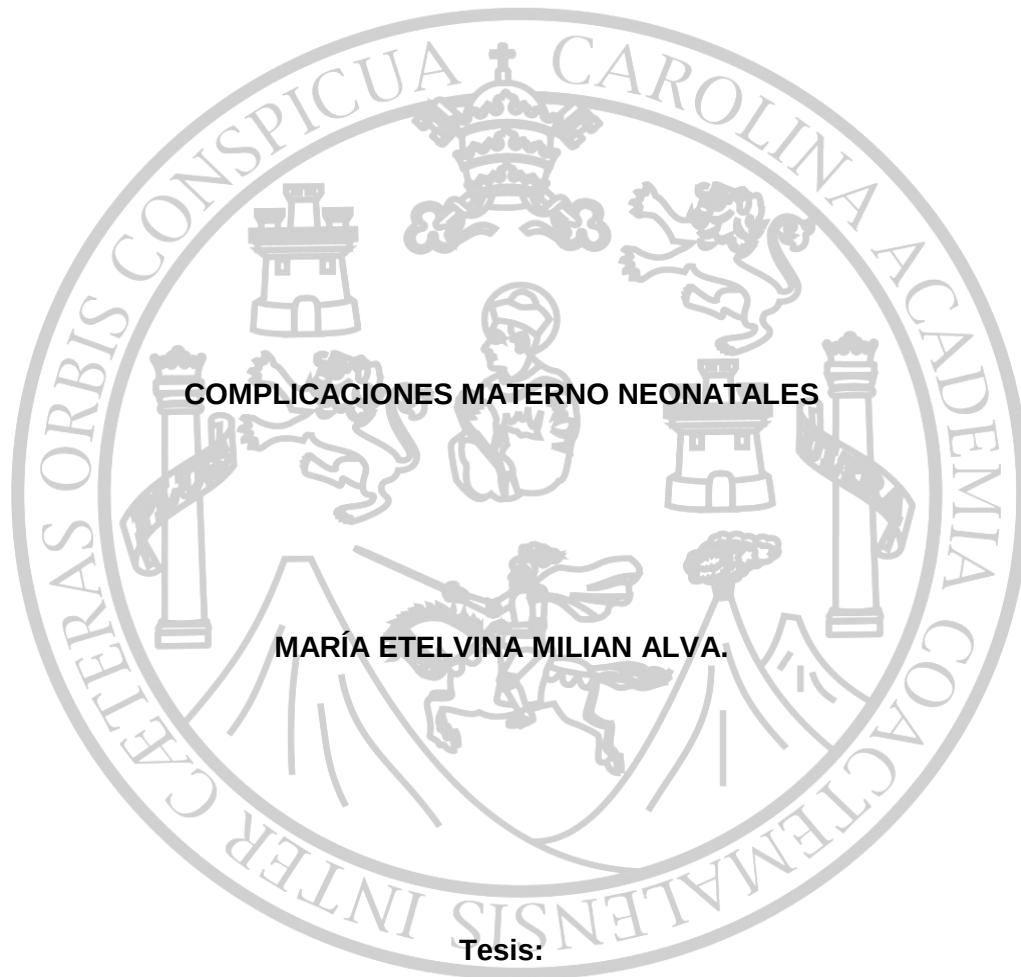


**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS**



**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultada de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014

**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS**



**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultada de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Maria Etelvina Milian Alva.

Carné Universitario No.: 200321327

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Complicaciones Materno Neonatales"**.

Que fue asesorado: Licda. Rhina Orantes Franco Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado *


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:
Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Complicaciones materno neonatales" de María Etelvina Milian Alva, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Rhina Orantes Franco MA.
Asesor de Tesis

Catedrática Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

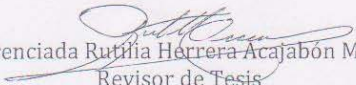
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Complicaciones materno neonatales" de María Etelvina Milian Alva, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutilia Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece de gran manera a la Fundación Para El Desarrollo de Enfermería - FUDEN- Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo – AECID-, España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestro respeto y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Creador del universo y dueño de mi vida, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A la Universidad San Carlos de Guatemala: Casa de estudios que me albergo, con sus sabias enseñanzas para formar profesionales con principios y valores humanitarios.

A mis maestras: Por sus conocimientos en asesoría en la conducción del trabajo de tesis, en especial a la Magister. Juana Martha Hernández, Magister. Rutilia Herrera Acajabon y magister Rina Orantes.

A mi esposo: Cristóbal Salvador Baldizón Bran. Por darme su cariño, paciencia, apoyo y valor para seguir adelante en mi formación de maestra.

A mis hijos: Salvador y Mariana. A quienes dedico este triunfo en especial, porque serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas y como un estímulo para su vida personal y ser perseverantes para lograr sus sueños en el futuro.

A mis padres: Eloísa y Crisanto. Por su apoyo incondicional, moral y espiritual en beneficio de mi desarrollo profesional.

A mis hermanas/os: Vilma, Blanca, Miriam, Juan, Carlos, Viviana, Alias y Otto por su aprecio y admiración.

A mis Suegros: Cristóbal y Cristina. Por su apoyo moral y cariño de segundos padres que Dios me ha dado en la vida.

A todos mis amigos y amigas: Que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad, gracias por ser la sal que condimenta mi vida y la luz que guía mis pasos en el mundo de la superación.

A mis compañeros/as: Agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo y compartieron durante el tiempo de formación.

INDICE DE CONTENIDOS

	Resumen		
I	Introducción:.....		1
II	Antecedentes.....		3
	2.1	Definición:.....	3
	2.2	Epidemiología.....	7
	2.2.1	Complicaciones durante el embarazo.....	7
	2.2.2	Causas de Hemorragias en el embarazo.....	7
	2.3	Complicaciones Durante el Parto.....	11
	2.3.1	Hemorragia Obstétricas.....	11
	2.3.3	Causas de las hemorragias.....	11
	2.3.4	Signos de alarma.....	18
	2.3.5	Factores de riesgo.....	23
	2.3.6	Etiología/ Factores de riesgo.....	35
III		Objetivos.....	42
IV		Material y métodos.....	43
	4.1	Tipo de Estudio.....	43
	4.2	Unidad de análisis.....	43
	4.3	Población.....	43
	4.4	Sujeto de Estudio.....	43
	4.5	Calculo de la Muestra.....	43
	4.6	Criterios de Inclusión.....	43
	4.7	Criterios de Exclusión.....	43
	4.8	Descripción del proceso de selección y tamaño de la muestra.....	44
	4.9	Cuadro de operacionabilidad de variables.....	45
	4.10	Análisis Estadístico.....	47
	4.11	Aspectos Éticos.....	48
	4.12	Recursos físicos, humanos y financieros.....	49
V		Resultados.....	50
		Cuadro 1.....	50
		Cuadro 2.....	51
		Cuadro 3.....	52
		Cuadro 4.....	53
		Cuadro 5.....	54
VI		Discusión y análisis.....	55
	6.1	Conclusiones.....	60

	6.2	Recomendaciones.....	61
	6.3	Propuesta de plan de acción	62
VII		Referencias Bibliográficas.....	63
VIII		Anexos.....	66
		Anexo No.1 Cuestionario.....	66
		Anexo No.2 Consentimiento informado.....	68
		Anexo No.3 Glosario.....	69
		Anexo No.4 Permiso de la Autora.....	71

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
III.	OBJETIVOS	42
IV.	MATERIAL Y METODOS	43
V.	RESULTADOS	50
VI.	Discusión y Análisis	55
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	63
VIII.	ANEXOS	66

INDICE DE CUADROS

CUADRO NO. 1.....	50
CUADRO NO. 2.....	51
CUADRO NO. 3.....	52
CUADRO NO. 4.....	53
CUADRO NO. 5.....	54

RESUMEN

En el mundo, 358.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o el puerperio y más de 8,1 millones de niños menores de 5 años también mueren, siendo las causas perinatales las que menos han descendido en los últimos años. Las hemorragias, las infecciones, los trastornos hipertensivos, la obstrucción del trabajo de parto y las complicaciones de los abortos inseguros son los principales problemas que ponen en riesgo la vida de las mujeres.¹

Los objetivos: Determinar las características de edad, paridad y lugar de procedencia de las pacientes que presentaron complicaciones maternas. Identificar el tipo de complicación que presentaron las mujeres en el embarazo, parto o post- parto y neonato, el manejo, según estándares de PROCONE (promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales) de complicaciones y la resolución del caso.

El tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo, realizado durante el primer trimestre del año 2014. En el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz. En donde se revisaron los expedientes de 173 de mujeres a quienes se les brindó atención obstétrica por complicaciones maternas y 48 productos de la concepción, a quienes se les brindó atención por complicación neonatal. **Conclusiones relevantes:** El rango de edad de las madres que presentaron complicaciones maternas fue de 20 a 35 años con un 64%. El 30% fueron primigestas y un 24% multíparas. Intervenciones realizadas: cesáreas en un 35% y tratamiento con antibiótico un 20%. El 52% de las complicaciones maternas están las hemorragias, preeclamsias, infecciones del tracto urinario. El 32% son complicaciones fetales, como presentaciones anómalas y sufrimiento fetal agudo y otros. El 78% del personal cumple 100% con el manejo de las complicaciones maternas de acuerdo a normas de atención obstétricas y un 22% no aplica al 100% el manejo de complicaciones. En cuanto complicaciones neonatales de un total de 48, el 81% es producto de un parto normal y un 19% producto de cesáreas. El personal aplicó el protocolo de atención al Neonato en un 79%, **Recomendación:** Socializar la Ley de Maternidad Saludable y normas materno neonatales vigentes, al 100% de personal médico y de enfermería, que brinda atención materna neonatal en el Hospital Distrital de la Tinta Alta Verapaz, para actualizarlos sobre las bases legales del cumplimiento de protocolos de atención vigentes en el país.

¹Centro Rosarino de Estados Perinatales, Mortalidad Severa Materna y Neonatal. Argentina. Disponible: <https://kamolo.org.ar/app/en/Protocolo%20aprobado%20Investiga.pdf>. 2010. Consultado el 13 de Junio año 2014.

ABSTRACT

Worldwide, 358,000 women die each year related to pregnancy, childbirth and the postpartum period and more than 8.1 million children under 5 die complications also being perinatal causes that have less declined in recent years. Bleeding, infection, hypertensive disorders, obstruction of labor and complications of unsafe abortions are the main issues that threaten the lives of women.

Objectives: To determine the characteristics of age, parity and place of origin of the patients who had maternal complications. Identify the type of women who had complications in pregnancy, childbirth or postpartum and newborn care, handling, according PROCONE standards (promotion of essential newborn care obstetric) complications and resolution of the case.

The kind of retrospective study was conducted during the first quarter of 2014 the District Hospital of Tinta, Alta Verapaz. Where the records of 173 women who were provided with obstetric care for maternal complications and 48 products of conception, whom I care were provided with neonatal complications were reviewed. **Relevant Conclusions:** The age range of the mothers who had maternal complications was 20 to 35 years with 64%. 30% were primiparous and 24% multiparous. **Realized Interventions:** Caesarean section in 35% and antibiotic treatment by 20%. 52% of maternal complications are bleeding, preeclamsias, urinary tract infections. 32% are fetal complications such as malpresentation and fetal distress and others. 78% of staff is 100% to the management of maternal complications according to standards of obstetric care and 22% does not apply 100% management of complications. As neonatal complications of a total of 48, 81% is the result of a normal delivery and 19% product cesareans. The staff applied Newborn Care protocol by 79% **Recommendation:** Socialize Act Safe Motherhood and maternal and neonatal standards, 100% medical and nursing staff, providing maternal and newborn care in the Hospital District of Ink Alta Verapaz, to update them on the legal basis of compliance with care protocols in force in the country.

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud pública y Asistencia social como rector de la salud en Guatemala, reconoce los compromisos adquiridos en la declaración del Milenio para mejorar la salud de la madre y niño incluye el objetivo cuatro que se refiere a reducir la mortalidad infantil y en el cinco mejorar la salud materna a través de reducir los Riesgos del Embarazo cuya meta consiste en tres cuartas partes entre 1990 a 2015. Agregado a ello lograr la cobertura universal de 85% la asistencia especializada al parto para 2015.²

Mediante el cumplimiento de derechos basados en leyes y mandatos del estado de Guatemala se mencionan los siguientes: La constitución de la República, el código de Salud, la Ley de Desarrollo Social (decreto número 42-2001), Ley para la Maternidad Saludable (decreto número 32-2010), brindan un marco legal y de derecho amplio para la Salud Sexual y Reproductiva, además reconoce que garantizar a todas las mujeres su derecho a una Maternidad Saludable es una prioridad y reto del estado.³ Según ⁴la carta de principios Éticos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de la asociación de ginecología y obstetricia de Guatemala enmarca el compromiso de hacer valer el derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte. Mediante el mejoramiento de las rutinas de atención al parto de bajo riesgo, incluyendo acciones que se ha demostrado que son útiles y excluyendo las inútiles y dañinas, de acuerdo a las evidencias científicas actualizadas, poniendo énfasis en el trato respetuoso de la mujer usuaria. Otro de los compromisos es la eliminación gradual de la cesárea sin indicación médica, promoviendo auditoria de todos los casos, y por último, hace mención de la necesidad de la Implementación de protocolos de vigilancia post-parto durante las seis primeras horas, los seis primeros días y las seis primeras semanas después del nacimiento que sirven para la prevención de las principales causas de muerte materna en el post parto.

El Ministerio Salud Publica Asistencia Social prioriza intervenciones dirigidas a la mujer a través de losservicios de atención materno infantil. Considerando que el Hospital ha sido caracterizado como Materno Infantil en un 83% según⁵ producción hospitalaria 2013. El Hospital de la Tinta está ubicado estratégicamente en el centro del Valle del Polochic; funciona como Hospital de referencia para los municipios aledaños, quienes refieren pacientes

²Organización Mundial de la Salud, Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna, Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/ 2007, PDF, consultado el 18 de junio del año 2014.

³Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11

⁴Asociación de Obstetras de Guatemala. Carta de Principios Éticos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Guatemala 2006. Pág. 21-22

⁵Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Área, Alta Verapaz. Memoria de Labores 2013.

con problemas obstétricos brindándoles atención y los problemas de salud que no tiene capacidad de resolución, se refieren al Hospital Regional de Cobán de Alta Verapaz.

Dentro de los objetivos que realzan el estudio, se mencionan los siguientes:

Determinar las características de edad, paridad y lugar de procedencia de las pacientes que presentaron complicaciones maternas e Identificar el tipo de complicación que presentaron las mujeres en el embarazo, parto o post- parto y neonato, manejo según estándares de PROCONE (promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales) de complicaciones y la resolución del caso.

La investigación realizada es de tipo descriptivo, se estudiaron los expedientes de pacientes que presentaron complicación materna neonatal y la resolución del caso en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz, para describir la situación presentada en el manejo de complicaciones. **Conclusiones:** El rango de edad de las madres que presentaron complicaciones maternas fue de 20 a 35 años con un 64%. El 30% fueron primigestas y un 24% múltiparas. Intervenciones realizadas: cesáreas en un 35% y tratamiento con antibiótico un 20%. El 51.44% de las complicaciones maternas están las hemorragias, pre eclampsias, infecciones del tracto urinario etc. un 32.36% fetales como presentaciones anómalas y sufrimiento fetal agudo, etc.El 78% del personal cumple en un 100% con el manejo de las complicaciones maternas de acuerdo a normas de atención obstétricas y un 22% no aplica al 100% el manejo de complicaciones. En cuanto a complicaciones neonatales de un total de 48 recién nacidos el 81% es producto de un parto normal y un 19% producto de cesáreas. Se aplicó el protocolo de atención al Neonato en un 79%.El 61% de complicaciones neonatales presentadas: asfixia y sepsis neonatal y bajo peso al nacer. La medición de cumplimiento de estándar, se realizó mediante chequeo de cumplimiento de criterios, en base a datos recolectados y estándar establecido, durante la revisión de expedientes se encontró, con falta de registros de actividades que se desarrollaron durante la atención, tanto a la madre como al neonato, no permitiendo comparar en un 100% la normativa vigente de atención Materno-neonatal.

II. ANTECEDENTES

2.1 Definición:

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 15% de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo o del parto y estas pueden ser lo suficientemente graves como para amenazar la vida. Por cada muerte materna se estima que hay de 20 a 30 mujeres que sufren morbilidad materna extrema y son prevenibles en un 40%.

La mortalidad materna según el Observatorio de salud reproductiva⁶ en Guatemala ha posicionado al país en el renglón de índices más alarmantes de Latinoamérica. Para el año 2011, Guatemala ocupaba el cuarto lugar de los países con las más elevadas tasas de mortalidad materna de la región, según datos del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

La situación de la mortalidad materna en el país en el año 2012 tuvo un ascenso considerable en relación al 2010 y 2011 (338 y 258 casos, respectivamente). En este año ocurrieron 379 muertes maternas, 121 más que en el 2011 y 41 en relación al 2010

En el 2012 el departamento del país con mayor número de casos de muertes maternas fue Alta Verapaz con 77/379 (20.32%) los 68 casos reportados en el primer trimestre del 2013 (OSAR, 2013) el departamento de Alta Verapaz presenta la mayoría con 14 casos (entre los municipios afectados esta Senahú), le sigue Huehuetenango con 9, El Quiché con 5, Guatemala, Totonicapán, Chiquimula y Petén con 4 cada uno.

