con la palma de la mano el útero hacia arriba, sobre la sínfisis púbica y halar sostenidamente el cordón con la otra mano, siguiendo el curso del canal del parto. Evitar movimientos bruscos.
- d. Iniciar solución intravenosa, 500 cc Hartman's, con 30 unidades de oxitocina (Sintocinón) a chorro, hasta que se contraiga el útero. Después que el útero se ha contraído, continúe la solución intravenosa con oxitocina a un ritmo menor (40 gotas por minuto).
Al terminarse los primeros 500 cc de solución Hartman's con 30 unidades de oxitocina, prepare otra solución Hartman's de 500 cc con 10 unidades de oxitocina para pasar a 40 gotas por minuto.
- e. Poner al bebé al pecho para que mame o estimular el pezón, sobándolo con dos dedos (esto puede ayudar a que el útero se contraiga). La misma persona que está dando masaje al útero puede estimular el pezón con la otra mano.
- f. Examinar la abertura vaginal para ver si la hemorragia está saliendo de alguna rasgadura. De ser así, presione sobre la rasgadura un trapo o gasa limpia durante 10 minutos para tratar de detener la hemorragia.

❑ SI LA PLACENTA YA HA SALIDO Y HAY HEMORRAGIA:

- a. Poner al bebé al pecho para que mame o estimular el pezón mientras da masaje al útero.
 - b. Poner a la señora a orinar para que vacíe la vejiga.
 - c. Poner a la señora una inyección de methylergonovine, 0.2 mg, por vía intramuscular o intravenosa (muy despacio). Si después de 10 minutos no se ha contraído el útero, repetir la dosis.
 - d. Iniciar solución intravenosa, 500 cc Hartman's, con 30 unidades de oxitocina (Sintocinón) a chorro, hasta que se contraiga el útero. Después que el útero se ha contraído, continúe la solución intravenosa con oxitocina a un ritmo menor (40 gotas por minuto).
Al terminarse los primeros 500 cc de solución Hartman's con 30 unidades de oxitocina, prepare otra solución Hartman's de 500 cc con 10 unidades de oxitocina para pasar a 40 gotas por minuto.
 - e. Examinar la abertura vaginal para ver si la hemorragia está saliendo de alguna rasgadura. De ser así, presione sobre la rasgadura un trapo o gasa limpia durante 10 minutos para tratar de detener la hemorragia.
2. De ser posible, iniciar una solución intravenosa aunque no haya otros medicamentos disponibles. Dar a tomar a la madre abundantes líquidos en el puesto o centro de salud, y resaltar la importancia de mantenerla hidratada. Esto ayuda a circular el volumen de sangre y puede prevenir la hipotensión.
 3. Mantener a la madre acostada, con las piernas y caderas en alto, y continuar dándole masaje al útero para que expulse la sangre que se haya acumulado y estimular la contracción.
 4. Explicar a la familia y a la comadrona que la vida de la madre y del bebé corren mucho peligro si no van al hospital.

❑ SI LA PLACENTA NO HA SALIDO Y NO HAY HEMORRAGIA:

- a. Poner a la señora a orinar para que vacíe la vejiga.
- b. Poner a mamar al bebé.
- c. Poner a la señora en cuclillas y que puje.
- d. Tratar de estimular la salida de la placenta, empujando con la palma de la mano el útero hacia arriba, sobre la sínfisis púbica y halar sostenidamente el cordón con la otra mano, siguiendo el curso del canal del parto. Evitar movimientos bruscos.
- e. Dar masaje al útero.
- f. Si la placenta no ha salido en 30 minutos, referir a la paciente al hospital.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Recuerde que la hemorragia es la principal causa de mortalidad materna y que, para salvar la vida de la madre, es necesario actuar con mucha rapidez y agresividad. Algunas madres mueren tan rápido como 1 ó 2 horas post-parto.
2. La mayoría de las muertes maternas por hemorragia ocurren en las primeras 12 horas después del parto.
3. Algunas veces el dar masaje al útero antes que salga la placenta puede hacer que se contraiga, deteniendo la hemorragia pero atrapando la placenta adentro. **ESTO ESTA BIEN.** La placenta puede ser extraída en el hospital, pero sólo si usted detiene la hemorragia para que la paciente pueda llegar viva.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE INFECCION UTERINA EN EL POST PARTO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es una infección del útero que se presenta después del parto, causada por la entrada de microbios a la vagina y al útero durante el parto y el post-parto.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. Fiebre
2. Dolor constante en la parte inferior del abdomen (este signo es muy importante - el dolor es diferente al de los entuertos)