Causas de mortalidad materna de mayor incidencia, primer trimestre 2013. En lo referente a las causas de muerte materna, de los 26 casos (MSPAS, 2013), las primeras 4 que se especifican son: Retención de Placenta sin hemorragia (6 casos), otras hemorragias post-parto (3 casos), otras inercias uterinas (3 casos) y eclampsia durante el trabajo de parto (2 casos) La Encuesta Nacional Materna Infantil de Guatemala⁷ condicionantes que predisponen a la mujer Guatemalteca a presentar complicaciones maternas neonatales que ponen en riesgo la salud y vida del binomio. Entre los datos más relevantes se menciona la estatura baja de las mujeres de 15 a 49 años con 148 centímetros de promedio. Obesa: 50% de mujeres no embarazadas con sobrepeso y obesidad. Con respecto a nutrición menciona que el 29.1 % de mujeres embarazadas tiene anemia y un 21.4% de no embarazadas. Otros elementos que sobresalieron en dicho estudio es la poca ingesta de Alimentos, poca variabilidad, baja en Vitamina. A, B, C, hierro, ácido fólico y B12. Situación que es alarmante ya que sus consecuencias se describen a continuación.

Para la madre: incrementa el riesgo de complicaciones maternas y muertes: riesgo de infec-

⁶Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf, Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

⁷Gobierno de Guatemala, Pacto Hambre Cero. Guatemala. 2013.

ción, anemia letargia, debilidad y menor productividad.

Para el Neonato: incrementa riesgo de muerte fetal, neonatal e infantil, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y prematuros. Según manual de código rojo ⁸ en el mundo cada minuto que pasa ocurre una muerte materna, y en los países en vías de desarrollo siguen ocurriendo el mayor número de muertes. La razón de mortalidad materna para Guatemala en el año 2000 fue de 153 X 100,000 nacidos vivos y para el año 2010 fue de 139.7 por 100,000 nacidos vivos. Las causas de mortalidad en orden de frecuencia son: hemorragia (41%), trastornos hipertensivos del embarazo (16.6), infecciones (15.5%) y abortos en condiciones de riesgo (6.3%). La razón de mortalidad materna para el año 2000 en Alta Verapaz fue de 258.50 por 100,000 nacidos vivos y para el año 2007 es de 191.97.⁹

Según el informe de estudio de muertes maternas¹⁰ las muertes maternas son el resultado de un sistema de salud poco accesible y culturalmente inadecuado y de factores como: poca escolaridad de las niñas, desnutrición, matrimonio precoz, falta de información limitado acceso a métodos anticonceptivos, la condición y situación de subordinación de las mujeres, contribuyendo está a la vulnerabilidad de la salud de las mujeres antes, durante el embarazo, el parto y el post-parto, incrementando los riesgos y las complicaciones propias de la reproducción siendo este un indicador del daño extremo que las mujeres pueden sufrir.

El Ministerio de Salud Pública Asistencia Social reconoce que es prioritario garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud de calidad y con pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo.¹¹

En Alta Verapaz¹² cada semana mueren dos mujeres por complicaciones del embarazo y parto, dejando hogares destrozados, con viudos, madres y padres que lloran la ausencia temprana de su esposa o hija. En cada familia y en el centro de la tragedia quedan al menos cuatro huérfanos acongojados y afectados social, emocional y materialmente por las muertes, que en su mayoría pudieron haberse prevenido; así como familiares, vecinos y amigos que sienten la ausencia de la mujer que aportaba a sus familias y a la comunidad.

Durante Enero a Julio del año 2013 la producción de muertes maternas Hospitalarias fue de siete de las cuales cinco catalogadas en cuarta Demora, la cuarta demorasegún¹³ “se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilida-

⁸Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013.

⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de Labores del Área de Salud de Alta Verapaz. 2013

¹⁰Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Estudio de caso de muertes maternas en Alta Verapaz. Guatemala, Abril 2010.

¹¹Ministerio de Salud Pública Asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de Atención del Parto. Guatemala 2011.

¹²Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional Estudio de caso de muertes maternas en Alta Verapaz. Guatemala, Abril 2010.

¹³Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

des y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de Insumos, medicamentos y equipo adecuado” y los dos casos más que por la condición grave que ingresan fallecen en el servicio repercutiendo en la primera Demora que se refiere al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos de señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido.

Se cuenta con el apoyo de seis médicos obstetras. La producción de atención de partos durante el periodo de estudio fue de 3% para el Enfermero Profesional, 32% médico ginecólogo y por Auxiliar de Enfermería un 65% es evidente que los partos son atendidos por personal auxiliar de enfermería en su mayor porcentaje según¹⁴ Se ha evidenciado aumento de la demanda y se presentaron complicaciones obstétricas neonatales e incluso muertes maternas neonatales; situación que motivo a realizar el estudio sobre complicaciones materno neonatales atendidas en el Hospital Distrital de la Tinta, durante el primer trimestre del año 2014. Los objetivos de la investigación: son determinar las características de edad, paridad y lugar de procedencia de las pacientes que presentaron complicaciones maternas. Identificar el tipo de complicación que presentaron las pacientes y neonatos, manejo según estándares de PROCONE (promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales) de complicaciones y la resolución del caso.

Es necesario hacer mención que este es el primer estudio de complicaciones materno neonatales en el Hospital Distrital de La Tinta, A.V. Existe un estudio según Milian Alva. María Etelvina¹⁵ sobre las Principales causas de muertes fetales atendidas en el servicio de Labor y Partos, periodo de enero a diciembre 2009. Presentando las siguientes conclusiones: Las principales causas de muertes fetales atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Distrital de la Tinta, del Departamento de Alta Verapaz. Están: Causas indeterminadas: trabajo de parto prolongado, agotamiento materno, desviación de la curva de acción del partograma. Causas fetales: presentaciones fetales anormales y desproporción céfalo pélvica. Causas placentarias y ovulares: prolapso del cordón umbilical, circular al cuello, placenta previa y Oligohidramnios. Causas maternas: Preclampsia y eclampsia.

El 84.51% de las pacientes en estudio ingresaron al servicio de labor y partos del Hospital Distrital de la Tinta, con feto muerto referidas de diferentes servicios de salud de la región del Polochic y un 15.49% con feto vivo y mueren en diferentes circunstancias, un 9.87% de ellos muere por causas inevitables y un mínimo porcentaje pero muy significativo del 5.65% muere por no recibir una atención inmediata repercutiendo en la cuarta demora.

En tal estudio el rango de edad de las madres más afectadas con muerte fetal fue de 26 a 30 años, el 92% de las pacientes se presentó a control prenatal. Primigestas y multíparas pre-

¹⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Libro de Registro de Nacimientos del Hospital de enero a marzo 2013.

¹⁵MILIÁN A, Maria. Etelvina. Principales causas de muertes fetales servicio labor y partos. Hospital de la Tinta, Alta Verapaz. Cobán, Mayo 2011.

sentaron mayor incidencia de muerte fetal, el 84.50% procedían del área rural y con procedencia de la región del Polochic un 97.18%.

La edad gestacional al momento de la muerte fetal intrauterina se dio entre la 37 y 40 semanas de gestación, los recién nacidos presentaron un promedio de peso de 2,500g.a 4,000 gramos. El 49.15% pertenece al sexo masculino. La presentación fetal fue cefálica en un 56.34%. El 52.11% de los partos fueron atendidos por el médico y el 47.89 por personal de enfermería, la resolución del parto se dio en su mayor porcentaje por partos vaginales con un 70.42% seguidos por cesáreas con un 29.68%. En relación al registro correcto del partograma se evidencia que el 12.67% de los expedientes clínicos registraron el llenado adecuado del parto grama, de los cuales el 7% actuaron satisfactoriamente un 5.63% llenaron bien el partograma y no resolvieron correctamente el parto porque los fetos fallecen intrauterino.

Se observó deficiencia en la recopilación de datos al ingreso de la paciente sobre su estado de salud, sobre los problemas que presenta durante la atención y específicamente no se anota la causa posible de muerte fetal, únicamente aparecen como óbitos fetales en el expediente sin causa aparente

Municipio de la Tinta, Alta Verapaz.

El municipio de Santa Catalina la Tinta, Alta Verapaz se encuentra ubicado geográficamente en el centro de la región del Polochic. Colinda al Norte con el Municipio de San Antonio Senahú, Al Sur con la Sierra de la Minas y Departamento de Zacapa, al este con el Municipio de Panzos, al Oeste con el Municipio de San Miguel Tucurú y Purulha este último de Baja Verapaz. Dista de la ciudad capital a 288 kilómetros, de la cabecera Departamental a 92 kilómetros sobre la ruta del Valle del Polochic. Su clima es Cálido. Con una población de 39,675 habitantes, siendo la población urbana 12,319 y la población rural 27,356. El porcentaje de población indígena es del 90% y la no indígena de 10%. Predominando la etnia Maya Q'eqchí.

Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz.

Es una instalación sanitaria en donde se desarrollan programas de salud tanto del nivel preventivo como curativo de atención Integral al paciente. Inicia sus labores al servicio de la población en Marzo de 1999, funciona como Hospital de referencia para los municipios aledaños tiene 3 médicos obstetras Guatemaltecos y 3 obstetras Cubanos, un pediatra , un médico clínico internista, 4 médicos generales ; su mayor producción es de ginecobstetricia y pediatría con una capacidad de 53 camas que cubre el primer y segundo nivel de atención con 4 especialidades Ginecobstetricia, Medicinas, Cirugías y Pediatría, y consulta externa cubre las mismas especialidades a nivel de encamamiento, un centro de recuperación.

La Distribución del personal médico para la atención materna que cubre las 24 horas tiene

turnos de 8 horas en labor y partos y 16 horas de turno de tarde y vela siendo ellos los indicados de la atención de los partos complicados. Así mismo hay dos obstetras asignados para consulta externa y uno para la maternidad y ginecología de pacientes ingresadas. Con respecto al personal de enfermería se cuenta con 12 enfermeros profesionales y 39 auxiliares de enfermería, directamente en la atención materna se tienen 10 auxiliares de enfermería en labor y partos con turnos de 6 y 12 horas que son supervisados por enfermera, se cubre sala de operaciones con 24 horas (cinco auxiliares), maternidad con 10 auxiliares y un profesional, incluye la atención materna a 4 enfermeros supervisores con turnos de tarde y noche. En consulta externa hay un auxiliar para cada clínica de ginecología.

2.2. Epidemiología

2.2.1 Complicaciones durante el embarazo:

Las afecciones maternas en relación con el embarazo se dividen en dos categorías: complicación en relación con el embarazo y que no se presentan en otras etapas; y enfermedades que no se relacionan con el embarazo y que no se presentan en no embarazadas, pero cuando ocurren durante el embarazo lo complican e influyen en su curso o se complican por sí mismos. Entre ellas están las siguientes: Afecciones hemorrágicas de principio de embarazo, Hiperémesis gravidarum, complicaciones hemorrágicas de origen placentario en el embarazo avanzado. Enfermedades hipertensivas del embarazo, diabetes, etc.¹⁶

2.2.2 Causas de Hemorragias en el embarazo.

Las causas frecuentes de hemorragia durante la primera mitad del embarazo son: aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme. Las tres causas más comunes de hemorragia en la última mitad del embarazo son placenta previa, desprendimiento de placenta y ruptura uterina. Es importante describir los dos tipos de hemorragias durante el puerperio. Causas Uterinas: entre ellas se puede mencionar la Atonía Uterina, Retención de placentaria y/o restos e inversión Uterina y entre las causas no uterinas tenemos a los desgarros o laceraciones y trastornos de la coagulación.¹⁷

2.2.3 Embarazo Ectópico:

Según¹⁸Schwartz se entiende por embarazo ectópico la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero. La ubicación puede ser: tubaria, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical. La implantación tubarica es la más frecuente del 90 al 95 de los casos que se presentan.

¹⁶REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería Materno Infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002.

¹⁷Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013.

¹⁸SCHWARCZ.Ricardo Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página.211, 215,220, 226

2.2.4 Aborto:

Según SCHWARCZ es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. Puede ser espontáneo o provocado.

2.2.5 Mola Hidatiforme:

Según Schwartz, la mola hidatiforme es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular. La frecuencia se calcula en uno de cada mil embarazos, dicha frecuencia es mayor en multíparas y en mujeres de avanzada edad.

2.2.6 Complicaciones hemorrágicas del embarazo avanzado:

Las afecciones placentarias que producen sangrado y posible hemorragia en el embarazo avanzado ponen en grave peligro el bienestar fetal y la salud de la madre.

2.2.7 Placenta previa:

Según SCHWARCZ es un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente, por hemorragias de intensidad variable. La frecuencia es de una de cada 200 a 300 embarazos. La multiparidad, la edad materna avanzada, los embarazos múltiples son los más afectados.

2.2.8 Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Insertada.

Se conoce con este nombre un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto de una placenta que a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal y que puede tener graves consecuencias para el feto y para la madre. Su frecuencia es de alrededor del 0.2%, pero varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y el tipo de población asistida.

2.2.9 Afecciones Hipertensivas del embarazo:

La hipertensión inducida por el embarazo es una complicación frecuente; se observa en 5 a 7% de todas las mujeres grávidas, con mayor frecuencia a las primíparas jóvenes, mujeres con hipertensión crónica y mujeres que proceden de medios socioeconómicos bajos.

2.2.10 La Hipertensión arterial según Schwartz¹⁹

Es una de las principales causas de restricción del crecimiento fetal, prematures y mortalidad perinatal. Se define como hipertensión gestacional a la aparición después de la semana 20 del embarazo de una cifra de TA diastólica de 90mm.Hg o más y 140mm. Hg. de TA sistólica o más en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, y un solo registro de TA Diastólica de 110mm. Hg. Clasificándole de la siguiente manera.

2.2.11 Hipertensión Gestacional

Es la hipertensión diagnosticada por primera vez después de las dos semanas, sin proteinuria. Las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas post- parto.

2.2.12 Preclamsia

Hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria, desapareciendo de igual manera en el postparto. La presencia de cefalea, alteraciones visuales y dolor epigástrico son signos premonitores de Eclampsia. La persistencia de proteinuria de (2tt) o mayor a la excreción de 2 gramos o más en orina en 24 horas indica un cuadro de preeclampsia severa.

2.2.13 Eclampsia:

Es la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. Según REEDER²⁰ Aproximadamente 5% de mujeres con preeclampsia desarrolla eclampsia. El riesgo de eclampsia en embarazo de gemelos es cuatro veces mayor que en embarazos únicos. La eclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo la tasa de mortalidad materna es de 17% y el panorama para el niño es en particular grave ya que se reportan tasas de mortalidad fetal del orden de 13 a 30% o más.

2.2.13.1 Signos y Síntomas.

Dolor de cabeza continuo en la región frontal u occipital, inflamación de cara y dedos, visión borrosa o poco clara, vomito persistente reducción en la cantidad de orina que.

2.2.14 Diabetes Gestacional²¹

Es la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución varia-

¹⁹ SCHWARCZ. Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página. 211, 215, 220, 226

²⁰ REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. . Pág. 311, 333, 808, 826

²¹ SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 2012. Pagina. 359

ble que se reconoce por primera vez durante la actual gestación. La frecuencia de la diabetes gestacional es de un aproximado de 2 al 17% según distintas publicaciones. Es una complicación grave del embarazo; aquí se trata la interrelación entre la alteración fisiológica que produce el embarazo y la fisiopatología de la enfermedad. Signos: poliuria (micción frecuente) polidipsia (sed excesiva) polifagia (hambre excesiva) mareos ortostático, visión borrosa, Pérdida de peso.

2.2.15 Infecciones del Aparato Genitourinario

Las infecciones urinarias son frecuentes durante el embarazo. Incluyen la bacteriuria asintomática, uretritis, cistitis y pielonefritis. Los gérmenes son en general gramnegativos (80% *Escherichia Coli*) en menor proporción *Proteos Klebsiella* y *aerobacter*. El 5 al 15% corresponde a gérmenes a Gram positivos, frecuentemente *estafilococo*. La vía de infección predominante es por ascenso de gérmenes de vejiga, aparato genital o región perineal. La incidencia de 4% al 7% y si no es tratada, 20% al 40 % desarrollan pielonefritis aguda. Otras complicaciones: trabajo de parto y parto preterminó, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino. La afección depende del embarazo, la raza y de los factores socioeconómicos.²²

2.2.16 Anomalías de las membranas²³

El polihidramnios o hidramnios es un síndrome clínico cuyo exponente más característico es el aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. Este normalmente oscila entre 300 a 900 ml. Se considera arbitrariamente que hay Polihidramnios cuando en el embarazo de término excede los 2000 ml. o los 1000ml a las 20 semanas.

2.2.17 Síndrome de Rotura Prematura de las Membranas Ovulares

Se le llama a la rotura de membranas ovulares cuando ocurre antes que inicie el trabajo de parto.

2.2.17.1 Corioamnionitis:

Es una entidad en la cual microorganismos, usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la pared amniótica. Puede ocurrir tanto ante la rotura prematura de las membranas como en el saco ocular íntegro. Su frecuencia global es de alrededor del 1% de todos los embarazos.

²² REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág. 867

²³ SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página. 237.

2.3 Complicaciones durante el parto:

El canal o conducto: Existen variaciones en el tamaño y la forma de la pelvis ósea u otras anomalías del conducto reproductor que interfieren en el encajamiento, descenso o expulsión del feto.

Feto: La presentación o posición imperfecta del feto, su tamaño inusual o su desarrollo normal pueden impedir que se introduzca o pase por el conducto del parto.

Psiquis: Los factores maternos como la angustia, la falta de preparación y el temor pueden interactuar con otros aspectos o en ocasiones en forma independiente, para prolongar el trabajo de parto.²⁴

2.3.1 La Hemorragia Obstétrica:²⁵

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos.

La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).

La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con anemia tolera menos la pérdida de sangre y tiene mayor riesgo de morir que una mujer con hemoglobina normal.

2.3.2 Factores De Riesgo

Teniendo en cuenta que el 66% de los casos no tienen factores de riesgo identificables, se puede afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto. Sin embargo, en el 33% de pacientes en donde si intervienen los factores de riesgo para hemorragia peri parto es importante identificarlos para clasificar desde el ingreso hospitalario a la paciente como mujer con riesgo de sangrar, con el objetivo que el equipo que brindara atención a la paciente esté preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ello evitar el retraso en el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado.

2.3.3 Causas de las Hemorragias.

Las principales causas de hemorragias relacionadas con la maternidad son placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y atonía uterina.

2.3.3.1 Hemorragia Intraparto:

Durante la primera etapa del trabajo de parto se cuenta con que haya un sangrado benigno

²⁴REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág. 850.

²⁵Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013.

por vagina resultado del borramiento y de la dilatación del cuello uterino.

2.3.3.2 Placenta previa: El principal indicio de placenta previa es una hemorragia vaginal, indolora, y roja brillante.²⁶

2.3.3.3 Ruptura de útero:

La ruptura uterina es una de las complicaciones poco usual que ocurre en uno de cada 2000 embarazos, constituye uno de los accidentes más serios en obstetricia porque la tasa de mortalidad para el feto es de 50 a 75% y virtualmente todas las madres que no reciben tratamiento mueren de hipovolemia por hemorragia, o con menor frecuencia, por infección.²⁷

2.3.3.4 Atonía uterina²⁸

Se trata de un cuadro en el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae alterándose a sí la homeostasia, se da principalmente por retención placentaria. Clínicamente se observa que el útero después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor de lo normal ya que el fondo se encuentra por encima del útero. Tratamiento es el masaje uterino a través de la pared del abdomen.

2.3.3.5 Trabajo de parto prematuro y expulsión antes de tiempo:

Según Reeder,²⁹ Es el trabajo de parto que se inicia antes de las 37 semanas de gestación y principal problema es obstétrico. Se le atribuyen un 75% de las muertes perinatales y un 85% de las defunciones neonatales.³⁰ Los estudios muestran que la tasa de nacimientos de pre término varía de un país a otro y de una institución a otra. En los países desarrollados suman alrededor de 5 a 10% de todos los nacimientos y en Estados Unidos la incidencia es de 9% en términos generales.

2.3.3.6 Prolapso del cordón umbilical:

Durante el transcurso del parto, el cordón umbilical algunas veces sufre un prolapso a lo largo o frente a la parte de presentación. Esto ocurre en uno de 400 nacimientos. Ahora bien con respecto a los accidentes del cordón umbilical puede provocar del 2 al 4% de las muertes fetales.

²⁶ Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013.

²⁷ REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág. 974.

²⁸ SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página. 633.

²⁹ REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág. 843, 862, 982, 991, 803

2.3.3.7 Detención del trabajo de parto:

Se produce detención del trabajo de parto (interrupción) cuando la dilatación cervical permanece igual durante dos horas o más. O la rapidez con que se dilata el cuello uterino disminuye a 1.5 cm/h en multíparas o a 1.2 cm/h en primigestas. Son causas de interrupción la posición fetal anormal, la desproporción céfalo pélvica, la analgesia excesiva, la administración prematura de anestesia regional, las contracciones uterinas inadecuadas y la cirugía cervical previa.

2.3.3.8 Factores que afectan durante el parto:

Edad de los fetos, cuando el parto es inminente, presencia de problemas fetales como; hipoxia, posiciones anormales, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, número de fetos, macrosomía, trastornos relacionados con: diabetes materna mal controlada, predisposición genética a tener hijos de gran tamaño, obesidad en esta complicación hay un aumento de riesgo de traumatismo perineal, rotura uterina y hemorragia puerperal y en el feto un riesgo de fractura de la clavícula en caso de parto vaginal, hidrocefalia (las mujeres con un lactante hidrocefálico previo tienen un riesgo del 2% al 5% de tener otro hijo igual) y anencefalia.

2.3.3.9 Distocia:

Distocia o parto difícil, es un término que suele usarse para designar el trabajo de parto que se prolonga o resulta más doloroso por problemas relativos a los mecanismos del mismo. En el descenso de la cabeza fetal, aquí interviene el tamaño de la pelvis, presentación fetal, capacidad de la cabeza fetal para moldearse a la pelvis y la capacidad del útero para contraerse con eficacia. Presentaciones y posiciones anormales, trabajo de parto prolongado y ruptura prematura de membranas. Ocurre del 1 al 7% de los trabajos de parto.

2.3.3.10 Bajo peso al Nacer³¹(BPN Menor de 2,500g),

Es uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos en salud materna, perinatal e infantil. Refleja la capacidad de reproducción de la madre y posibilita el pronóstico de sobrevivencia y desarrollo del Recién nacido.. También es un indicador social porque se asocia con la pobreza, la desnutrición y la falta de educación en la mujer y su medio en la etapa preconceptual. La frecuencia en América Latina es del 8% del total de nacimientos institucionales. Contribuyendo a la mortalidad neonatal precoz, este se asocia con frecuencia a problemas graves de adaptación a la vida extrauterina. Más del 10% de todos los Recién Nacidos con bajo peso en las primeras horas de vida presentan un cuadro de dificultad respi-

³¹SCHWARZ Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Pagina. 251.

ratoria o enfermedad de membrana hialina. La hipoxia que provoca esta enfermedad en los recién nacidos es responsable de una gran parte de muertes la primera semana de vida.

2.3.3.11 Parto Prematuro:

Es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, de los neonatos de bajo peso del 40% al 70% son prematuros. Y con un peso adecuado a su edad gestacional. La edad gestacional menor de 37 semanas se acompaña de una proporción más elevada de presentaciones anómalas, que pueden afectar la evolución del trabajo de parto.³²

2.3.3.12 Sepsis neonatal

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

2.3.3.13 Embarazo Prolongado

Se denomina embarazo prolongado o post-termino a aquel cuya duración sobre pasa el límite de 293 días o 41 semanas y seis días desde el comienzo del último ciclo menstrual. Se puede presentar macrosomía fetal (peso mayor de 4,000g). Si no se resuelve el nacimiento el pronóstico del bebé es devastador aumentando los indicadores de mortalidad perinatal. La frecuencia va depender del método que se use para calcular las semanas de gestación por última menstruación 7.5%, por ecografía precoz 2.5% la frecuencia real es del 1%.

2.3.3.14 Puerperio Inmediato³³

Uso del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP), que es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesáreo. Y el MATEP debe incluir:

La administración 10 Unidades de oxitocina IM.

La tracción controlada del cordón umbilical y contra-tracción de la cara anterior del útero, hasta que salga la placenta completamente.

El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, Cada 15 minutos por 2 horas. Apego inmediato madre/neonato. Previo a ser trasladada al servicio de maternidad realizar exámenes vaginales para extracción de coágulos y asegurarse que el útero se encuentre involucionado.³⁴

³² Enciclopedia de la Enfermería 1998. océano/Centrum. Volumen 5 Materno Infantil II Pág.793

³³ Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013.

³⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guías de Atención del Embazo, parto, puerperio y Manejo de Emergencias Obstétricas. Guatemala. Revisión 2006. Página 15

2.3.3.15 Shock hipovolémico³⁵

Es definido como hipoperfusión de los tejidos, con la disminución de la respiración celular. (AGOG, 1,997) Causada por la disminución del flujo sanguíneo por la pérdida de gran cantidad de sangre o de líquidos extravascular, en situaciones donde no hay hemorragia.

2.3.3.16 Diagnóstico de Shock³⁶

El diagnóstico del choque es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50%. Gracias a los cambios fisiológicos del embarazo, si la pérdida de volumen es menor del 10% al 15% (500-1000 ml) es tolerada por la gestante normal: la presión permanece normal y no ocurren cambios clínicos significativos. Si la pérdida está entre 16%-25% (1000-1500 ml), aparecen signos de hipoperfusión como palidez y frialdad, leve excitación, la presión arterial disminuye ligeramente (PAS entre 80-90 mmHg) y como signo de compensación hemodinámica y del reflejo simpático aparece una taquicardia leve (91-100/min). Cuando la pérdida de sangre está entre el 26%-35% (1500-2000 ml), el choque es moderado, aparecen cambios del sensorio como agitación o intranquilidad, hay sudoración y la presión arterial sistólica cae a 70-80 mm de Hg, hay un aumento mayor del pulso (101-120/min). Cuando la pérdida está entre 36 y 45% aparece la inconsciencia, el llenado capilar es mayor de 3 segundos y la presión arterial sistólica cae por debajo de 70. La pérdida de más del 45% del volumen plasmático es incompatible con la vida, la paciente entra en estado de actividad eléctrica sin pulso (AESP) y requiere además de la recuperación de volumen de reanimación cardio-pulmonar (RCP).

2.3.3.17 Coagulación Intravascular Diseminada:

Según SCHWARCZ³⁷ es una manifestación intermedia de múltiples enfermedades y no una entidad clínica distinta. Caracterizada por la activación patológica de la coagulación, que determina excesiva formación Intravascular de fibrina con obstrucción de la micro circulación y lesión isquémica de diversos tejidos, además de la degradación anormal de factores de la coagulación.

2.3.3.18 Infección Puerperal:

Son los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o parto. La frecuencia de la infección puerperal es del

³⁵SCHWARC Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página. 638.

³⁶Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. e

³⁷SCHWARCZ. Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012. Página. 632, 636

2% y corresponde en la mayoría de los casos a las formas leves.

2.3.3.19 Demoras según³⁸ la Atención Obstétrica:

El Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna 2010-2015 define las acciones de intervención tomando como base el “Modelo de las Demoras”, que aborda el problema de la mortalidad materna y neonatal.

La primera se refiere al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos de señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido.

La segunda se manifiesta en situaciones que “aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma; sino que ésta deba ser decidida por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros).”

La tercera “se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud”

La cuarta “se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de Insumos, medicamentos y equipo adecuado”

2.3.3.20 ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO Y MANEJO DE COMPLICACIONES

DEFINICIÓN: Según guías ³⁹se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el periodo del post parto.

La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto.

El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción (Recién nacido, placenta completa y membranas ovulares)

³⁸Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014.

³⁹Ministerio de Salud Pública Asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de Atención del Parto. Guatemala 2011.

2.3.3.21 LOS TRES PERIODOS DEL PARTO

I Período de dilatación cervical: comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 cms. de dilatación) y termina con la dilatación completa.

II Periodo de descenso y expulsión: comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del neonato.

2.3.3.22 EXAMENES VAGINALES

Si en el primer examen el cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo de parto y esté en fase latente. Si persisten las contracciones, examine nuevamente a la mujer después de 4 horas para detectar cambios en el cuello uterino. Si hay borramiento y dilatación, la mujer está en trabajo de parto; Si no hay ningún cambio, el diagnóstico es de falso trabajo de parto. Los exámenes vaginales se deben realizar al menos una vez cada hora en el primer período del parto y registrarlos gráficamente en el partograma.

2.3.3.23 USO DEL PARTOGRAMA

Su uso es OBLIGATORIO en todo trabajo de parto,

El uso del partograma es obligatorio para el personal de salud institucional en TODO trabajo de parto independientemente de posición que la usuaria elija.

El registro gráfico en el partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.

2.3.3.24 PROGRESO DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer período del trabajo de parto son:

Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan en intensidad progresivamente. Una dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma. El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta.

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado.

2.3.3.25 PROGRESO DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso satisfactorio cuando:

El descenso constante del feto por el canal de parto.

El inicio de la fase expulsiva (deseo de pujar)

Los hallazgos del partograma sugieren un progreso insatisfactorio cuando:

La ausencia de descenso del feto por el canal de parto.

La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

2.3.4 SIGNOS DE ALARMA

Evalúe el partograma para detectar signos de sufrimiento materno y/o fetal, por ejemplo:

Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, fiebre o con dolor.

Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación vía oral o IV. Si la presión arterial de la mujer desciende, sospeche hemorragia sobre todo la presión sistólica menor de 90 mmhg.

Si hay acetona en la orina de la mujer, sospeche una nutrición deficiente o deshidratación, hidrate vía oral y/o administre dextrosa IV. Variaciones de frecuencia cardíaca fetal y clasifique como sufrimiento fetal. Fase taquicardia, si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra por arriba de 160 latidos por minuto y Fase Bradicardia, si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra por debajo de 120 latidos por minuto.

Cuando el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en la fase expulsiva del segundo período, aliente a la mujer para que adopte la posición que prefiera para que pueje.

La episiotomía ya no se efectúa como procedimiento de rutina, a menos que tenga una indicación precisa: Parto vaginal complicado o distócico (parto de nalgas, distocia de hombro, uso de fórceps o aspiración por vacío). Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.

Sufrimiento fetal.

Pídale a la mujer que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del feto. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada (hacia abajo).

Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del recién nacido se expulsa. Una vez que se ha expulsado la cabeza del recién nacido, pídale a la mujer que deje de pujar. Aspire y limpie flemas primeramente la boca y luego la nariz del recién nacido.

Palpe con los dedos alrededor del cuello del recién nacido para verificar si encuentra el cordón umbilical: Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del recién nacido. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

2.3.4.1 FINALIZACION DEL PARTO

Permita que la cabeza del feto gire espontáneamente.

Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del recién nacido. Dígale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción. Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez, mueva hacia abajo la cabeza del recién nacido para extraer el hombro anterior. (Nota: Si hay dificultad en la expulsión de los hombros, sospeche una distocia de hombros, Signo cuello de tortuga). Levante la cabeza del feto hacia delante para extraer el hombro posterior. Sostenga el resto del cuerpo del feto con una mano mientras ésta se desliza hacia fuera.

2.3.4.2 ATENCIÓN POST PARTO INMEDIATA:

ADMINISTRE 10 UNIDADES DE OXITOCINA IM, inmediatamente después del nacimiento y luego de haber descartado la presencia de un segundo feto. - Coloque al recién nacido sobre el abdomen de la madre, piel a piel y cúbralo adecuadamente. Seque al recién nacido por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración. Entre los dos y tres minutos luego del nacimiento pince y corte el cordón (cuando deje de latir). Haga TRACCIÓN CONTROLADA del cordón umbilical y CONTRATRACCIÓN de la cara anterior del útero, hasta que salga completamente la placenta y membranas. Haga MASAJE UTERINO ABDOMINAL, cuando haya salido la placenta. La mayoría de los recién nacidos comienzan a llorar o respiran espontáneamente. Si el recién nacido llora o respira (elevación del tórax por lo menos 30 veces por minuto), déjelo con la madre. Si el recién nacido no comienza a respirar dentro de los 30 segundos PIDA AYUDA y adopte los pasos necesarios para reanimar al recién nacido.

Asegúrese de que el recién nacido se mantenga tibio y en contacto piel-a-piel con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor. Si la madre no está bien, pida que un asistente atienda al recién nacido. Prevea la necesidad de reanimación del recién nacido y prepare un plan para conseguir ayuda.

2.3.4.3 MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO (MATEP)

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesárea.

El MATEP debe incluir:

La administración 10 Unidades de oxitocina IM. La tracción controlada del cordón umbilical y contra-tracción de la cara anterior del útero, hasta que salga la placenta completamente. El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, Cada 15 minutos por 2 horas.

Apego inmediato madre/neonato.

ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA

Dentro del minuto después del nacimiento del recién nacido, palpe el abdomen para descartar la presencia de otros fetos y administre 10 unidades de Oxitocina IM (2 ampollas de 5 UI c/u o ampolla prellenada de 10 UI cada una (donde éste disponible) La oxitocina produce efecto de 2 a 3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se debe usar en todas las mujeres que tuvieron un parto (Vaginal o por Cesárea). Si no se dispone de oxitocina, administre ergonovina, 1 ampolla IM. (0.2 mg).

No administre ergonovina a mujeres con Pre eclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vascular.