¿QUE PREGUNTAS

DEBE HACER A LA PACIENTE?

1. ¿Cuándo nació su bebé?
2. ¿Tiene fiebre? ¿Desde cuándo?
3. ¿Tiene dolor en la parte inferior del abdomen?
4. ¿Tiene flujo vaginal con muy mal olor, con pus?



¿QUE SE DEBE EVALUAR EN LA PACIENTE?

1. Examinar la parte inferior del abdomen y la región pélvica para determinar si hay dolor al palpar
2. Tomar la temperatura, la presión arterial y el pulso
3. Ver la vagina para determinar si hay flujo vaginal con mal olor o pus

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si hay algún hallazgo positivo en las preguntas o en el examen físico (fiebre muy alta o que haya iniciado hace más de 24 horas), debe referir a la paciente al hospital.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Dar plan educacional a la familia sobre los peligros de la infección post-parto
2. Poner en el puesto o centro de salud, una dosis inicial de antibiótico (en el borde externo del muslo, no en los glúteos):

Medicamentos de primera elección:

- a) Penicilina Procaína 800,000 unidades intramuscular en el borde externo del muslo cada 12 horas Y
- b) Cloranfenicol 1 gr., por vía oral seguido de 500 mg cada 6 horas.

Medicamentos de segunda elección:

- a) Ampicilina 1 gr por vía oral seguido de 500 mgr cada 4 horas Y
- b) Metronidazol 500 mgr. por vía oral, cada 6 horas.

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a) Ampicilina y Cloranfenicol
 - b) Penicilina y Metronidazol
 - c) Ampicilina y Gentamicina
 - d) Penicilina y Gentamicina
- utilizando las dosis mencionadas arriba (dosis Gentamicina-página 47)

- 3. Dar acetaminofén
- 4. Insistir en aumentar el consumo de líquidos
- 5. Referir al hospital con hoja de referencia.

Si la familia no acepta la referencia:

- 1. Explicar a la familia los peligros que corre la madre con una infección post-parto.
- 2. Dar en el Puesto o Centro de Salud una dosis inicial de antibióticos:

Medicamentos de primera elección:

- a) Penicilina Procaína 800,000 unidades, intramuscular, en el borde externo del muslo, cada 12 horas por 10 días Y
- b) Cloranfenicol 1 gr por vía oral seguido de 500 mg cada 6 horas, por 10 días.

Medicamentos de segunda elección:

- a) Ampicilina 1 gr por vía oral, seguido de 500 mg por vía oral cada 4 horas, por 10 días Y
- b) Metronidazol 500 mgr. por vía oral, cada 6 horas, por 10 días.

Si no tiene disponibles las combinaciones anteriores, también puede combinar:

- a) Ampicilina y Cloranfenicol
 - b) Penicilina y Metronidazol
 - c) Ampicilina y Gentamicina
 - d) Penicilina y Gentamicina
- utilizando las dosis mencionadas arriba (dosis Gentamicina-página 47)

- 3. Dar acetaminofén
- 4. Aumentar el consumo de líquidos
- 5. Si es posible, visitar a la madre diariamente
- 6. Higiene vulvar y cambiar ropa interior constantemente.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Esta infección puede producir una complicación conocida como "choque séptico". Los síntomas son: fiebre o hipotermia, taquicardia, sofocamiento, confusión y/o ansiedad, hipotensión. Esta condición es muy grave y las pacientes pueden morir. La única manera de salvarles la vida es dándoles un tratamiento inicial de antibióticos y refiriéndolas inmediatamente al hospital.

B. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS NEONATALES

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PREMATUREZ/BAJO PESO AL NACER

¿QUE ES? (DEFINICION)

Prematurez:

Es un bebé que nace antes de los 9 meses ó 37 semanas de embarazo.

Bajo peso al nacer:

Es un bebé que pesa menos de 2500 gr (5 libras y 8 onzas)

- * Los bebés prematuros y los que tienen bajo peso al nacer necesitan los mismos cuidados básicos. Por lo tanto, en este protocolo se les ha agrupado en la misma categoría.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. Peso del recién nacido menor de 2500 gr (5 libras y 8 onzas)
2. El bebé nace antes de los 9 meses ó 37 semanas
3. El recién nacido se ve pequeño.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE?

1. Fecha de la última regla para determinar la edad gestacional del bebé. Esto se hace de la siguiente forma:
 - a. Restar 3 al mes
 - b. Sumar 7 al día
 - c. Si el parto será el siguiente año, sumar 1 al año. De lo contrario, queda igual. (Para más detalle, ver Sección de Trabajo de Parto Prematuro).
2. Pregunte a la mamá si el niño:
 - a. Tiene fuerza para mamar
 - b. Lloro con fuerza o débilmente
 - c. Se queja al respirar
 - d. Respira normalmente o de forma irregular
 - e. Cuando mama ¿se le siente la boca caliente o fría?
 - f. ¿Está triste, aguado, etc?
 - g. ¿Se pone azul o morado?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL RECIEN NACIDO?

1. Tamaño y peso del recién nacido (si es posible, pesarlo)
2. ¿Cómo respira el niño? ¿Hace algún ruido al respirar? ¿Se queja o se le pone azul la cara? ¿Hay retracción intercostal? ¿ó períodos prolongados sin respirar (apnea)?
3. ¿Cómo mama el niño? ¿Tiene fuerza para succionar? Pida a la madre que lo ponga a mamar y obsérvelo.
4. ¿Está su temperatura normal? (No debe ser menor de 36.5°C ni mayor de 37.8°C). Toque los pies y las manos del bebé para ver si está frío o caliente.
5. ¿Cómo llora? Estimularlo para ver si llora con fuerza.
6. ¿Está activo? ¿Se mueve? ¿Se ve triste?



CRITERIOS DE REFERENCIA

El recién nacido debe ser referido al hospital si:

1. No mama
2. Su peso es menor de 4 libras y 8 onzas (2000 gramos)
3. Nace antes de 8 meses o 36 semanas
4. Se pone azul

* Obviamente, también debe ser referido si presenta otros síntomas de problemas (por ejemplo, sepsis).

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. No bañarlo, a menos que al nacer haya tenido contacto con las heces maternas
2. Dar lactancia materna inmediata y exclusivamente
3. Dar de mamar durante el viaje al hospital
4. Mantener la temperatura del bebé (ponerle gorra, guantes, calcetines y por lo menos cuatro capas de ropa lo más limpia posible).
5. De ser posible, hacer que la madre vaya al hospital con el bebé, para que lo pueda seguir amamantando
6. Referir al hospital con toda su papelería.

Si la familia no acepta la referencia:

1. No bañarlo, a menos que al nacer haya tenido contacto con las heces maternas
2. Dar lactancia materna inmediata y exclusivamente
3. Mantener la temperatura del bebé (ponerle gorra, guantes, calcetines y por lo menos cuatro capas de ropa lo más limpia posible)
4. Orientar a la familia sobre los signos de peligros
 - No mama
 - No mantiene la temperatura (manos, pies fríos)
 - No respira bien
 - No tiene fuerza para llorar
 - No se mueve
 - Está tristeExplicar con detalle cada signo.
5. Llevar al bebé a control al centro o puesto de salud cada 2-3 días para su evaluación constante y detección de signos de peligro.
6. No dejar entrar personas enfermas al cuarto del bebé.
7. Poner en práctica el plan "madre canguro", enseñando a la madre cómo hacerlo: Debe colocar al bebé adentro de su blusa, en contacto piel a piel con ella para que pueda mamar todo el tiempo. La madre debe dormir semi-sentada y cubrirse bien para mantener caliente al bebé.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Las principales complicaciones que pueden tener los bebés prematuros o de bajo peso al nacer son:

- 1. Hipotermia/hipoglucemia.**
- 2. Sepsis.**

Es muy importante orientar bien a la familia. De eso dependerá la supervivencia de estos niños.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE SEPSIS EN EL RECIEN NACIDO

¿QUE ES? (DEFINICION)

Es una infección grave que se extiende por todo el cuerpo del recién nacido. Puede iniciarse como una infección respiratoria superior, onfalitis, dermatitis, etc. o muchas veces no se puede identificar la causa de la infección.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. El bebé no mama o mama menos (signo muy importante)
2. Hipotermia (se siente frío) o hipertermia (tiene fiebre, se siente caliente)
3. Decaído, irritable (el bebé llora mucho, está inconsolable o está muy triste o apagado)
4. Dificultad para respirar, quejidos, jadeo (como perrito), respiración rápida, se queja al respirar, deja de respirar por ratos.

¿QUE PREGUNTAS DEBE HACER A LA MADRE O FAMILIARES DEL RECIEN NACIDO?

1. Succión:

¿Está mamando bien el bebé? Si no, ¿desde cuándo dejó de mamar bien? ¿Hace un día, pocas horas, pocos días?
Pedir a la madre que se ponga al niño al pecho y observar cómo mama.

2. Temperatura:

¿Siente al bebé frío o caliente? Cuando está mamando ¿se le siente la boca caliente o fría?

3. Llanto:

¿Ha estado llorando mucho el bebé? ¿Es el llanto diferente? ¿Llora con poca fuerza? ¿Es el llanto inconsolable?

4. Actividad:

¿Ha estado el bebé decaído, irritable, triste? ¿Por cuánto tiempo?

5. Respiración:

¿Ha notado si la respiración del bebé es irregular o rápida? ¿Se queja o jadea al respirar?

¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL RECIEN NACIDO?

1. Temperatura:

Tocar las manos y pies del bebé y tomarle la temperatura Fiebre: más de 37.8° C, hipotermia menos de 36.5° C.

2. Succión:

Pedir que la madre se ponga al niño al pecho y observar cómo mama.



3. Llanto:

Estimular al niño para que lllore y observar el llanto. ¿Es normal o llora con poca fuerza? ¿Es el llanto inconsolable?

4. Actividad:

Observe si el niño parece triste, está decaído o muy irritable.

5. Respiración:

Observe si el bebé respira irregularmente, si hay retracción intercostal, o si se queja al respirar.

6. Limpie la nariz del bebé con solución salina y observe si mejora la respiración.

CRITERIOS DE REFERENCIA

NO debe asumir que la fiebre en un recién nacido es algo sin importancia; tampoco que un bebé que no quiere mamar, parece triste o está decaído pronto va a estar bien. Si presenta cualquiera de los signos o síntomas anteriores, referirlo al hospital. Si no se les da el tratamiento adecuado, estos niños pueden morir en un día.

RECUERDE, DEBE REFERIRLOS AL HOSPITAL.

TRATAMIENTO - MANEJO

Proceso de referencia:

1. Explicar todo a la familia (la urgencia de la situación y la rapidez con que el bebé podría morir)
2. Dar de mamar lo más que se pueda durante el viaje al hospital
3. Mantener al bebé bien cubierto (incluyendo gorra y calcetines) y en el mayor contacto posible con la mamá (plan "madre canguro"). Mantener descongestionada la nariz del bebé.
4. En el puesto o centro de salud, dar una dosis inicial de antibiótico (en el borde externo del muslo, no en los glúteos):
Ampicilina 75 mg/kg, intramuscular Y
Gentamicina, 2.5 mg/kg, intramuscular
5. Referir inmediatamente al hospital con hoja de referencia.