Si no cuenta con oxitocina o Ergonovina, el uso de Misoprostol (400 microgramos) sublingual, se convierte en una alternativa aceptable.

2.3.4.4 TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL MÁS CONTRA TRACCIÓN EL ÚTERO

Aproximadamente entre 2 y 3 minutos después del nacimiento, pinzar y cortar el cordón umbilical. Sostenga el cordón pinzado cerca del perineo con una mano.

Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, sobre la cara anterior del útero, aplicando presión ligera y ejerza tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (de 2 a 3 minutos). Cuando el útero se redondee o se alargue el cordón, haga tracciones el cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano, continúe aplicando presión sobre el útero por encima del pubis.

Aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar la presión por encima del pubis con la otra mano. Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas. Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino y utilice una pinza para retirar cualquier trozo de membrana retenido. Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas ovulares, sospeche retención de fragmentos placentarios.

Si se ha producido una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición (ver protocolo en sección de complicaciones pág. 45).

Si se ha arrancado el cordón umbilical o hay retención placentaria, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta, realícela. (Ver extracción manual de placenta) si está capacitado y cuenta con los recursos necesarios, de no ser así estabilice a la paciente y refiérala.

MASAJE UTERINO ABDOMINAL

Luego de la salida de la placenta, dar masaje de inmediato en el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.

Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas post parto.

Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

EXAMEN DE LOS DESGARROS

Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, vagina y/o perineo. Suture la episiotomía.

2.3.4.5 ATENCIÓN PUERPERAL Y POST NATAL

VIGILANCIA POST PARTO INMEDIATO:

Vigilar cada 15 minutos por dos horas y cada 30 minutos por 2 horas más: Signos vitales. (Presión arterial, frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria y temperatura, Hemorragia vaginal, Tono uterino, Formación del Globo de seguridad de Pinard) Previo a ser trasladada a servicio de encamamiento realizar exámenes vaginales para extracción de coágulos y asegúrese que el útero se encuentre involucionado. Promueva en el servicio el alojamiento conjunto, apego y lactancia materna temprana y exclusiva. Brinde consejería en planificación familiar. Brinde consejería en signos y síntomas de peligro durante el periodo post-natal.

2.3.4.6 CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO:

Cuidados antes de iniciar la atención:

Realice el correcto lavado de sus manos y antebrazos con agua y jabón, si es posible con antisépticos. Utilice guantes de examen exclusivos para atender a cada recién nacida(o)

Involucre en la medida de lo posible al padre o algún familiar en el proceso del nacimiento y cuidados de la o el recién nacido.

INTERVENCIONES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO:

Limpie las vías aéreas sólo cuando sea necesario, no lo realice de rutina ya que puede pro-

ducir un reflejo vago-vagal, está indicado en casos de aspiración de meconio, sangre o pus Séquelo(a) con sábana limpia y seca y descártela, coloque un gorrito. Evalúe respiración y llanto, Coloque a la o el recién nacido, siempre que esté activo(a) y reactivo(a), en posición boca abajo (prona), piel a piel sobre el pecho de la madre, y cúbralo (a) con una frazada seca y caliente incluyendo la cabeza.

Valore el APGAR en el primer minuto y a los cinco minutos: un APGAR de 9 o más en el primer minuto nos asegura una adaptación neonatal adecuada en el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.

2.3.4.7 RECIEN NACIDOS CON PROBLEMAS

Entre los problemas o las afecciones del recién nacido que requieren intervenciones urgentes se incluyen: Ausencia de respiración. Dificultad respiratoria, Cianosis central (piel azulada) ,Bajo peso al nacer (menos de 2 500 g) ,Letargia, Convulsiones, Hipotermia (temperatura axilar por debajo de 36,5°C)

En los anteriores casos estabilícelo y refiera a un servicio de mayor nivel de resolución.

TRASLADO DE RECIEN NACIDOS.

Explique a la madre el problema del bebé. Mantenga tibio al recién nacido. Envuelva al recién nacido con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor. Traslade al recién nacido en una incubadora con proveedor de salud.

2.3.4.8 PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZO, PARTO, POST PARTO Y RECIÉN NACIDO

HEMORRAGIA POSTPARTO

DEFINICIÓN CLÍNICA:

Cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

ETIOLOGÍA:

Causas uterinas (son el 80% de las causas de hemorragia postparto): Atonía, retención de fragmentos placentarios o de la placenta completa (placenta succenturiata, placenta acreta), ruptura e inversión uterinas. Causas no uterinas: Lesiones del tracto genital inferior (desgarros, episiotomía), hematomas, coagulopatía (embolia de líquido amniótico, DPPNI, muerte fetal HIE, causa congénita o adquirida, trombocitopenia auto inmune, anti coagulación o pérdida masiva de sangre).

CLASIFICACION:

Temprana: dentro de los primeros minutos, hasta las primeras 24 horas postparto.

Tardía después de las 24 horas y hasta las 6 semanas postparto.

2.3.5FACTORES DE RIESGO:

Atonía uterina: Sobre-distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), gran multiparidad, corioamnionitis, trabajo de parto precipitado o prolongado, (sulfato de magnesio, anestésicos halogenados). Retención de restos placentarios o placenta completa; antecedente de cesárea, legrado uterino, fibromatosis uterina, adherencia anormal de la placenta, lóbulo placentario aberrante, mal alumbramiento.

2.3.5.1 Ruptura uterina:

Embarazo múltiple, presentación anormal, multiparidad (20 veces + frecuente), mal uso de oxitócicos y cicatriz uterina (cesáreas o miomectomías). Inversión uterina (tracción violenta del cordón o no hacer contra-tracción).Rasgaduras en vagina o cuello cervical:

En partos precipitados, macrosomía fetal y uso de fórceps. Condiciones médicas asociadas.

Coagulopatía

TENGA EN MENTE LOS SIGNOS CLINICOS DE SHOCK HIPOVOLEMICO:

Pulso débil y rápido (110 frecuencia por minuto o más) Presión arterial baja (Sistólica menos de 90 mm Hg), Ansiedad, confusión o inconsciencia, Producción de orina escasa (menos de 30 ml por hora) ,Sudoración o piel fría y humedad. **TRATAMIENTO:**IDA AYUDA. Movilice urgentemente a todo el personal disponible. Monitoree signos vitales (Pulso, presión arterial, respiración, temperatura). El tratamiento no tiene un orden específico, muchas acciones se hacen simultáneamente, el objetivo es salvar la vida de la paciente.

MÉDICO:

2.3.5.2 Tratamiento de HIPOVOLEMIA:

Establecer dos vías para infusión intravenosa y/o transfusiones con catéter 16 - 18 n Sonda de Foley: Mantener excreta (30 ml / hora) n Oxigenoterapia: 4-6 litros x' por mascarilla. Laboratorio: Compatibilidad, Hemoglobina, Hematocrito, retracción del coágulo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, recuento de plaquetas, productos de degradación del fibrinógeno.

Cristaloides: Solución salina normal o Hartman. 3 mil x 1 mil de sangre perdida. De preferencia calentada para evitar hipotermia. Si no hay respuesta adecuada en signos vitales con los primeros 3,000 mil, considerar pérdida mayor del 20% de volumen y debe pedirse transfusión.

Transfusión:

Sangre fresca: si no hay tipificación pedir sangre Grupo O, factor Rh negativo. Glóbulos rojos de acuerdo a Hemoglobina, Hematocrito después de crisis. Plasma fresco congelado si hay hipofibrinogenemia. Plaquetas dependiendo de número y necesidad de cirugía: Unidad por 10 Kg. De peso. (C/Unidad incrementa entre 6,000 a 8,000 plaquetas/mm. Crioprecipitado o plaquetas PRN dependiendo de consulta a hematólogos por el tipo de coagulopatía.

Evaluación: Determinar la causa.

Examen macroscópico de placenta: Si está incompleta, extracción de restos. - Evaluar fondo de útero inmediatamente después del alumbramiento: Si hay atonía: emplear oxitócicos. Si no hay respuesta: masaje uterino. Si no se palpa útero: inversión uterina (protocolo respectivo) .Si el útero está formado: Evaluar tacto genital inferior para investigar rasgaduras o hematomas: suturar o evaluar drenaje.

Si todo es negativo: Evaluar cavidad uterina para investigar retención de restos o ruptura uterina: Extracción de restos o conducta quirúrgica respectiva. Si hay coagulopatía: Consultar con hematólogo.

MEDICAMENTOS:

Oxitócicos: En casos de atonía uterina:

Primera Elección: Oxitocina: 20 Unidades en 1,000 ml de cristaloides (S/S ó Hartman) a 60 gotas por minuto o 125 mil por hora en BIC (si está disponible). No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial. En caso de no tener oxitocina, o no tener respuesta clínica usar:

Metilergonovina: 0.2 mg IM dosis única. No emplear IV ya que produce incremento de presión arterial. O - Prostaglandina sintética E1 (Misoprostol) 800 microgramos transrectal (4

tabletas de 200 microgramos), Compresión bimanual del útero Abdominal (postparto) o Trans - abdominal directo si es durante cesárea.

Cuando se hace bimanual (postparto) con la mano vaginal se procura desplazar el útero hacia arriba. Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero. Con la otra mano, presiones profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero. Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero. Como alternativa, comprima la aorta, aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal. El punto a comprimir queda justo por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda. Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el periodo del postparto inmediato.

Solicite apoyo para palpar el pulso femoral, para verificar, si la presión ejercida es adecuada. Si el pulso es palpable durante la compresión, la presión ejercida por el puño es inadecuada. Si el pulso femoral no es palpable, la presión ejercida es adecuada. Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado. Compresión de la aorta abdominal y palpación del pulso femoral. Carbetocina: es un análogo sintético de la oxitocina, de administración endovenosa, que ha demostrado eficacia en el tratamiento de atonía uterina en el caso de madres que se les realiza cesárea y que tienen factores de riesgo importantes tales como: sobredistensión uterina, gran multiparidad, corioamnionitis, tumores uterinos o en el caso de uso de fármacos relajantes del útero la forma de administración es: 1 ampolla de 100 microgramos (ampolla de 1 ml), intravenoso en dosis única. (Se recomienda su uso en hospitales de tercer nivel, si dispone del recurso).

SI LA HEMORRAGIA NO RESUELVE O PACIENTE PRESENTA DETERIORO CLÍNICO REFERIR DE INMEDIATO A CENTRO CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA QUIRÚRGICO

Dependerá de la paridad de la paciente, el deseo de embarazo, la patología causal y el criterio del cirujano. Extracción manual de la placenta Sutura de lesiones de partes blandas o drenaje de hematoma. Corrección de inversión uterina

2.3.5.3 CRITERIOS DE ALTA Y RECOMENDACIONES.

Recuperación de la pérdida sanguínea. Sintomatología controlada, paciente tolerando vía oral. Buen tránsito intestinal, tratamiento complementario controlado. Plan educacional e indicaciones claras y sencillas. Cita para control y seguimiento a consulta externa.

2.3.5.4 RUPTURA UTERINA.

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA

Signo de Bandl (anillo de contracción patológica que se visualiza en el abdomen) con ligamentos redondos tensos y dolorosos. Pinard (edema vulvar) Signo de Chiari (hemorragia vaginal) Signos de Shock Sufrimiento fetal agudo o muerte fetal, difícil palpación del feto vía abdominal Hemorragia obscura y escasa Hemorragia interna, anemia aguda, signos de shock hipovolémico, dolor agudo, cese de contracciones en forma repentina, presentación móvil, feto muerto, feto en abdomen, feto no palpable por vía vaginal, palpación directa de la ruptura uterina, signo de Clark (crepitación al palpar el abdomen, por hemorragia en cavidad abdominal), presencia de asas intestinales en conducto vaginal, útero lateralizado, tenesmo urinario.

COMPLICACIONES

Shock hipovolémico Lesión de vagina, vejiga o recto. Peritonitis, Shock Séptico , Muerte fetal y/o materna

2.3.5.5 PROTOCOLO I

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA

HOSPITALIZACION:

Ingresa a Sala de Operaciones para cesárea STAT .Laboratorio: Hemoglobina, Hematocrito, compatibilidad Medicamentos: omitir oxitocina (si fuera el caso) Catéter intravenoso No. 16-18. Soluciones IV: Hartman o salino. TRATAMIENTO: Operación cesárea.

2.3.5.6 PROTOCOLO II RUPTURA UTERINA

HOSPITALIZACION: Igual que en protocolo I, agregando en Laboratorio: Fibrinógeno, Creatinina, N de Urea , Catéter IV: Hartman y transfusión sanguínea ,Catéter vesical.

Antibióticos:

Penicilina cristalina: 3, 000,000 UI IV stat y c/4 horas previa prueba de sensibilidad - Cloranfenicol: 500 mg IV stat y c/6 horas. Laparotomía exploradora: Histerorrafia y ligadura de trompas de Falopio Histerectomía subtotal. Histerectomía total Ligadura de arterias hipogástricas. Cuidados postoperatorios en unidad de cuidados Intensivos (si se tiene disponibilidad)

2.3.5.7 INVERSIÓN UTERINA

DEFINICIÓN:

Es la introducción espontánea o provocada del fondo uterino dentro de la cavidad uterina con

posibilidad de protruir por el cérvix y la vulva, invirtiéndose anatómicamente.

La Corrección de la inversión uterina debe realizarse de inmediato. Al pasar el tiempo, el anillo de constricción alrededor del útero se torna más rígido y el útero aumenta de volumen con más sangre. No administre medicamentos oxitócicos antes de corregir la inversión.

CLASIFICACIÓN:

AGUDA: Durante el puerperio inmediato. Puede o no tener anillo de contracción cervical.

SUBAGUDA:

> 24 hrs y < 4 semanas. Postparto. Generalmente tiene anillo de contracción cervical.

CRÓNICA:

4 semanas postparto. Tiene contracción cervical. Dependiendo del grado de inversión del útero puede dividirse en:

GRADO I: Incompleta. El cuerpo se invierte hasta el cérvix sin protruir por él.

GRADO II: El cuerpo protruye por el cerviz sin llegar a la vulva.

GRADO III: Completa. El cuerpo protruye por la vulva.

GRADO IV: Prolapso total. Cuando la vagina se invierte con el útero.

SIGNOS Y SÍNTOMAS En la aguda:

Masa vaginal que puede confundirse con pólipo o leiomioma. Shock hipovolémico y/o neurológico. Dolor pélvico abdominal. Hemorragia postparto Ausencia del fondo uterino en abdomen.

2.3.5.8 PREVENCIÓN: HACER SIEMPRE MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

PROTOCOLO I INVERSIÓN AGUDA

NPO nada por vía oral

Dos vías intravenosas: Soluciones cristaloides o coloides. Laboratorios: Hemoglobina; Hematocrito; Compatibilidad Evaluar Transfusión de sangre PRN Sonda vesical permanente /24 horas

REPOSICIÓN MANUAL DEL UTERO: ES IMPORTANTE QUE LA PARTE DEL UTERO QUE SALIO AL FINAL, SEA LO QUE ENTRE PRIMERO

Anestesia general

Sulfato de magnesio: 2 gramos IV en 5 minutos (cuando hay shock) o Terbutalina: 0.25 mg

en bolus V ó S.C. (si no hay shock) Restituir el útero invertido (con la mano enguantada) sujetándolo y empujándolo a través del cuello hacia el ombligo a su posición normal, y se coloca la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero.

Si la placenta está aún adherida, se debe extraer la misma manualmente DESPUES de la restitución del útero.

Sostener el útero por 3-5 minutos efectuando masaje por vía abdominal

MEDICAMENTOS:

Una vez restablecido el útero. Dar Oxitócicos: Oxitocina 20 UI en 1,000 ml de cristaloides, 30 a 60 gotas por minuto - Metilergonovina o maleato de ergonovina: 0.2 mg IM - Antibióticos profilácticos: Ampicilina 2 gramos IV MAS Metronidazol 500 mg IV, Dosis única.

VIGILANCIA:

Evaluación periódica durante 24 horas de signos vitales, fondo del útero por abdomen, sangrado vaginal. Si hay recidiva: 44% después de reposición manual. Repetir la restitución manual Evaluar empaque uterino con gasa durante 24 a 36 horas

Si el sangrado continua a pesar de haber restituido el útero; Realice compresión bimanual del útero. Provisto de guantes estériles, introduzca una mano en la vagina y forme un puño - Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero. Con la otra mano, presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero - Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.

2.3.5.8.1 RETENCION PLACENTARIA:

DEFINICIÓN: Cuando el alumbramiento con manejo activo, demora más de 30 minutos, hay que pensar en una retención placentaria. MANEJO (extracción Manual de Placenta): Colocar una venoclísis Prestar apoyo emocional a la paciente y alentarla. Hablarle en forma calmada y tranquilizadora para que pueda relajarse. Colocar un catéter para evacuar la vejiga (Sonda Foley) Dar una dosis única de dos antibióticos como profilaxis: Ampicilina 2 Grs. IV + Metronidazol 500 mgs. IV o Cefazolina 1 gramo IV MAS Metronidazol 500 mg IV. Sostener el cordón umbilical con una pinza y traccionarlo suavemente hasta que esté paralelo al plano horizontal

La otra mano calzada con un guante estéril que llegue hasta el codo, se introduce en la vagina en dirección al útero.

Soltar el cordón y aplicar esa mano en el abdomen para contener el fondo uterino, así se evitará la inversión del útero.

Mueva los dedos de la mano colocada dentro del útero a un lado y a otro, hasta palpar el borde de la placenta.

Si el cordón ya se hubiera desprendido antes de esta maniobra, introduzca una mano dentro del útero. Explore toda la cavidad hasta que palpe el borde de despegamiento entre la placenta y la pared uterina. Mantenga los dedos bien juntos y utilice este borde de la mano para desprender la placenta del sitio de implantación, labrando gradualmente una separación entre la placenta y la pared uterina. Avance lentamente alrededor del lecho de inserción placentaria hasta que toda la placenta se desprenda de la pared uterina. Si el movimiento lateral suave de la yema de los dedos no logra separar la placenta de la superficie uterina, a lo largo de la línea de despegamiento, extraiga fragmento por fragmento.

Revise cuidadosamente la placenta al extraerla, que los cotiledones y membranas se encuentren completas. Si el tejido está muy adherido, puede tratarse de una placenta acreta, proceda a la referencia inmediata de la paciente para efectuar la laparotomía y posiblemente una histerectomía subtotal.

2.3.5.8.2 INFECCIÓN PUERPERAL.

DEFINICIÓN: Es un proceso infeccioso que se manifiesta después de las 48 horas post-parto.

CUADRO CLÍNICO:

Fiebre entre 38° y 40.5° centígrados 48 horas post parto. Taquicardia. Malestar general

Sub-involución uterina. Loquios fétidos, color oscuro y aumentado en cantidad

Dolor abdominal bajo, Anorexia

COMPLICACIONES

Tromboflebitis pélvica séptica, Absceso pélvico Shock séptico

TRATAMIENTO

Ingreso a servicio de séptico, Dieta (según cuadro clínico). Reposo absoluto, Signos vitales cada 4 horas Vigilar por: Estado de conciencia, fiebre, dolor, hemorragia, náusea, vómitos, distensión abdominal. Laboratorios: Hematología completa, orina completa, BUN, creatinina, glicemia, cultivo de secreciones vaginales, urocultivo, hemocultivo. Especiales: Hacer ultrasonido Pélvico. Soluciones: Hartman o D/A al 5% 1000 cc IV para 8 horas. Sonda vesical y control estricto de excreta c/4 horas

Medicamentos:

Si se sospecha sub-involución uterina agregar 20 Unidades de oxitocina a la solución.

Penicilina Cristalina 3 millones UI c/ 4 horas ó Ampicilina 2 gramos IV cada 6 horas

+ Gentamicina 80 mgs IV o IM c/ 8 horas ó Amikacina 15 mg/kg/día cada 24 horas+

Clindamicina 600 Mg IV cada 8 horas ó Metronidazol 500 mgs IV c/ 8 horas

Colocar Toxoide Tetánico si no está inmunizada.

IMPORTANTE

Tratamiento con antibióticos intravenosos, debe ser como mínimo por 48 horas. Los antibióticos orales deben cumplirse por 5 días. Verificar creatinina cuando se utilice aminoglucósidos. Si hay sospecha de retención de restos placentarios evaluar la evacuación de los mismos mediante la realización de Legrado Uterino Instrumental.

Si no hay mejoría y sospecha peritonitis realice laparotomía exploradora para el drenaje y lavado de la cavidad abdominal. Si al realizar la laparotomía, encuentra útero necrótico y séptico evalúe la realización de una Histerectomía.

CRITERIOS DE ALTA Y RECOMENDACIONES

Afebril y asintomático por 48 horas .Evolución estable y satisfactoria .Resolución de los signos de infección .Paciente tolerando bien por vía oral .Cita a control en consulta externa antes de los 7 días.

2.3.5.8.3 HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

CLASIFICACIÓN

Pre-eclampsia: Hipertensión arterial (CON O SIN proteinuria) después de la 20ª. Semana.

Pre-eclampsia leve: Presión diastólica de 90 mm Hg en dos tomas con intervalo de 4 horas.

Pre-eclampsia severa: Presión diastólica de 110 mm Hg en dos tomas con intervalo de 4 horas o una sola toma de 120 mm Hg.

Eclampsia: Preeclampsia con convulsiones y/o coma

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

HIPERTENSIÓN: "ES UNO DE LOS SIGNOS DE LA PREECLAMPSIA". Uno o más de los siguientes criterios (observados en dos o más ocasiones en un intervalo de 6 horas):

Sistólica > 140 mm Hg.

Diastólica > 90 mm Hg.

Presión arterial media (PAM) > 105 mm Hg (PAM= Sistólica - diastólica)/3 + diastólica).

2.3.5.9 PROTOCOLO I

EMBARAZO A TÉRMINO

Ingreso a Labor y Partos .NPO HNO .Reposo absoluto y ambiente tranquilo,Signos vitales cada 15 minutos y anotar,Vigilar por: Hipertensión, trabajo de parto; FCF; convulsiones; cefa-

lea; visión borrosa; epigastrálgia; ingurgitación venosa. Laboratorio: Hemograma; plaquetas; Grupo y Rh; orina (proteinuria) creatinina; transaminasas; BBSS, glicemia; TP; TPT; fibrinógeno y DHL. Compatibilidad PRN. Soluciones IV: Cristaloides a 60 ó 125 ml/hrs. n Catéter intravenoso No. 16 ó 18 Sonda vesical y control estricto de excreta c/4 horas

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (es la verdadera cura de la hipertensión inducida):

Inducción del parto si condición fetal lo permite y el cuello uterino es favorable. Oxitocina con bomba infusión continua. Cesárea: cuando exista contraindicación de oxitocina (materna o fetal) o cuello uterino desfavorable o inducción fallida.

OBSERVACIONES:

NO USAR: Metilergonovina, ni tartrato de ergotamina o Diuréticos.

2.3.5.10 PROTOCOLO II

PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA A CUALQUIER EDAD GESTACIONAL

HOSPITALIZACIÓN:

Igual que en Protocolo I.

Agregando: Laboratorios: bilirrubinas, transaminasas, DHL, frote periférico, fibrinógeno, protrombina, TPT. RX tórax: considerarlo en paciente ecláptica.

Dosis inicial:

8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos. Saturación: 4 grs. en 250 cc de D/A a pasar en 30 minutos.

Además administrar 10 gramos intramuscular Si se repiten las convulsiones o no ceden: Sulfato de magnesio 2 grs al 50% IV en 5 minutos.

Dosis de Mantenimiento:

10 grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 ml/hrs con bomba de infusión continua. Vigile por Signos de Intoxicación: La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto. El reflejo patelar esté presente. La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.

Antídoto:

Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV. Lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.

MEDIDAS GENERALES:

Catéter central para control de PVC .Decúbito lateral: mejorar flujo útero placentario Cuidados de eclámpicas: Protección contra golpes: cama con barandas con sujeción adecuada, abatelenguas almohadillado o cánula de Mayo (evitando reflejo nauseoso). Mantener oxigenación materno fetal Oxígeno con mascarilla o catéter nasal a 8 lts x´ Monitorizar oxigenación: oxímetro transcutáneo, gases arteriales, Corregir acidosis metabólica: bicarbonato PRN, Minimizar aspiración: Decúbito lateral, aspiración de flemas
Minimizar estimulación sensorial: disminuir luz, ruido ambiental y estímulos directos.

2.3.5.11 PREVENCIÓN Y/O CONTROL DE CONVULSIONES

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (es la verdadera cura de la hipertensión inducida):

Inducción del parto si condición fetal lo permite y el cuello uterino es favorable. Oxitocina con bomba infusión continua. Cesárea: cuando exista contraindicación de oxitocina (materna o fetal) o cuello uterino desfavorable o inducción fallida.

SI PACIENTE CONTINÚA CONVULSIONANDO:

Administrar 2 ó 4 gr. adicionales vigilando presencia de reflejos osteotendinosos.

Si persiste convulsión: SEDACIÓN

Difenilhidantoína: 0.5 a 1 gr. IV lento, pasar en 20 a 30 minutos. Para la impregnación se diluye la Difenilhidantoína en 250 de Dextrosa al 5% y se pasa en 30 minutos. Menores de 50 Kg. 750 mg de impregnación y mayores de 50 Kg. 1000 mg IV. Luego 100 mg. IV.cada 8 horas de mantenimiento. Diazepam 5 a 10 mg. IV lento. Paciente que persiste comatosa, desorientada, con papiledema o focalización: Efectuar TAC (donde se disponga de recurso)
Evaluar hipertensión intracraneal.

2.3.5.12 CONTROL DE HIPERTENSIÓN:

Solamente cuando la presión diastólica 110 Hg. El objetivo será disminuir a niveles entre 90 y 110 y la sistólica entre 140 y 150 mm Hg. NUNCA NORMALIZARLA HIDRALAZINA: 5 mgs. IV en bolus y vigilar PA cada 5´. Si en 20 minutos no se consigue objetivo: repetir cada 20´: 5 ó 10 mgs IV en bolus. NIFEDIPINA: Si la paciente está consciente. NUNCA SUBLINGUAL. 10 mg PO inicialmente y repetir cada 4-6 hrs.

ESTABILIZACIÓN:

Controlar convulsiones, Recuperar estado de conciencia, Mantener PA aceptablemente estable, Excreta urinaria adecuada, Mejorar el estado metabólico de paciente, Proveerá adecuada oxigenación a madre y feto, revisión de exámenes de laboratorio.

TRATAMIENTO PUERPERAL:

Paciente debe ser vigilada estrictamente en Labor durante el puerperio inmediato. Sulfato de Magnesio: Se mantiene 24 hrs. Postparto. Si diastólica continua 110 mm Hg después de 24 hrs. administrar o sostener tratamiento antihipertensivo: Alfa metildopa: 250 mg a 750 mg PO c/6 hrs. o, Nifedipina: 10 mg PO c/4-6 hrs. o, Atenolol: 50 a 200 mg al día dividido en 2 dosis. Al egresar, citar en 1 semana: Si presión Arterial Normal, se podrán omitir antihipertensivos La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas

Dosis inicial:

8 ml de solución de sulfato de magnesio 50% + 12 ml de solución salina al 0.4% en un lapso de 5-10 minutos; o Solución de sulfato de magnesio al 20% 4g IV en un lapso de 5 a 20 minutos, Saturación: 4 grs. en 250 cc de D/A a pasar en 30 minutos. Además administrar 10 gramos intramusculares Si se repiten las convulsiones o no ceden: Sulfato de magnesio 2 grs al 50% IV en 5 minutos

Dosis de Mantenimiento:

10 grs (2 ampollas al 50%) en 500 cc de D/A al 5%. A 33 gotas minuto; ó 100 ml/hr con bomba de infusión continua. Vigile por Signos de Intoxicación: La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto. El reflejo patelar esté presente. La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.

Antídoto: Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV lentamente, hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.

2.3.5.13 ABORTO

Terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto. En términos cronológicos, antes de que el embarazo cumpla las 20 semanas. En términos antropométricos fetales antes de que el producto alcance los 500 gramos de peso o que su longitud cráneo-caudal llegue a los 18 cms.

ATENCIÓN POST ABORTO (APA)

DEFINICIÓN OPERATIVA:

Conjunto de servicios que se le otorgan a una gestante luego de que en forma espontánea e inevitable se produce la interrupción de un embarazo. Refiérase a Guía de ATENCIÓN IN-

TEGRAL DEL POST ABORTO

HEMORRAGIA ANTEPARTO

Placenta Previa

Desprendimiento Prematuro de Placenta

DEFINICIÓN:

La hemorragia ante parto (HAP) se define como el sangrado vaginal desde la semana 20 hasta el término de la gestación.

2.3.5.14 PLACENTA PREVIA

Es la placenta que se implanta en el segmento uterino inferior, pudiendo ocluir o no el orificio cervical interno.

ETIOLOGÍA / FACTORES DE RIESGO:

Cesárea o cirugía uterina anterior n Placenta previa en el embarazo anterior n Gestación múltiple, multiparidad, leiomiomatosis Uterina .Edad materna mayor de 35 años

CLASIFICACIÓN:

Placenta Previa Total n Placenta Previa Parcial n Placenta Previa Marginal

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Hemorragia indolora y rutilante Presentación fetal móvil Útero sin contracciones y blando
AYUDA DIAGNÓSTICA: Cuando sea posible, el diagnóstico de placenta previa se hace por medio de examen ultrasonográfico (USG) que identifique la localización de la placenta. En la HEMORRAGIA ANTE PARTO con sospecha de PLACENTA PREVIA, el TACTO vaginal ESTÁ CONTRAINDICADO.

En toda mujer con placenta previa debe considerarse la posibilidad de placenta acreta, esta se define como la adherencia anormal de las vellosidades de la placenta al miometrio, aumentando la posibilidad de la retención placentaria. La placenta acreta puede progresar hasta convertirse en placenta percreta. En la placenta percreta los procesos vasculares del corion (vellosidad coriónica) pueden invadir el espesor completo del miometrio. La vellosidad coriónica puede crecer a través del miometrio y la capa externa del útero (serosa), lo que puede dar como resultado la ruptura completa del útero.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA (DPPNI) DEFINICIÓN: Es la separación prematura patológica de la placenta de la pared uterina, a partir de la vigésima semana de gestación.

2.3.6 ETIOLOGÍA / FACTORES DE RIESGO:

Hipertensión arterial materna, Desprendimiento placentario en embarazo anterior, Trauma abdominal (por accidente, por violencia física), Malformación uterina, Descompresión uterina repentina (Ruptura súbita de membranas ovulares, parto de primer gemelo, etc.)
SIGNOS Y SÍNTOMAS: Dolor abdominal, Tono uterino aumentado por Irritabilidad uterina y/o contracciones, Frecuencia cardíaca fetal (FCF) alterada: Con signos de sufrimiento fetal (taquicardia, bradicardia) o ausente. NO NECESARIAMENTE HAY SANGRADO POR VÍA VAGINAL, Signos de shock TENGA EN MENTE LOS SIGNOS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO: Pulso débil y rápido (110 x minuto o más), Presión arterial baja (Sistólica < 90 mmHg), Ansiedad, confusión o inconsciencia, Producción escasa de orina (menos de 30 ml/hora), Sudoración o piel fría y húmeda, Asociada con cirugía uterina previa, incluyendo cesárea, La cabeza o la presentación está alta o la posición puede ser inestable, Sin dolor (a menos que esté en trabajo de parto), Útero no DOLOROSO a la palpación n Útero blando (tono uterino normal) , No hay irritabilidad uterina o contracciones, FCF usualmente normal . Shock y anemia con sangrado vaginal EVIDENTE Coagulopatía muy rara inicialmente. El USG transvaginal es la prueba de diagnóstico definitivo, Placenta Previa Desprendimiento, Prematuro de Placenta, Puede estar asociada con hipertensión arterial, sobre distensión uterina, trauma abdominal La presentación puede o no estar encajada. Dolor abdominal y/o dolor de espalda (a menudo persistente) DOLOR uterino a la palpación. Tono uterino aumentado, Irritabilidad uterina o contracciones, La FCF puede estar ausente o ser anormal, Shock y anemia CON o sin sangrado VAGINAL EVIDENTE., Frecuentemente asociada a coagulopatía. Un **USG** negativo no descarta desprendimiento prematuro.

2.3.6.1 .TRATAMIENTO EN HOSPITALES:

Además de lo anterior: Hemorragia escasa con embarazo < 37 semanas: Nada PO HNO, Reposo absoluto (preferentemente en decúbito lateral izquierdo) Signos vitales cada 30 minutos y anotar, incluyendo FCF, Laboratorios: Hb-Ht, Rec. Plaquetas, Orina. Si el embarazo ES MENOR DE 35 semanas. Betametasona 12 mg. IM cada 24 hrs. x 2 dosis, o Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas x 4 dosis. En caso de trabajo de parto prematuro (TPP), útero inhibir según protocolo de manejo de TPP. Compatibilidad sanguínea. Preparar unidades de sangre y evaluar transfusión si Hemoglobina es < 7 g/dl o de acuerdo con la condición física de la paciente. Si el embarazo es mayor o igual a 37 semanas: Efectuar cesárea

2.3.6.2 Placenta Previa Desprendimiento Prematuro de Placenta

Embarazo menor de 37 semanas: Nada PO HNO, Reposo absoluto (preferentemente en decúbito lateral izquierdo), Signos vitales y FCF cada 15 minutos x 2 horas. Si son normales,

cada 2 horas y FCF cada 30 minutos, Hemoglobina-Hematocrito, PLAQUETAS Pruebas de coagulación (TP, TPT, FIBRINOGENO), Compatibilidadesanguínea, Realizar ultrasonido y si es posible, Pruebas de Bienestar Fetal. Considerar uso de esteroides de acuerdo con esquema propuesto para Placenta Previa. Embarazo > 37 semanas: Parto vaginal con inducción y Amniorrexis. Realizar Cesárea si está contraindicado el parto vaginal. Placenta Previa o Desprendimiento Prematuro de Placenta con signos de choque hipovolémico y/o signos de Sufrimiento Fetal Agudo: resolver el embarazo inmediatamente vía abdominal independientemente de la edad gestacional.