Si la familia no acepta la referencia:

1. Explicar todo a la familia (la urgencia de la situación y la rapidez con que el bebé podría morir).
2. Dar de mamar lo más que se pueda.
3. Tapar bien al bebé (para mantenerle la temperatura) .
4. Mantener descongestionada la nariz del bebé con solución salina. Dar un buen plan educacional a la madre.

-
5. En el puesto o centro de salud, dar una dosis inicial de antibiótico (en el borde externo del muslo, no en los glúteos):

Ampicilina, 75 mg/kg, intramuscular, cada 12 horas, por 10 días Y

Gentamicina, 2.5 mg/kg, intramuscular, cada 12 horas, por 10 días.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Entre los factores de alto riesgo más importantes que podrían contribuir al desarrollo de sepsis en un neonato, se encuentran:

1. Fiebre/infección materna
2. Líquido amniótico con mal olor
3. Ruptura prolongada de membranas: más de 24 horas antes de que nazca el bebé
4. Prematurez/bajo peso al nacer
5. Trabajo de parto prolongado.

Sin embargo, muchos niños desarrollan sepsis sin mostrar ninguno de estos factores de riesgo.

RECUERDE que esta es la mayor causa de muerte en los neonatos; y que, sin el tratamiento adecuado, pueden morir en 24-48 horas. **NO** trate a un recién nacido con fiebre como si fuera una infección respiratoria superior. **NO ESPERE.** Si encuentra cualquier signo sospechoso, es mejor darle el tratamiento para sepsis.

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE ASFIXIA EN EL RECIEN NACIDO

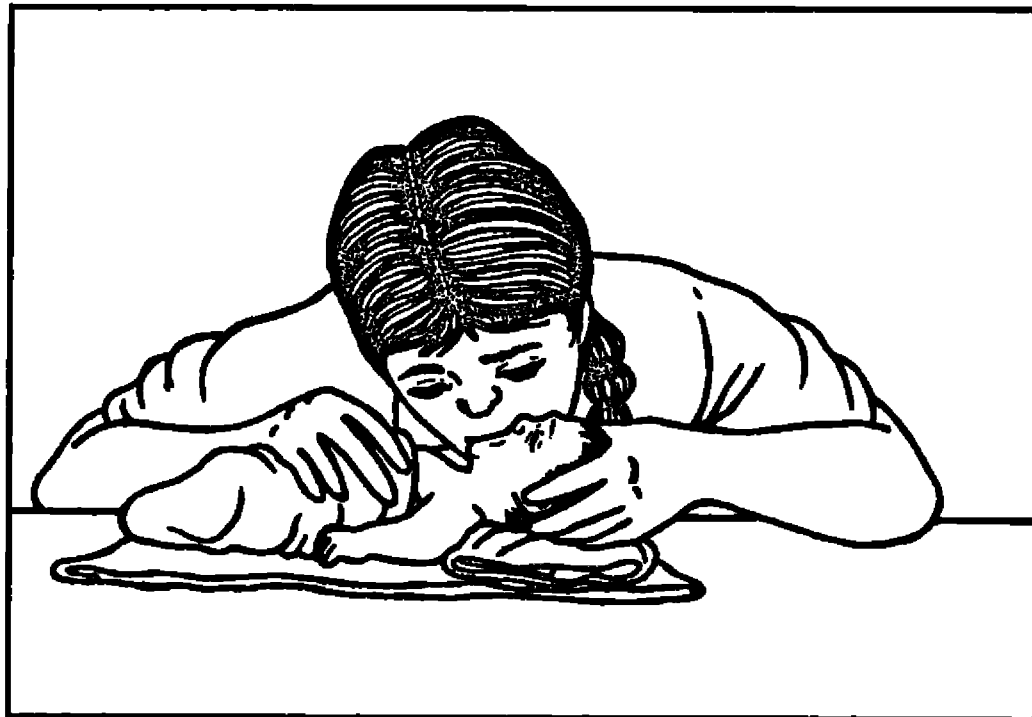
¿QUE ES? (DEFINICION)

Es cuando un recién nacido tarda o no principia a respirar por si solo, ya que no recibió suficiente oxígeno durante el trabajo de parto. Sin la intervención apropiada, esta condición resultará en daño cerebral o muerte. Sin embargo, al resucitarlo rápidamente, el recién nacido puede recuperarse por completo.

¿COMO SE MANIFIESTA?

SIGNOS Y SINTOMAS

1. El bebé no llora o llora muy débilmente
2. No respira o respira con dificultad, quejándose o jadeando
3. No se mueve, tiene las extremidades aguadas
4. El color de su piel es pálido o azul
5. El ritmo cardíaco se oye muy lento o está ausente



¿QUE SE DEBE EVALUAR EN EL RECIEN NACIDO?

1. Observe cómo llora el bebé. ¿Es su llanto débil o no llora?
2. Observe cómo respira. ¿Es su respiración débil e irregular, acompañada de quejidos?
3. Observe cómo se mueve. ¿Está aguado?
4. Observe el color de su piel. ¿Es azul o pálido?
5. Escuche el ritmo cardíaco del bebé. ¿Lo puede oír? ¿Está muy lento? (menos de 100 latidos/minuto)

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si un bebé muestra signos de asfixia es mejor referirlo al hospital, ya que estos niños son más susceptibles a las enfermedades que los bebés normales.

TRATAMIENTO - MANEJO

1. Limpiar rápidamente la sangre y el moco de la boca y nariz del bebé. Después, secarlo con una toalla o trapo limpio, sobándole vigorosamente la cabeza y la espalda.
2. Ver si el recién nacido reacciona (principia a respirar y a moverse).
3. Si no hay respuesta, proceda de la siguiente forma:
Coloque al bebé sobre una superficie plana. Ponga su boca firmemente sobre la nariz y boca del bebé. Sostenga con una mano la cabeza del bebé y suavemente sople aire en los pulmones del bebé por 30 veces, asegurándose de separar su boca de la boca del bebé entre cada respiración para permitir que salga el aire de los pulmones.
4. Ver si el bebé responde.
5. Si no hay respuesta, dé otras 30 respiraciones de boca a boca y nuevamente evalúe al bebé.
6. Si aún no hay respuesta, dé otras 30 respiraciones de boca a boca.
7. Si no hay respuesta después de un total de 90 respiraciones de boca a boca (3 veces 30), debe declararse muerto al bebé.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. No sople mucho aire en los pulmones del recién nacido porque pueden explotar. La cantidad de aire en su boca es suficiente.
2. Una vez que el bebé ha sido resucitado, debe ser llevado al hospital ya que los bebés que nacen con estos problemas son muy susceptibles a las enfermedades.

APENDICE 1

DOSIS DE ANTIBIOTICOS PARA NEONATOS

AMPICILINA				
KILOGRAMOS	LIBRAS	DOSIS	CC	PERIODICIDAD
1.5	3 lbs 4 onz	150 mgs	0.75	Cada 12 horas
2.0	4 lbs 7 onz	200 mgs	1.00	Cada 12 horas
2.5	5 lbs 8 onz	250 mgs	1.25	Cada 12 horas
3.0	6 lbs 9 onz	300 mgs	1.50	Cada 12 horas
3.5	7 lbs 12 onz	350 mgs	1.75	Cada 12 horas

GENTAMICINA (40 mgs/frasco)				
KILOGRAMOS	LIBRAS	DOSIS	CC	PERIODICIDAD
1.5	3 lbs 4 onz	7.5 mgs	0.4	Cada 12 horas
2.0	4 lbs 7 onz	10.0 mgs	0.5	Cada 12 horas
2.5	5 lbs 8 onz	12.5 mgs	0.6	Cada 12 horas
3.5	7 lbs 12 onz	17.5 mgs	0.8	Cada 12 horas