2.3.6.3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

INCIDENCIA E IMPACTO:

RPM a término: 2-10% de los embarazos.

RPM pre término: 2-3% de embarazos, pero es responsable de un tercio de casos de parto prematuro. (Fuente documento alerta médica)

ETIOLOGÍA:

Idiopática, infecciones, polihidramnios, incompetencia cervical, anomalía uterina

Después de un cerclaje cervical o amniocentesis, cirugía cervical previa (conización)

Trauma, incluyendo accidente de tránsito y violencia intrafamiliar.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

HISTORIA CLÍNICA:

Tome una cuidadosa historia clínica de pérdida de líquido vaginal incluyendo cantidad, período de tiempo, olor, persistencia y color.

Historia de flujo vaginal y temperatura corporal materna.

EXAMEN FÍSICO:

Examen vaginal por medio de espéculo estéril. Esto permite la confirmación de la RPM, la evaluación del estado cervical y descartar prolapso del cordón umbilical. Hallazgos:

Fluido acumulado en el fondo de saco.

Flujo libre de líquido desde el cuello uterino al realizar presión abdominal y pélvica.

OTRAS PRUEBAS:

Ultrasonido obstétrico (donde esté disponible) con el objetivo de determinar índice de líquido amniótico, evaluar bienestar fetal y edad gestacional.

2.3.6.4 COMPLICACIONES:

A TÉRMINO > 37 SEMANAS):

Infección fetal o neonatal, Infección materna, Compresión o prolapso del cordón umbilical,

PRE TÉRMINO (< 37 SEMANAS): Las anteriores, MÁS Parto pretérmino, Prematuro y/o bajo peso al nacer. Oligohidramnios. De las distintas complicaciones de la Ruptura Prematura de Membranas pre término, la más crítica es el parto prematuro y sus consecuencias. Por lo tanto, la estrategia de manejo está dirigida a minimizar este resultado adverso. NO REALIZAR TACTO VAGINAL SI NO HAY TRABAJO DE PARTO.

MANEJO:

Evalúe: signos vitales maternos FCF, dolor o irritabilidad uterina. Si lo anterior es normal y existe trabajo de parto con dilatación igual o mayor de 4 cm., resuelva por vía vaginal utilizando Partograma. Si no existe trabajo de parto inicie la inducción del parto.

Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto, parto vaginal o existe indicación fetal. Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico, GB > 15,000/mm³), inicie tratamiento de inmediato de acuerdo con protocolo descrito.

2.3.6.5 MANEJO DE LA Ruptura Prematura de Membranas PRE TÉRMINO: DE 34 A 36 SEMANAS

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA Ruptura Prematura de Membranas PRE TÉRMINO: DE 34 A 36 SEMANAS EN HOSPITALES

INGRESE DIAGNÓSTICO Confirmar:

Presencia de líquido amniótico por examen físico. USG (si está disponible): Índice de líquido amniótico Y BIENESTAR FETAL. SI NO SE CONFIRMA EL MISMO PERO CONTINUA SOSPECHA DEBE DE SER REFERIDO A SERVICIO DE MAYOR CAPACIDAD DIAGNOSTICA.

DIAGNÓSTICO Confirmar: Presencia de líquido amniótico por examen físico, prueba de pH y prueba de "Cristalización en Helecho" USG: Índice de líquido amnió

Si el índice de maduración cervical es favorable (6 punto o mas) Inicie la inducción del parto. (Ver tabla de Puntaje de maduración cervical). Monitoree: signos vitales maternos, FCF, contracciones uterinas. Una vez establecido el trabajo de parto activo, monitoree el mismo usando Partograma. Realice cesárea si existe contraindicación para trabajo de parto o parto vaginal. Si detecta signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez del líquido amniótico, GB > 15,000/mm³), inicie tratamiento de inmediato de acuerdo con protocolo de

antibióticos descrito.

2.3.6.6 SEPSIS NEONATAL

2.3.6.6.1 BACTERIEMIA: Invasión y proliferación de bacterias, hongos, virus en el torrente circulatorio de un recién nacido(a) en los primeros 28 días de vida.

SEPSIS: Síndrome de Respuesta inflamatoria sistémica con contexto de infección probada o sospechosa.

2.3.6.6.2 CHOQUE SÉPTICO: Complejo síndrome clínico causado por falla aguda de la función circulatoria, caracterizada por una inadecuada perfusión orgánica y tisular, trayendo como consecuencia, una inadecuada cantidad de oxígeno y nutrientes son entregados a los tejidos sumado a una deteriorada remoción de productos de desechos metabólicos, que conlleva a una disfunción celular lo cual eventualmente puede llevar a muerte celular.

EL RIESGO DE SEPSIS SE INCREMENTA CON LA DURACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES, EN LÍNEA DIRECTA DURANTE LAS PRIMERAS 36 HORAS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

Existencia de gérmenes transmisibles en el canal del parto, Parto Prematuro, Ruptura Prematura de Membranas Ovulares, Fiebre Materna ,Bajos Niveles de anticuerpos específicos para Estreptococo del Grupo B ,Edad Materna <20 años,

Exámenes ginecológicos frecuentes durante el parto o monitorización interna >12 horas, Sospecha de corioamnionitis, Infección Urinaria.

TRANSMISIÓN - ADQUISICIÓN

Vertical o Ascendente Nosocomial Comunitaria

Temprana: 3 a 7 días.

Tardía: Mayor de 7días

2.3.6.6.3 FACTORES DE RIESGO MAYORES MENORES

Prematuridad < 35 semanas de gestación, Amniorrexia prolongada > 24 horas, Fiebre Materna Intraparto,Sospecha de Corioamnionitis, Madre portadora de Estreptococo del Grupo B
Hermano afecto de sepsis por Estreptococo del Grupo B ,Infección urinaria, Leucocitosis Materna > 15,000/mm³ ,PCR elevada en la madre, Febrícula Materna Intraparto, Líquido

Amniótico teñido o maloliente.

FACTORES DE RIESGO A EVALUAR

Ruptura de Membranas mayor de 24 horas

Fiebre Materna mayor o igual a 38 grados centígrados en las últimas 48 horas antes del parto, atención del parto fuera del hospital en condiciones poco higiénicas

Prematuros. Infección Materna, Múltiples tactos (Mayor de 5) con membranas rotas

2.3.6.7 RECIÉN NACIDO (A) CON RIESGO DE INFECCIÓN

CONDUCTA

Observación, realizar hematología si esta se encuentra alterada realizar cultivos e iniciar tratamiento

Observación, hacer hematología con velocidad de sedimentación y proteína C reactiva, frote periférico, hemocultivo e iniciar tratamiento

Hacer hematología con velocidad de sedimentación, hemocultivo, orina e iniciar antibióticos.

Medidas generales de soporte, Ambiente térmico adecuado ,Terapia hidroelectrolítica ,Oxigenoterapia si es necesaria Corrección equilibrio ácido-base ,Drogas vasopresoras de ser necesario , Iniciar antibioterapia.

CRITERIOS DE EGRESO:

Evolución clínica favorable, Buena tolerancia Oral ,Cumplimiento del Tratamiento, Ganancia Adecuada de peso, Secundario: Hemograma normal.

2.3.6.7.1 ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICO y ASFIXIA PERINATAL

La Encefalopatía Hipóxico Isquémica se caracteriza por evidencia clínica y de laboratorio de un daño agudo o sub agudo cerebral debido a asfixia (hipoxia, acidosis), ya que la hipoxia y la isquemia debida a hipoxemia sistémica reducen el flujo sanguíneo cerebral.

Aunque se tienen datos limitados se estima que es la causante de 920,000 muertes neonatales cada año asociado con otro 1.1 millones de mortinatos intra-partos.

2.3.6.8 FACTORES DE RIESGO

2.3.6.8.1 MATERNOS:

Primigesta añosa, Primigesta adolescente, Hipotensión, Preeclampsia, eclampsia, Hemorragia aguda, Enfermedad pulmonar cardíaca severa, Diabetes. Uso de drogas que causan depresión respiratoria, Hipertensión arterial, Ruptura prolongada de membranas, Muerte neonatal anterior, Placenta previa.

2.3.6.8.2 INTRAPARTO:

Drogas que causan depresión respiratoria como anestésicos, sulfato de magnesio y narcóticos, Desprendimiento de placenta, Presentación podálica, Trabajo de parto prolongado, Prolapso de cordón, Circular al cuello, Ruptura uterina.

2.3.6.8.3 FETALES:

Embarazos múltiples, Accidentes del cordón, Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Macrosomía, Anemia, Infección Pretérmino y postérmino, Hidrops fetal, Polihidramnios

2.3.6.8.4 NEONATALES:

Apnea/bradicardia persistente no tratada, Shock séptico, Enfermedad pulmonar severa, Tumores intratorácicos, Anemia, Hemorragia, Disturbios metabólicos.

2.3.6.8.5 CRITERIOS SUGESTIVOS DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA AL MOMENTO DEL PARTO

Evento hipóxico que ocurre inmediatamente antes o durante la labor: o ruptura uterina, o desprendimiento de placenta, o prolapso del cordón, o embolia del líquido amniótico, o hemorragia feto-materna n Monitoreo electrónico fetal: o Bradicardia fetal súbita y sostenida, o Ausencia de frecuencia cardíaca fetal o variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal, o Presencia o persistencia de desaceleraciones tardías o variables n Punteo de Apgar de 0-3 por más de 5 minutos n Evidencia de Fallo Orgánico Multisistémico en las primeras 72 horas de vida.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA:

Acidosis metabólica o mixta severa (pH <7) en una muestra de la arteria umbilical.

Puntaje de Apgar de 0-3 por más de 5 minutos.

Secuelas neurológicas neonatales (convulsiones, coma, hipotonía)

Participación de múltiples órganos (riñones, pulmones, hígado, corazón, intestinos)

TRATAMIENTO O CONDUCTA:

ADECUADA REANIMACIÓN Y ESTABILIZACIÓN:

Tratamiento adecuado de Reanimación al momento del parto de acuerdo a las guías nacionales adaptadas de la Academia Americana de Pediatría. Con las nuevas guías se permite utilizar aire ambiental para la reanimación si no se tuviera oxígeno.

Los y las recién nacidos que necesiten terapia ventilatoria deben mantener los gases sanguíneos y el estado ácido-base en rangos fisiológicos.

Mantener una presión arterial media entre 35-40 mm/Hg.

La hipotensión puede ser por disfunción miocárdica y el síndrome de fuga capilar puede llevar a hipovolemia; si es necesario utilizar drogas vaso activas para lograr un adecuado gasto cardíaco.

La preocupación de la acidosis tubular renal y el síndrome de secreción inadecuada de hormona anti diurética han llevado a la recomendación de la restricción de líquidos hasta que la función renal y el gasto urinario puedan ser evaluados.

Evitar la hipoglicemia

La Encefalopatía Hipóxico Isquémica es la causa más común de convulsiones en el neonato. Administrar Fenobarbital a dosis de impregnación de 20 mg/Kg y luego 4 mg/Kg cada 24 horas, administrarlo de 12 a 24 horas de la dosis de impregnación.

ORDENES DE INGRESO (Centros de tercer nivel):

Ingreso a Intensivo, si no corresponde referir a Hospital con capacidad de resolución.

NPO por 72 horas o hasta que el estado general de alerta y conciencia mejore

Colocar en incubadora o calor radiante. Cabeza elevada a 30° y evitar manipulación innecesaria de la misma. Monitorizar: hipoxia, acidosis, hipercapnia, presión venosa central, oximetría de pulso, Pesar diariamente. Hacer laboratorios: hematología completa, hemocultivo, glucosa, electrolitos, orina, enzimas cardíacas y hepáticas (las 24 horas), nitrógeno de urea y creatinina, gases arteriales, pruebas de coagulación. Soluciones IV a 60% de requerimientos basales, en base a solución Dextrosa en agua al 10%, procurando un adecuado aporte de glucosa durante las primeras 24 horas después del insulto en bomba de infusión. Si se presentan convulsiones: Fenobarbital dosis de impregnación a 20mg/Kg. La concentración sérica debe mantenerse entre 15-30 ug/ml. Drogas vasoactivas cuando sean necesarias: Dopamina: 10µ/Kg/min o DOBUTAMINA 10u/Kg/, Ventilación Mecánica asistida si fuera necesario, Consulta a Neurología. Antibióticos si fueran necesarios según la norma.

SI NO CUENTA CON CAPACIDAD RESOLUTIVA REFIERA A SERVICIO DE MAYOR RESOLUCIÓN

III. OBJETIVOS

3.1 General

Describir las Complicaciones Materno Neonatales atendidas en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz y su manejo según estándares de PROCONE (Promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales) de complicaciones y la resolución del caso. Durante primer trimestre 2014.

3.2 Específicos

1. Determinar las características de edad, paridad y lugar de procedencia de las pacientes que presentaron complicaciones maternas.
2. Identificar el tipo de complicación que presentaron las mujeres en el embarazo, parto o post- parto y neonato, manejo según estándares de PROCONE (promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales) de complicaciones y la resolución del caso.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación:

Tipo Descriptivo porque permitió describir las características como edad, paridad, y lugar de procedencia así como las complicaciones que presentaron. Retrospectivo porque se investigó una situación de atención de

4.2 Unidad de Análisis:

La unidad de análisis de este estudio fueron los 221 expedientes clínicos de las pacientes que presentaron complicaciones maternas neonatales.

4.3 POBLACION:

La población la constituyeron todos los expedientes de pacientes que se atendieron por complicaciones maternas neonatales en el Hospital Distrital de La Tinta, durante el primer trimestre del año 2014.

4.4 Sujeto de Estudio:

Expedientes de pacientes que se atendieron por complicaciones Materno- Neonatales en el nosocomio.

4.5 Calculo de Muestra:

No se realizó cálculo de la muestra por lo que se tomó a los 221 expedientes que representan el 100% de complicaciones materno neonatal atendidas durante los meses en estudio.

4.6 Criterios De Inclusión:

a).Expedientes de Pacientes del Hospital distrital de la Tinta, en el primer trimestre 2013,que presentaron complicaciones maternas y neonatales según estándares de PROCONE de complicaciones. (Hemorragias, preeclampsia/eclampsia, Sepsis materna, sepsis Neonatal, prematures/bajo peso, asfixia neonatal, etc.⁴⁰

4.7 CRITERIOS DE EXCLUSION:

a) Expedientes clínicos que no tienen registro de complicaciones materno neonatales.

⁴⁰Ministerio de Salud Publica Asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de Atención del Parto. Guatemala 2011.

4.8 Descripción del proceso de selección y tamaño de la muestra:

4.8.1 Técnicas, procedimientos e instrumentos para la recolección de datos.

Técnicas:

Observación sistemática y traslado de información del expediente clínico a la boleta de recolección de datos.

Procedimientos:

Se registraron 549 ingresos en general al servicio de ginecoobstetricia correspondiendo al periodo del primer trimestre del año 2013. De los cuales se excluyeron 328(60%) expedientes por no cumplir con los criterios de inclusión y 173(38%) expedientes llenaron los requisitos correspondientes para complicaciones maternas y 48(9%) expedientes calificaron con registros de complicaciones neonatales

En total 221 expedientes

Se revisaron los listados de registros de ingreso de las pacientes al servicio de obstetricia, luego se solicitó la recolección del 100% de expedientes que fueron 549 en el Departamento de Registros Médicos.

Se realizó la revisión de expedientes para identificar los que cumplían con los criterios de inclusión y se procedió a revisar los registros clínicos.

Ya recolectados los datos pertinentes, se realizó el análisis correspondiente a los datos en orden de dar respuesta a las preguntas planteadas en la investigación.

Instrumentos

Se utilizó la boleta de recolección de datos que consta de 15 ítems con temas relacionados a problema materno neonatal. (Ver anexo).