DOSIFICACION PARA ANTIBIOTICOS INTRAVENOSOS

ABORTO SEPTICO E INFECCION POST-PARTO

Medicamentos de primera elección:

- a) Penicilina G 4-5 millones de unidades, intravenosa, cada 4-6 horas Y
- b) Cloranfenicol 1 g, intravenoso, cada 8 horas

Medicamentos de segunda elección:

- a) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
- b) Metronidazole 500 mg, intravenoso, cada 6 horas

Otras combinaciones posibles si no tiene las combinaciones anteriores:

- a) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
Cloranfenicol 1 g, intravenosa, cada 8 horas
- b) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
Gentamicina, 1.0 - 1.5 mg/kg de peso, intravenosa, cada 8 horas Y
Clindamicina 900 mg, intravenosa, cada 8 horas
- c) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
Gentamicina, 1.0 - 1.5 mg/kg de peso, intravenosa, cada 8 horas Y
Metronidazole 500 mg, intravenosa, cada 6 horas

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Si hay fiebre:

Medicamentos de primera elección:

- a) Penicilina G 4-5 millones de unidades, intravenosa, cada 4-6 horas Y
- b) Cloranfenicol 1 g, intravenosa, cada 8 horas

Medicamentos de segunda elección:

- a) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
- b) Gentamicina, 1.0 - 1.5 mg/kg de peso, intravenosa, cada 8 horas

Otras combinaciones posibles si no tiene las combinaciones anteriores:

- a) Ampicilina 1 g, intravenosa, cada 4 horas Y
Cloranfenicol 1 g, intravenosa, cada 8 horas
- b) Penicilina G 4-5 millones de unidades, intravenosa, cada 4-6 horas Y
Gentamicina, 1.0 - 1.5 mg/kg de peso, intravenosa, cada 8 horas

ABREVIATURAS

i.v.	=	intravenoso
p.o.	=	vía oral
u.i.	=	unidades internacionales
i.m.	=	intramuscular
sublingual	=	abajo de la lengua
FUR	=	fecha de última regla
FPP	=	fecha probable de parto

APENDICE 2

PROYECTO DE SALUD MATERNO NEONATAL DE QUETZALTENANGO

El proyecto de Salud Materno Neonatal de "Quetzaltenango" se desarrolló de 1988 a 1993 en el Área de Salud de Quetzaltenango, Guatemala. Este es un proyecto colaborativo entre el Área de Salud de Quetzaltenango y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá INCAP. Este proyecto busca reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal del área, a través de la utilización más eficiente de los recursos existentes y de la aplicación de un enfoque muy específico, centrado en la detección temprana y manejo adecuado de las principales complicaciones obstétricas (hemorragia, sepsis y eclampsia) y neonatales (asfixia, sepsis y complicaciones de bajo peso al nacer y prematuridad) en todos los niveles de atención desde la comunidad hasta el hospital. El proyecto se desarrolló en tres fases: diagnóstica, de intervención y de evaluación. En la fase diagnóstica se realizaron estudios para determinar las limitantes y otros problemas en el manejo de casos obstétricos y neonatales en los niveles de hospital, centros y puestos de salud, comadronas y familias. Se realizaron encuestas a los usuarios de los servicios, al personal de los mismos y a las comadronas para determinar los factores que influyen sobre el manejo apropiado de casos obstétricos y neonatales, y la adecuada utilización de los servicios. Asimismo se realizaron estudios para determinar las principales causas de muerte materna y neonatal.