4.9 Definición y Operacionalización de Variables

Dependiente: Complicaciones Materno- Neonatales

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicador Instrumento
Complicaciones Maternas Neonatales atendidas y su manejo en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz en el periodo del primer trimestre 2014.	La complicación materna se refiere a una mujer que estuvo cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo. Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento. Paridad es la clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación. Lugar donde procede originalmente una persona o una cosa.	Edad Paridad Procedencia	1. Edad de la paciente: ____ 2. Antecedentes Obstétricos: Numero de Gestas ____ Partos ____ 3. Procedencia de la paciente: ____ 4. Condición de salud al ingreso de la paciente: Estable ____ Delicada ____ Grave ____ 5. Complicación presento la paciente: Hemorragias ____ Anotar la causa ____ Preclamsia ____ Eclampsia ____ Sepsis Materna ____ Anotar la causa ____ 6. Manejo del caso según procone de complicaciones: Adecuado ____ Inadecuado ____

	Hemorragia obstétricas Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo o en el puerperio, proveniente de genitales internos y externos. (Interior cavidad peritoneal y al exterior a través de los genitales externos). Hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria, desapareciendo de igual manera en el postparto. La presencia de cefalea, alteraciones visuales y dolor epigástrico son signos premonitores de Eclampsia. Son los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o parto.	Hemorragias obstétricas Preclamsia/ eclampsia Sepsis Materna	7. Intervención médica para la resolución del caso: AMEU____LIU____ Parto Normal____ Cesárea____ Histerectomía____ Ligadura de la arteria hipogástrica o uterina:____ Transfusiones Sanguíneas____ 8. Condición de Egreso de la Paciente: Viva con indicación a su casa____ Referida a otro nivel grave____ Egreso Contraindicado grave____ Delicada ____ Fallecida____
	Son situaciones que ponen al feto a riesgo de muerte durante la atención del parto.	Asfixia Neonatal	9. APGAR del Neonato al momento del nacimiento. De 1 a < 3__ De 3 a < 7__ De 7 a < 9__

	La sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 horas después del nacimiento. El bebé contrae la infección de la madre antes o durante el parto. En ocasiones ya viene con la complicación (bajo peso al nacer). Promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales en el manejo de complicaciones	Sepsis Neonatal Prematures/ Bajo Peso PROCONE	10. Durante el proceso de trabajo de parto se llevó partograma: SI____NO____ 11. Vía del nacimiento del RN: Parto Normal____ Cesárea.____ 12.Complicación que presento: Asfixia____ Bajo Peso al Nacer____ Sepsis Neonatal____ 13.Manejo de la Complicación: Adecuado____ Inadecuado____ 14.Factores de Riesgo: Meconio ____RPM____ Circular al cuello Prolapso del cordón umbilical.____ Preclampsia/eclampsia____ Diabetes____ Presentaciones anómalas____ Polihidramnios____ Oligohidramnios____ CIUR____ Parto pre terminó____ ITU____ 15. Condición de Egreso de la RN: Vivo mejorado____ Referida/o a otro nivel Grave____ Egreso Contra Indicado____ Grave____ Delicado____
--	---	--	--

4.10 Análisis Estadístico

Procesamiento de los datos:

Luego de obtenida la información necesaria, mediante el instrumento De recolección de datos se tabuló de forma manual, elaborando cuadros estadísticos para presentar resultados.

Análisis de datos:

Primero se realizó un análisis de las características de las pacientes con respecto a edad, paridad, lugar de procedencia y las complicaciones maternas neonatales que presentaron cada una de ellas.

Se elaboraron cuadros estadísticos para la presentación de resultados, los cuales permitieron realizar el análisis del planteamiento del problema y objetivos para luego

4.11 ASPECTOS ETICOS

Los aspectos éticos son parte importante durante el desarrollo de una investigación a continuación se citan los siguientes:

DERECHO A LA INTIMIDAD

La Dirección de la institución al permitir el uso de expediente de pacientes tiene el derecho, a determinar el momento que lo consideren necesario, la cantidad de información y circunstancias que permitan que la información que se proporcione sea compartida para el análisis correspondiente.

DERECHO AL ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtuvieron de la investigación fueron manejados solo por el investigador, respetando la confidencialidad de la misma, no fueron utilizados para otros fines que no sean los planteados en los objetivos de la investigación. Los expedientes se utilizaron dentro de las instalaciones del hospital y se aseguró la privacidad de los datos, ya que no se incluyeron ni se divulgaron datos personales de las pacientes.

DERECHO AL TRATAMIENTO JUSTO

Se realizó la investigación con todos los expedientes que cumplían criterios de inclusión, todos tuvieron oportunidad de participar. Los resultados se dieron a conocer a las autoridades correspondientes.

4.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

a. Recurso Humanos

Responsable de la Investigación

1 Asesor

1 Revisor

Director y personal de registros médicos del Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz.

b. Recursos Materiales

1. Materiales y Suministros

Hojas de papel bond tamaño carta, lapiceros, Fólderes, Fastenes y fotocopias.

Tinta para imprimir

Libros de Registros de Ingresos a ginecoobstetricia

Expedientes Clínicos

Engrapadora

Internet

2. Mobiliario y Equipo

Computadora, escritorio, silla de secretarial

Impresora

Regleta

3. Financieros

Los gastos económicos serán costeados por el responsable de la investigación.

V. RESULTADOS

Cuadro 1

Distribución de características de las pacientes que presentaron complicaciones maternas neonatales en el Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz.

Periodo primer trimestre del año 2013.

CARACTERISTICAS BIOLOGICAS DE EDAD Y PARIDAD BIOSOCIAL LUGAR DE PROCEDENCIA	TOTAL	
	No.	%
EDAD		
Menos de 20 años.	38	22
De 20 a Menos de 35 años.	110	64
De 35 a más años	25	14
Total	173	100
PARIDAD		
Primigestas	52	30
Secundigesta	30	17
Trigesta	12	7
Múltipara	42	24
No hay Registros	37	22
Total	173	100
PROCEDENCIA		
Senahu	52	30
Panzos (Teleman)	48	28
La Tinta	46	27
Tucurú	15	9
El Estor	6	3
Purulha, Baja Verapaz	6	3
Total	173	100

Cuadro 2

Condición de Ingreso y Complicaciones materno neonatal atendidas en el Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz. Periodo primer trimestre del año 2013.

CONDICION Y COMPLICACION	TOTAL	
	No.	%
CONDICION		
Estable	39	23
Delicada	117	68
Grave	17	9
Total	173	100
COMPLICACION MATERNA (51.44)		
Hemorragias (entre ellos 17 abortos)	36	40.4
Preeclampsia-Eclampsia	18	20.2
Infección del Tracto Urinario	10	11
Desproporción Céfalo Pélvica	12	13.4
Condilomatosis	2	2
Amenaza de Trabajo de Parto Pre termino	6	7
Trabajo de Parto Prolongado	5	6
Total	89	100
CAUSAS FETALES (32.36)		
Presentaciones Anómalas	37	66
Sufrimiento Fetal Agudo por Meconio	11	20
Embarazo Gemelar	3	5
Óbitos Fetales	5	9
Total	56	100
CAUSAS OVULARES Y PLACENTARIAS (9.83)		
Ruptura Prematura de Membranas	11	65
Sepsis Puerperal	6	35
Total	17	100
Resto de Causas (6.32)	11	100
Total	173	100

Cuadro 3

Manejo y resolución de las pacientes atendidas por complicaciones Maternas en el Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz. Periodo primer trimestre del año 2013.

MANEJO DE LA COMPLICACIÓN INTERVENCIONES MÉDICAS PARA RESOLVER EL PROBLEMA	TOTAL	
	No.	%
MANEJO DE LA COMPLICACIÓN		
Adecuado	135	78
Inadecuado	38	22
Total	173	100
INTERVENCIONES MEDICAS		
Atención del Parto	32	18
Cesárea	60	35
LIU	17	10
AMEU	8	5
Tratamiento con Antibiótico de acuerdo a Diagnostico	35	20
Laparotomía	1	1
Transfusiones de Sangre	7	4
Exámenes de Ultrasonido Obstétrico	2	1
Sutura por Rasgadura del Canal Vaginal	6	1
Referencias Inmediatas	3	
Extracción de Placenta		
Total	173	100
CONDICIÓN DE EGRESO		
Viva con indicación a Casa	152	88
Egreso Contraindicado	9	5
Referencia a otro Nivel	11	6
Se Fugo	1	1
Total	173	100

Cuadro 4

Características generales de las complicaciones Neonatales atendidas en el Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz. Periodo primer trimestre del año 2013.

NACIMIENTO, PUNTAJE DE APGAR USO DEL PARTOGRAMA DURANTE EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO, COMPLICACION	TOTAL	
	No.	%
VÍA DE NACIMIENTO DEL NEONATO		
Parto Normal	39	81
Cesárea	9	19
Total	48	100
PUNTAJE DE APGAR AL NACIMIENTO		
De 1 a Menor de 3 puntos	3	6
De 3 a menor de 7 Puntos	18	38
De 7 a menos de 9 puntos	27	56
Total	48	100
USO DE PARTOGRAMA EN EL MOMENTO DEL TRABAJO DE PARTO.		
Si	15	31
No	33	69
Total	48	100
COMPLICACIÓN QUE PRESENTO EL NEONATO AL MOMENTO DE SU NACIMIENTO		
Asfixia	21	44
Bajo Peso al Nacer Prematuros	19	39
Sepsis Neonatal	8	17
Total	48	100

Cuadro 5

Manejo de las complicaciones, factores de riesgo y condición de egreso de los neonatos atendidas en el Hospital Distrital de La Tinta, Alta Verapaz. Periodo primer trimestre del año 2013.

MANEJO DE LA COMPLICACION NEONATAL, FACTORES DE RIESGO MATERNO NEONATAL Y CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO A SU EGRESO	TOTAL	
	No.	%
MANEJO DE LA COMPLICACION NEONATAL, RESUMEN DEL MANEJO DE CADA UNA DE LAS COMPLICACIONES Y COMPARAR CON MARCO TEORICO.		
Adecuado	38	79
Inadecuado	10	21
	48	100
Total		
FACTORES DE RIESGO MATERNO NEONATAL		
Meconio	9	19
Circular al Cuello	4	8
Feto Macrosomico	6	13
Infección del Tracto Urinario	1	2
Presentación Anómala	6	13
Retardo del Crecimiento Intrauterino	15	31
Madre menor de 20 años	4	8
Ruptura Prematura de Membranas	2	4
Múltipara	1	2
Total	48	100
CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO A SU EGRESO		
Egreso Vivo Mejorado	40	83.3
Fallecido	2	4.2
Egreso Contraindicado	2	4.2
Referido a Cobán	4	8.3
Total	48	100

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo evaluando 221 expedientes de ellos 173 (78%) corresponden a pacientes que presentaron complicaciones maternas y 48 neonatales(22%) atendidas en el Hospital Distrital de la Tinta. Durante el primer trimestre del año 2014. De las pacientes estudiadas el 64% se encontró entre el rango de 20 a 35 años de edad, un 22% corresponde a madres menores de 20 años y un 14% a mayores de 36 años. El 30% fueron primigestas y un 24% multíparas. Lo que confirma la teoría que todo embarazo conlleva riesgos independientemente de la edad, segúnSchwarcz⁴¹ las edades entre 15, mayores de 36 años y madres multíparas son de mayor riesgo. Lo que hace necesario darle cumplimiento según^{42,43}la carta Ética de los Obstetras y la Ley para una Maternidad Responsable que mencionan el compromiso de que la atención del parto sea por personal calificado por considerarlo de bajo riesgo ante las complicaciones materno neonatales, teorías que se confirman en los compromisos adquiridos en la declaración del Milenio para mejorar la salud de la madre y niño incluye el objetivo cuatro que se refiere a reducir la mortalidad infantil y en el cinco objetivo mejorar la salud materna a través de reducir los Riesgos del Embarazo cuya meta consiste en tres cuartas partes entre 1990 a 2015, agregado a ello lograr la cobertura universal de 85% la asistencia especializada al parto para el año 2015.⁴⁴

Se determinó que el 93% de las pacientes es procedente de la región del Valle del Polochic con mayor incidencia el municipio de Senahú con un 30% debido a que su extensión territorial es extensa y topográficamente quebrada y con malas vías de comunicación. Confirmando la teoría de la tercera demora⁴⁵en la Atención Obstétrica que “se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud.

En relación a la condición del estado de salud de las pacientes al ingreso se determinó que un 77% llegan entre delicadas y graves, confirmando la teoría de la primera y segunda demora de atención materna, la primera que se refiere al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos de señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, pos parto y del recién nacido y la segunda demora se manifiesta en situaciones que “aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad

⁴¹ SCHWARCZ. Ricardo Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012.

⁴² Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pág. 7

⁴³ Asociación de Obstetras de Guatemala. Carta de Principios Éticos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Guatemala 2006. Pág. 21 - 22

⁴⁴Organización Mundial de la Salud, Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna, Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/2007, PDF, consultado el 18 de junio del año 2014.

⁴⁵ Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

de género no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma; sino que ésta deba ser decidida por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros).⁴⁶ El 51.44% de las complicaciones maternas están estrechamente relacionadas a causas maternas entre ellas están las hemorragias post parto y por abortos, preclamsia - eclampsia e infecciones urinarias) seguidamente las causas fetales con un 32.36% incluye en su mayoría casos de presentaciones fetales anómalas, sufrimiento fetal agudo, etc. Las causas ovulares y placentarias representan un 9.83%. La teoría confirma los resultados Según el pacto⁴⁷ Condicionantes que predisponen a la mujer Guatemalteca a presentar complicaciones maternas neonatales: estatura baja de las mujeres de 15 a 49 años con 148 centímetros de promedio. Obesa: 50% de mujeres no embarazadas con sobrepeso y obesidad. El 29.1 % de mujeres embarazadas tiene anemia, lo que representa un alto riesgo para el binomio al momento del embarazo, parto y postparto.

Una teoría más que confirma que las complicaciones se presentan repentinamente es que el 66% de los casos no tienen factores de riesgo identificables, se puede afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto. Sin embargo, en el 33% de pacientes en donde sí intervienen los factores de riesgo para hemorragia peri parto es importante identificarlos para clasificar desde el ingreso hospitalario a la paciente como mujer con riesgo de sangrar, con el objetivo que el equipo que brindara atención a la paciente esté preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ello evitar el retraso en el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado.⁴⁸ Los abortos⁴⁹ aparecen en el 10% de las gestaciones confirmándolo en el presente estudio. La hipertensión inducida por la gestación es causa de muerte materna en los Estados Unidos de América, Inglaterra y otros países desarrollados y también es causa de morbilidad y mortalidad fetal en muchos países desarrollados y subdesarrollados.⁵⁰ La eclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo la tasa de mortalidad materna es de 17% y la tasas de mortalidad fetal del 13 a 30% o más.⁵¹ Y Guatemala no es la excepción las principales causas de muertes maternas están estrechamente relacionadas con las complicaciones y lo confirman estadísticas del primer trimestre del año 2013. En lo referente a las causas de muerte materna, de los

⁴⁶ Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

⁴⁷ Gobierno de Guatemala, Pacto Hambre Cero. Guatemala. 2013

⁴⁸ Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición 2013

⁴⁹ LOMBARDÍA PRIETO José y Francisco López de Castro. Problemas en el Embarazo. OCEANO/Ergon. España. 2010.

⁵⁰ Revista de ciencia y Tecnología. preeclampsia y hemorragia postparto Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm. 1 Ene 2001 Consultado 18 de Junio 2014.

⁵¹ REEDER, MARTIN, KONIAK. enfermería maternoinfantil, 17ª. Edición, McGRAW – HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág.333

26 casos (Ministerio de Salud Pública Asistencia Social, 2013), las primeras 4 que se especifican son: Retención de Placenta sin hemorragia (6 casos), otras hemorragias post-parto (3 casos), otras inercias uterinas (3 casos) y eclampsia durante el trabajo de parto (2 casos)⁵²

En un 78% de pacientes el personal que brinda atención del parto y post- parto cumplen con el manejo adecuado de las complicaciones de acuerdo a normas y un 22% es inadecuado, demora que incide en el cumplimiento al 100%, cuarta demora⁵³ “que se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de Insumos, medicamentos y equipo adecuado” teorías que respaldan la aplicación de protocolos durante la atención materna Según⁵⁴ Artículo 9. Atención obligatoria durante el parto: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está obligado a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones: a) Atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales, y los protocolos institucionales vigentes. Artículo 28. Penalización. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley, será sancionado de acuerdo a lo establecido en el Código Penal y leyes penales especiales: A los funcionarios y empleados públicos, profesionales, técnicos y personas proveedoras de servicios de salud materna-neonatal que cometan hechos constitutivos de delito, conjuntamente con la pena principal, se les impondrá la de inhabilitación para ejercer su profesión.

Intervenciones durante la atención están las cesáreas en un 35%, seguidamente están los tratamientos con antibiótico de acuerdo a diagnóstico con un 20% y la atención del parto con un 18%. Según⁵⁵ una mujer que se somete a una cesárea tiene tres veces más la posibilidad de morir que una que tenga el parto normal. Sin embargo, al momento de una complicación materna es el procedimiento que salva su vida y la de su hijo. El 88% de las pacientes atendidas por complicaciones maternas salen en condiciones de mejorada a su casa, seguidamente un 6% es referido a otro nivel de mayor capacidad y un 5% egresó delicado y contraindicado a su casa

⁵² Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

⁵³ Ibid. Consultado 17 de Junio 2014

⁵⁴ Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11.

⁵⁵ REEDER, Martin, Koniak. enfermería maternoinfantil, 17ª. Edición, McGRAW – HILL INTERAMERICANA, México 2002.

El 56% de los recién nacidos nació con un puntaje de apgar de 7 a < 9 y un 44% de 3 a < 7. Según⁵⁶ Más del 10% de todos los Recién Nacidos con bajo peso en las primeras horas de vida presentan un cuadro de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina. La hipoxia que provoca esta enfermedad en los recién nacidos es responsable de una gran parte de muertes la primera semana de vida. EL 69% de neonatos carecían de la hoja del partograma del proceso de trabajo de parto de la madre y un 31% si lo tenía lleno. Según SCHWARCZ el partograma permite graficar el proceso del trabajo de parto y su aplicación evita los partos complicados, cesáreas innecesarias y los fetos asfixiados con bajo apgar o muertes fetales.