Entre los principales hallazgos de las investigaciones está que el 95% de las muertes maternas eran causadas por hemorragia, sepsis y eclampsia, y el 92% de las muertes peri-neonatales eran causadas por asfixia debido a malpresentación y trabajo de parto prolongado, sepsis y complicaciones derivadas de prematuridad y bajo peso. A nivel de los servicios de salud se encontró que el personal de salud y las comadronas no habían recibido capacitaciones recientes sobre la detección y manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales, y no existían normas ni protocolos de manejo específicos para estas complicaciones. Además, el sistema de referencia y contrarreferencia no era funcional. En la segunda fase, basada en los hallazgos de la fase diagnóstica, se desarrollaron intervenciones tendientes a mejorar la detección y manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales. Se establecieron protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales en los servicios de salud y se capacitó al personal de salud y comadronas. Se realizaron actividades de sensibilización y motivación del personal de salud para favorecer la aceptación/valoración de las comadronas y de sus pacientes en los servicios de salud. Se realizaron reuniones entre los diferentes niveles para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia. Se capacitó a capacitadores de comadronas para mejorar sus conocimientos técnicos sobre el manejo de emergencias obstétricas y neonatales y en metodologías participativas basadas en educación para adultos. Se desarrolló material visual práctico, barato, fácil de hacer para realizar las capacitaciones a comadronas de manera más práctica y participativa.

En la tercera fase, se evaluó el impacto de las diferentes intervenciones, estableciendo sistemas de monitoreo y evaluación a nivel de los servicios de salud y comunidad.

Datos preliminares muestran que las referencias de casos obstétricos complicados, hechas por comadronas al hospital, han incrementado en un 396%. La mortalidad neonatal a nivel hospitalario ha disminuido de 38 x 1000 nacidos vivos en 1989 a 32 x 1000 nacidos vivos en 1992. Las comadronas ya no reportan recibir mal trato en el hospital e inclusive entran a la sala de labor y partos para acompañar a su paciente. En los Centros y Puestos de Salud han mejorado el registro de información vital en las historias clínicas sobre embarazo, parto, post-parto y recién nacido, y ha habido mejoría por parte del personal de salud en la realización de las destrezas del examen clínico del embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Andolsek, K. Obstetric Care. Standards of Prenatal, Intrapartum and Post Partum Management. Pennsylvania. Lea & Febiger. 1990.
2. Barger, M. et al. Protocols for Gynecologic and Obstetric Health Care. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1988.
3. Barrou, S. et al. Obstetrical Epidemiology. New York. Academic Press Inc. 1983.
4. Benrubi, G. Obstetric Emergencies. Contemporary Issues in Emergency Medicine. New York. Churchill Livingstone. 1990.
5. Cerezo, R. y Figueroa, R. . Manual de Atención al Recién Nacido. Guatemala. Editorial Piedra Santa. 1981.
6. Chalmers, T. et. al. Effective Care in Pregnancy and childbirth. New York. Oxford University Press. 1989.
7. Enkin, M. et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. New York. Oxford University Press. 1990.
8. Klaus, M., Fanaroff, A. Care of the High Risk Neonate. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1979.
9. Klein, L., Marcy, M. Bacterial Sepsis and Meningitis. In: Remington, J. and Klein, L. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1983. p. 679-735.
10. Kuban, K. Convulsiones Neonatales. En: Cloherty, L. y Stark, A. Manual de Cuidados Neonatales. México. Salvat Editores, S.A. 1987. Pg. 337-347.
11. Marx, C. Medicaciones Utilizadas en el Neonato, Apéndice A. En: Cloherty, L. y Stark, A.. Manual de Cuidados Neonatales. México. Salvat Editores S.A. 1987. Pgs. 583-506.
12. Rooney, C. et al. A Review of the Evidence on the Effectiveness of Antenatal Interventions in Developing Countries, with Regard to Maternal Health Outcomes. Maternal Health and Safe Motherhood Research Programme. Geneva. WHO. 1991.
13. Schieber, B. et al. High Risk Management in the Rural Highlands. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Guatemala, 1990.
14. Star, W. et al. Ambulatory Obstetrics: Protocols for Nurse Practitioners/Nurse Midwives. 2nd. Edition. San Francisco. University of California. 1990.
15. Taber, B. Manual of Gynecologic and Obstetric Emergencies. 2nd. ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1984.
16. WHO. The Prevention and Management of Post-Partum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group. Geneva. 1989.
17. Young, T. Pharm, OB, Neofax, M. A manual of drugs used in Neonatal Care. 5th edition. Columbus, Ohio. Ross Laboratories. 1992.