De un total de 48 recién nacidos el 81% es producto de un parto normal quienes presentaron complicaciones neonatales y un 19% que nacieron por medio de cesáreas. Según⁵⁷ la carta Ética de los Obstetras y la Ley para una Maternidad Responsable mencionan el compromiso de que la atención del parto sea por personal calificado por considerarlo de bajo riesgo ante las complicaciones haciendo uso de los protocolos de atención vigente.

Las complicaciones de asfixia y sepsis Neonatal representen el 61% y bajo peso al nacer o prematures representa el 39%. Según⁵⁸ el parto grama permite graficar el proceso del trabajo de parto y su aplicación evita los partos complicados, cesáreas innecesarias y los fetos asfixiados con bajo Apgar o muertes fetales. El uso del partograma durante la atención del proceso del trabajo de parto es decisivo en la toma de decisiones ante desviaciones de la curva de acción ya que su actuar va encaminado al reguardo de la vida del producto de la concepción

El manejo de la complicación neonatales fue adecuado en un 79% y un 21% inadecuado, demora que incide en el cumplimiento al 100% es cuarta demora⁵⁹ “que se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de Insumos, medicamentos y equipo adecuado” La condición de ingreso de las pacientes maternas fue entre delicadas y

⁵⁶SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. 2012

⁵⁷Asociación de Obstetras de Guatemala. Carta de Principios Éticos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Guatemala 2006. Pag. 21-22

⁵⁸Schwarcz Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 2012

⁵⁹Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" Disponible: www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014

graves un 77% lo que evidencia que el personal hace todo lo necesario por la restauración de la salud del neonato. Según⁶⁰ Artículo 11. Salud neonatal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá implementar las acciones costo-efectivas para la reducción de la muerte neonatal, tales como la lactancia materna exclusiva, el uso de antibióticos para infecciones neonatales, la vacunación para prevenir el tétanos y la disminución de barreras para acceder a los servicios de salud. De igual forma, deberá promoverse la visita al recién nacido durante las primeras veinticuatro horas.

EL 79% de los niños tuvieron un factor de riesgo predominante para su sobrevivencia durante el trabajo de parto y parto. Entre ellos están, el meconio, circular al cuello, presentaciones anómalas y madres menores de 20 años. Según la ENSMI⁶¹ sobre condicionantes que predisponen a la mujer Guatemalteca a presentar complicaciones maternas neonatales que ponen en riesgo la salud y vida del binomio. Datos más relevantes estatura baja de las mujeres de 15 a 49 años con 148 centímetros de promedio. Obesa: 50% de mujeres no embarazadas con sobrepeso y obesidad. El 29.1 % de mujeres embarazadas tiene anemia y un 21.4% de no embarazadas. Otros elementos que sobresalieron en dicho estudio de la ENSMI es la poca ingesta de Alimentos, poca variabilidad, baja en Vitamina. A, B, C, hierro, ácido fólico y B12. Situación que es alarmante ya que sus consecuencias se describen a continuación.

Para la madre: Incrementa el riesgo de complicaciones maternas, muertes, incrementa el riesgo de infección, anemia letargia, debilidad y menor productividad.

Para el Neonato: Incrementa riesgo de muerte fetal, neonatal e infantil, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y prematurez.

El 83% de neonatos egreso vivo mejorado a su casa y un 17% fue referido a otro nivel de atención de mayor capacidad. El manejo de la complicación que fue adecuado en un 78% y un 22 inadecuado. Según⁶² el parto grama permite graficar el proceso del trabajo de parto y su aplicación evita los partos complicados, cesáreas innecesarias y los fetos asfixiados con bajo apgar o muertes fetales.

⁶⁰ Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11.

⁶¹ Gobierno de Guatemala, Pacto Hambre Cero. Guatemala. 2013

⁶² SCHWARCZ. Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2012

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Las principales complicaciones maternas presentadas en el Hospital Distrital de la Tinta fueron: las hemorragias, preeclampsia/Eclampsia, infecciones, urinarias, etc. Con un 51.44% de causas de origen materna. Presentaciones anómalas, sufrimiento fetal agudo, etc. Con un 32.36% de causas fetales y ruptura prematura de membranas y sepsis puerperal con un 9.83% de causas de origen ovular y placentarias. Y complicaciones neonatales de un total de 48 recién nacidos el 81% es producto de un parto normal y un 19% producto de cesáreas presentaron complicaciones. Se aplicó el protocolo de atención al Neonato en un 79%, el 61% presentaron asfixia y sepsis neonatal y bajo peso al nacer el 39%.

6.1.2 El rango de edad de las madres que presentaron complicaciones maternas fue de 20 a 35 años con un 64%. El 30% fueron primigestas y un 24% multíparas. El 30% son procedentes del municipio de Senahú.

6.1.3 Entre las intervenciones realizadas ante las complicaciones maternas fueron las cesáreas en un 35% y le sigue los tratamientos con antibiótico con un 20%.

6.1.4 En un 78% el personal brinda la atención post-parto cumple en un 100%, que se considera adecuado al cumplimiento del protocolo en el manejo de las complicaciones materno neonatales, un 22% no aplica al 100% del manejo de complicaciones, se considera inadecuada. El 69% de neonatos carecían de la hoja del partograma del proceso de trabajo de parto. El 56% de los neonatos presentó un puntaje de Apgar de 7 a < 9.

6.1.5 El 88% de las pacientes atendidas por complicaciones maternas egresan en condiciones de mejorada y un 6% son referidas al nivel de atención de mayor complejidad. El 83% Neonatos egresan mejorados y un 8% son referidos al nivel de mayor complejidad.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Socializar la Ley de Maternidad Saludable con el 100% de personal médico y de enfermería del Hospital Distrital de la Tinta Alta Verapaz, que brinda atención materna neonatal para concientizarlos sobre las bases legales del cumplimiento de protocolos de atención vigentes en el país.

6.2.2 Socializar con el personal médico y de enfermería que brinda atención materna neonatal la estrategia de las cuatro demoras haciendo énfasis en la cuarta demora para realizar gestiones encaminadas a responder positivamente ante las emergencias obstétricas.

6.2.3 Activar el comité de Análisis de complicaciones Materna- neonatales y realizar plan de mejoras. (Evaluaciones de Expedientes en base a Normativa vigente.

6.2.4 Realizar taller y monitorear el llenado y uso correcto del partograma máximo en un servicio de referencia en donde el caso llega complicado con el objetivo de aplicar las normas de atención maternas que garanticen la salud del binomio.

6.2.5 Socializar el presente estudio al personal de los servicios de salud que refieren pacientes a este nosocomio e implementar una boleta con antecedentes maternos de alto riesgo, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud durante el traslado de pacientes.

6.2.6 Gestionar a través de la Dirección del Hospital Distrital de la Tinta, el llenado correcto del expediente por considerarse un documento legal debe estar con toda la información precisa.

6.3 PROPUESTA DE PLAN DE ACCION

INTERVENCIONES REALIZADAS

Gestión de Fortalecimiento de competencias técnicas del personal Médico y de Enfermería que brinda atención materna Neonatal en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz.

Dando inicio al proyecto de capacitación en Abril del año en curso con una capacitación de normas vigentes de atención materno neonatal y de acuerdo a PROCONE a todo el personal Médico y de Enfermería.

INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO:

El seguimiento se dará a través del monitoreo de evaluación de expedientes para ver el alcance de cumplimiento de criterios de cada estándar de atención Materno Neonatal e ir realizando periódicamente las mejoras.

En el Mes de Octubre del presente año se tiene programado socializar la ley de maternidad saludable con todo el personal médico y de enfermería que brinda atención materno- neonatal.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación de Obstetras de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11.
2. Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. Estudio de caso de muertes maternas en Alta Verapaz. Guatemala, Abril 2010.
3. Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Morbilidad Severa Materna y Neonatal. Argentina. Disponible: <https://kamolo.org.ar/app/eg/en/Protocolo%20final%20aprobado%20por%20Salud%20Investiga.pdf>. 2010. Consultado el 13 de junio año 2014.
4. Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11
5. Consejo Nacional de Enfermería, Código de Ética. Guatemala, C.A. 1995
6. De CANALES F. H, De Alvarado E.L. y Pineda E.B. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal en salud. 1ª. Edición. Honduras 1986. pág. 131 -175
7. Diccionario Océano Uno Color. Edición 2006. Editorial Océano S. A. España. Pág. 326, 907 - 1313.
8. Diccionario de medicina Océano/Mosby 2007. España. Pág. 444 - 998.
9. Enciclopedia de la Enfermería 1998. océano/Centrum. Volumen 5 Materno Infantil II Pág.793
10. Gobierno de Guatemala, Pacto Hambre Cero. Guatemala. 2013.
11. GORDILLO CASTILLO, Enrique. Guía general de estilo para presentación de Trabajos académicos, centro de estudios Urbanos y Regionales Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. 2,002.
12. LOMBARDÍA PRIETO José y Francisco López de Castro. Problemas en el Embarazo.

OCEANO/Ergon. España. 2010.

13. MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y teorías de Enfermería, Tercera Edición, Madrid España, 1994.
14. Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Segunda Edición. Guatemala, Febrero 2011.
15. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía para la implementación de la atención integral *Materna* y Neonatal. Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Básicos (PROCONe).Guatemala.2006. Disponible:mispas.gob.gt/decap/files/descargas/.../Protocolos%20médicos.pdf. Consultado agosto 2014.
16. MILIÁN A, María. Etelvina. Principales causas de muertes fetales servicio labor y partos. Hospital de la Tinta, Alta Verapaz. Cobán, Mayo 2011.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Área, Alta Verapaz. Memoria de Labores 2013.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores, Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz. 2013.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Libro de Registro de Nacimientos del Hospital de enero a marzo 2013.
20. Ministerio Salud Pública Asistencia Social. Código Rojo para el manejo de la Hemorragia obstétrica. Primera Edición. Guatemala 2013
21. Ministerio de Salud Publica Asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de Atención del Parto. Guatemala 2011.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guías de Atención del Embazo, parto, puerperio y Manejo de Emer-

23. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Informe "La Información de Mortalidad Materna en Guatemala" *Disponible:* www.osarguatemala.org/.../INFORME%20MM%20FINAL%20PDH.pdf. Junio 2013. Consultado 17 de Junio 2014
24. Organización Mundial de la Salud, Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna, Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/ 2007, PDF, consultado el 18 de junio del año 2014.
25. PEPPER J. MAE- Susan Leddy. Bases conceptuales de enfermería profesional. 1ª. Edición en español. 1985. Nueva York, U.S.A. Pág. 121 – 127.
26. REEDER, MARTIN, KONIAK. Enfermería materno infantil, 17ª. Edición, McGraw –HILL INTERAMERICANA, México 2002. Pág. 311,333, 803, 808, 826, 843, 850, 862, 867,974, 982, 991.
27. REV, Biomed. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. 2012.
28. SCHWARCZ. Ricardo. Obstetricia. 6ta. Edición. Editorial: El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 2012. Pagina. , 211 215, 220, 226, 232, 237, 251, 359, 633, 636
29. Salamanca Castro Ana Belén, el aeio de la investigación en Enfermería, FUDEN, edición enero 2013.

VIII ANEXOS

Anexo No 1

BOLETA DE INVESTIGACION

Escuela de Estudios de Postgrado de la

Facultada de Ciencias Médicas

Maestría en Enfermería Materno Neonatal

Estudiante: MARÍA ETELVINA MILIAN ALVA

Instrucciones de aplicación: Revisar el expediente clínico y llenar los espacios en blanco de la lista de cotejo según sea el dato solicitado. En algunos casos solo se marque "X" en una o varias opciones de respuesta respectivamente. Fecha _____

No. de Historia Clínica _____

A. DATOS GENERALES

1. Edad de la Paciente en años _____
2. Procedencia de la paciente: _____

B. ANTECEDENTES OBSTERICOS

3. Número de: Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

4. Condición de la salud de la paciente al ingreso del Hospital:

Estable _____ Delicada _____ Grave _____

5. Complicación que presentó la paciente:

Hemorragia _____ Anotar la Causa _____

Preeclampsia/ Eclampsia: _____ Sepsis Materna _____

Diabetes Descompensada _____ Otra causa anotarla: _____

6. Manejo de la complicación según normas del MSPAS:

Resumen del manejo de la complicación _____

6.1 Adecuado _____ Inadecuado _____

7. Intervenciones Médicas realizadas para la resolución de las complicaciones:

AMEU _____ LIU _____ Cesárea _____ Histerectomía _____ Parto Normal _____

Ligadura de la Arteria Hipogástricas o Uterinas _____ Transfusiones _____

8. Condición de egreso de la paciente :

Viva mejorada con indicación a casa _____ Referida a otro nivel Grave _____

Egreso Contraindicado Grave _____ Delicada: _____ Fallecida _____

9. APGAR del Neonato al momento del nacimiento.

De 1 a menor de 3 _____ De 3 a menor de 7 _____ De 7 a menor de 9 _____

10. Durante el proceso de trabajo de parto se llevó partograma:

SI _____ NO _____

11. Vía del nacimiento del Recién Nacido:

Parto Normal _____ Cesárea _____

12. Complicación que presento el Recién Nacido:

Asfixia _____ Prematures/ Bajo Peso _____ Sepsis Neonatal _____

13. Manejo de la complicación Neonatal según normas del MSPAS:

Adecuado _____ Inadecuado _____

14. Cuáles fueron los factores de Riesgo materno neonatales:

Meconio _____ RPM _____ circular al cuello _____ Prolapso del cordón _____

Umbilical _____ Parto preterminó _____ ITU _____ CIUR _____

Preclamsia/eclampsia _____ Diabetes _____ Presentación Anómala _____

Poligohidramnio _____ Oligohidramnios _____ Semanas de gestación _____

Peso del RN al nacimiento _____

15. Cual fue la condición de Egreso de la RN:

Egreso vivo mejorado _____ Referido a otro nivel _____

Egreso Contra Indicado _____ Fugado _____ Fallecida/o _____

Anexo No 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La Tinta, Alta Verapaz. 2,014

Dr. Moisés Eskenazi Morales

Director del Hospital Distrital de la Tinta, A.V.

Respetable Dr. Moisés Eskenazi Morales, Yo María Etelvina Milian Alva estudiante de Posgrado de Maestría Materno Neonatal con número de carne: 200321327, solicita su autorización para realizar el estudio de investigación titulado: **Complicaciones maternas Neonatales atendidas en el Hospital Distrital de la Tinta, Alta Verapaz. Durante el Primer Trimestre 2014.**

Para la presente investigación se tomaran como sujetos de estudio los expedientes de pacientes obstétricas con complicaciones materno neonatales que ingresaron al hospital en durante el Primer Trimestre del año 2013, con el compromiso que al finalizar la investigación se socializaran los resultados del estudio los cuales serán de beneficio para la institución.

Se suscribe de usted agradeciendo de antemano la atención a la presente en espera de una respuesta satisfactoria

Atentamente

Licda. María Etelvina Milian

E.M.MN.

PROCONE según⁶³Promoción de cuidados obstétricos neonatales esenciales en el manejo de complicaciones.

La complicación materna según⁶⁴Se refiere a una mujer que estuvo cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo.

Artículo 5. Definiciones.⁶⁵

Para la aplicación de la presente Ley, se entenderá por:

- a) **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o posparto o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- b) **Muerte neonatal:** Niñas y niños que nacen vivos pero mueren durante los primeros veintiocho días de vida.
- c) **Proveedor/a calificado:** Profesional de salud con destrezas y habilidades, médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones.
- d) **Proveedor/a comunitario y tradicional:**
Personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan acciones como: control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros.

⁶³Ministerio de Salud Pública Asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de Atención del Parto. Guatemala 2011.

⁶⁴Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Morbilidad Severa Materna y Neonatal. Argentina. Disponible: <https://kamolo.org.ar/app/eg/en/Protocolo%20final%20aprobado%20por%20Salud%20Investiga.pdf>. 2010. Consultado el 13 de junio año 2014.

⁶⁵Congreso de la República de Guatemala. Ley para una Maternidad Saludable y su Reglamento. Decreto Número 32-2010. Pag.4, 7-11.

e) Atención prenatal:

Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación.

f) Atención calificada del parto y recién nacido:

Es la atención de la mujer embarazada y del recién nacido durante el parto y pos parto inmediato, en el hogar, en el centro de salud o en el hospital.

g) Atención posnatal:

Es la atención calificada que se brinda, posterior al alumbramiento, hasta los cuarenta días después del parto.

h) Niveles de atención:

Según la estructura de prestación de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está constituido por:

I. Primer nivel:

Puestos de Salud, Centros de Convergencia a través del Equipo Básico de Salud del Programa de Extensión de Cobertura.

II. Segundo nivel:

Centros de Salud, Maternidades Periféricas, Centros de Atención Permanente (CAP) y Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI).

III. Tercer nivel:

Hospitales distritales, departamentales, regionales, nacionales generales y nacionales especializadas.

PERMISO DELA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica. Así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.